

Préparation canadienne contre le bioterrorisme et biosécurité

Julie Auger

Janvier 2006

Numéro 30



Julie Auger est candidate à la maîtrise à l'Université du Québec à Montréal et chercheure à la Chaire de recherche du Canada en politiques étrangère et de défense canadiennes.

Les *Notes de recherches* du CEPES permettent aux chercheurs qui lui sont affiliés d'exposer les résultats des travaux en cours. Les opinions exprimées par les auteurs n'engagent qu'eux.

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-922014-29-0

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	p.1
1. Santé publique et bioterrorisme au Canada.....	p.7
1.1 Historique et définitions.....	p.7
1.2 Grille d'analyse.....	p.9
2. Sécurité et biosécurité□le programme canadien de lutte contre le bioterrorisme.	p.12
2.1 Niveau institutionnel□le rôle des organisations.....	p.12
2.2 Niveau constitutionnel□relations fédérales, provinciales, territoriales.....	p.25
Conclusion.....	p.37
Liste des acronymes	p.39

Liste des tableaux

Tableau 1	Revue de la littérature américaine.....	p.4
Tableau 2	Solutions politiques : bioterrorisme et infections naturelles.....	p.5
Tableau 3	Synthèse : préparation contre le bioterrorisme....	p.11
Tableau 4	Ressources financières de l'ASPC.....	p.15
Tableau 5	Rôles et responsabilités dans l'atteinte des objectifs de la stratégie CBRN.....	p.20

Introduction¹

Selon Joshua Lederberg, prix Nobel de médecine en 1958, les micro-organismes s'apparentent à « la bombe atomique du pauvre », une affirmation qui ne prend tout son sens qu'avec la fin de la guerre froide². En effet, la supériorité militaire des États-Unis encourage une approche asymétrique positive, c'est-à-dire « l'emploi de stratégies, tactiques et techniques innovantes [...] par une entité faible [...] contre des adversaires plus puissants [...], afin [...] d'exploiter leurs vulnérabilités potentielles. »³ Utilisés ou simplement convoités par des groupes antigouvernementaux comme le *Minnesota Patriots Council* (1991), des groupes religieux tels les sectes *Aum Shinrikyo* (1995) et *Rajaneeshee* (1998) ou des « États voyous », les agents biologiques suscitent dès lors une crainte grandissante, culminant avec les attentats à l'anthrax de 2001, aux États-Unis.

Depuis ces événements, la menace bioterroriste reçoit une attention renouvelée de la part des dirigeants et chercheurs américains. Si les premiers inscrivent les agents biologiques dans le rang des armes de destruction massive, établissant leur stratégie en fonction d'une menace CBRN (chimique, biologique, radiologique et nucléaire) « en bloc », les seconds se révèlent plutôt partagés. Plus précisément, bien que l'ensemble

¹ Cette étude a été menée dans le cadre d'un programme de recherche soutenu par le Conseil de recherche en sciences sociales du Canada (CRSH, Initiative du développement de la recherche), 2003-2006. Julie Auger est boursière au CRSH ainsi qu'au Forum sur la sécurité et la défense du ministère de la Défense nationale. Une version écourtée de son étude sera publiée dans le numéro de février 2006 de la revue *Options Politiques*, de l'Institut de recherche en politiques publiques.

² Francis A. Waldvogel, 2004. « Infectious Diseases in the 21st Century: Old Challenges and New Opportunities », *International Society for Infectious Diseases*, 8, 2004, p.7.

³ CIA, 1998. *Statement of Word for Asymmetric Warfare Threats to US Interests: Expert Panel Support*, Washington, mai 1998.

des auteurs américains consultés associe les agents biologiques à des armes singulières, différentes des autres armes de destruction massive (ADM)⁴, la plupart ne remettent cependant pas en cause la nature militaire de la menace bioterroriste.⁵ Autrement dit, pour ces auteurs, le bioterrorisme demeure lié à la problématique de la prolifération des ADM⁶ au lendemain de la guerre froide et les implications sanitaires du bioterrorisme, interpellant le domaine de la santé publique, ne sont donc pas abordées. D'autres, néanmoins, reconnaissent non seulement la particularité des agents biologiques, mais évoquent également le lien qui existe entre bioterrorisme et santé publique. Les auteurs les plus positifs considèrent que l'utilisation du système de santé publique représente la meilleure stratégie pour vaincre le bioterrorisme ou encore que, inversement, le bioterrorisme incarne une opportunité inespérée d'améliorer le système de santé publique⁷. Les auteurs les plus pessimistes, pour leur part,

⁴ Notamment, J. Roman identifie cinq facteurs qui distinguent le bioterrorisme : la dissuasion est difficile, voire impossible; la vaccination est inutile en raison de la période d'incubation variée des maladies et de l'efficacité non immédiate du vaccin; un attentat bioterroriste peut être confondu avec une infection naturelle; un attentat bioterroriste déclencherait des réactions imprévisibles de la part des individus; en matière de bioterrorisme, beaucoup trop d'agences sont impliquées pour qu'un contrôle efficace des autorités s'applique. Pour sa part, Christopher F. Chyba soutient que les armes biologiques doivent être gérées séparément en raison de leur facilité de production, des défis qu'elles posent pour la dissuasion et de l'efficacité incertaine des mesures prises contre elles. Plus important encore, elles méritent une stratégie différente en raison de leurs implications pour la surveillance globale des maladies et la réponse à ces maladies. Voir Christopher F. Chyba, 2002, « Toward Biological Security », *Foreign Affairs*, 81, 3, mai/juin 2002, pp.122-124.

⁵ Ronald E. LaPorte, Anne Ronan, François Sauer, Rania Saad et Eugène Shubnikov, 2002, « Bioterrorism and the epidemiology of fear », *The Lancet Infectious Diseases*, 2, juin 2002, p.326.

⁶ Pour une liste complète des acronymes, voir la page 29.

⁷ Nicholas B. King, 2003. « The influence of Anxiety : September II, Bioterrorism, and American Public Health », *Journal of the History of Medicine*, 58, octobre 2003, pp. 433-441.

A. Memish, Ziad et S. Venkatesh, 2003, « Bioterrorism – a new challenge for public health », *International Journal of Antimicrobial Agents*, 21, 2003, pp.200-206

voient dans le bioterrorisme un obstacle à l'amélioration de la santé publique : ce « sujet brûlant » (*hot button issue*) force les dirigeants à accorder prioritairement les fonds disponibles aux « guerriers d'avant-plan » (*visible warriors*), au détriment des professionnels de la santé (tableau 1)⁸.

Enfin, certains auteurs se démarquent en s'avancant sur le terrain de la biosécurité, concept évoqué par l'auteur canadien David S. McDonough et également utilisé par l'Américain George Avery⁹, et selon lequel le bioterrorisme ne représente pas un problème de nature purement militaire, puisqu'il comporte également une dimension sanitaire. Plus précisément, à l'instar d'une infection naturelle, la menace bioterroriste nécessite des dispositions de surveillance et de détection, de mise en quarantaine, de recherche médicale ou de tout autre domaine lié à la protection de la santé collective (tableau 2). Ainsi, selon George Avery, bien que le discours américain évoque la biosécurité, les mesures prises par le gouvernement de George W. Bush pour lutter contre le bioterrorisme trahissent une définition militaire de la menace et donc de lutte contre les ADM, plutôt que de santé publique.

Précisons que pour les fins de cette étude, nous opposerons la vision traditionnelle des armes biologiques, consistant à les associer au problème des ADM, à une vision plus récente qui les insère dans la problématique de la santé publique. Toutefois, puisque le terme « militaire » pourrait

Katz, Rebecca. 2002. « Public Health Preparedness : The Best Defense against Biological Weapons », *The Washington Quarterly*, 25, 3, pp.69-82.

⁸ Terry O'Brien, Katharine C. Rathbun et Edward P. Richards, 2002, « Bioterrorism and the Use of Fear in Public Health », *The Urban Lawyer*, 34, 3, Summer 2002, pp.685 à 726.

Paracini, John. 2003. « Putting WMD Terrorism into Perspective », *The Washington Quarterly*, 26, 4, pp.37-50.

⁹ David S. McDonough définit la biosécurité comme « the protection of people and agriculture against microbiological threats, whether from biological weapons or natural outbreaks. » David S. Mc Donough, 2004, « The « War on Microbes », Infectious Diseases, Bio-Weapons, and Biological Security », *Institut canadien d'études stratégiques*, février 2004, p.2, www.ciss.ca.

évoquer l'affrontement classique entre États et ne correspond donc pas à la réalité du terrorisme, nous définissons la vision traditionnelle du bioterrorisme comme « militaire/criminelle », puisque la fabrication, l'entreposage et l'utilisation d'armes biologiques sont condamnés d'un point de vue juridique, tant au Canada qu'ailleurs.

TABLEAU 1
REVUE DE LA LITTÉRATURE AMÉRICAINE

Fenêtre de sécurité		Fenêtre de santé publique
Le bioterrorisme est un problème de nature purement sécuritaire.	La lutte contre le bioterrorisme et la santé publique se renforcent mutuellement ou la lutte contre le bioterrorisme nuit à l'amélioration du système de santé publique.	Le bioterrorisme est un problème à la fois criminel et sanitaire. Les infections criminelles doivent être gérées de la même façon que les infections naturelles.

TABLEAU 2
SOLUTIONS POLITIQUES : BIOTERRORISME ET
INFECTIONS NATURELLES

PRÉVENTION	GESTION DES CONSÉQUENCES
Les systèmes de détection sont les mêmes : selon le <i>US Department of Energy Advisory Group</i> , la meilleure surveillance est celle des gens, qui représentent les « mobil sensors » à travers lesquels les autorités perçoivent les premiers signes d'une infection anormale.	Les incidents de la grippe aviaire et du virus du Nil, tout comme ceux de l'anthrax, en 2001, exigent une infrastructure de santé publique robuste, alimentée par un personnel compétent et nombreux ainsi que des réserves de vaccins et d'antibiotiques suffisantes.

Source : David S. McDonough, *loc. cit.* p. 1

Au Canada, sachant que l'un des objectifs de la politique de sécurité nationale consiste à ne pas représenter « une source pour des menaces visant nos alliés », on peut s'interroger sur la nature de la préparation canadienne contre le bioterrorisme.¹⁰ Se définit-elle en terme militaire/criminel ou de biosécurité? Autrement dit, en se fondant sur l'étude de George Avery, peut-on affirmer que le Canada marche dans les pas de son voisin américain dans la lutte contre le bioterrorisme?

Si de récentes démarches dénotent la volonté du Canada d'associer le bioterrorisme à une problématique de santé publique plutôt que strictement militaire ou criminelle, nous observons que cette volonté se heurte toutefois à plusieurs obstacles. Notre hypothèse est donc la suivante : bien que le bioterrorisme préserve sa définition traditionnelle au Canada et que la création d'institutions « miroirs »¹¹ à celles des États-Unis

¹⁰ Bureau de Conseil privé, 2004, Protéger une société ouverte : la politique canadienne de sécurité nationale. Ottawa, avril 2004, p.vii.

¹¹ En 2003 et 2004 ont été créés le Ministère de la sécurité publique et de la protection civile (SPPC) et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

laissent croire à l'alignement canadien sur la vision américaine de cette menace, la difficile progression de la biosécurité ne relève pas d'un manque de volonté de la part du gouvernement canadien. Plutôt, l'association qu'il projette entre bioterrorisme et santé publique rencontre des obstacles d'ordre administratifs. Ces obstacles s'observent plus précisément dans le fonctionnement des institutions, ainsi que le partage des compétences fédérales, provinciales et territoriales.

Afin de vérifier cette hypothèse, nous proposons d'étudier la préparation canadienne contre le bioterrorisme sur la base des critères avancés par George Avery, ainsi que sur les informations récentes contenues dans le rapport *Leçons du SRAS* de même que le rapport de la vérificatrice générale pour l'année 2005¹². L'histoire et la définition de la santé publique au Canada, ainsi que sa relation au bioterrorisme, précèdent cet examen.

La pertinence de cette étude, enfin, découle de l'idée selon laquelle le phénomène d'intégration nord-américaine, depuis septembre 2001, se caractérise par sa constante accélération. Exhorté à améliorer ses dispositifs sécuritaires et à les harmoniser à ceux des États-Unis¹³, le Canada adopte-t-il la vision américaine du bioterrorisme en omettant sa dimension sanitaire? Plus simplement, la pertinence de ce travail réside dans la rareté de la littérature canadienne en ce qui a trait au bioterrorisme ainsi qu'à l'élargissement du concept de sécurité au domaine de la santé publique.

Respectivement, ces institutions sont le « miroir » ou l'équivalent canadien du *Department of Homeland Security* (DHS) et des *Centers for Diseases Control* (CDC).

¹² Santé Canada, 2003, *Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada*, Ottawa, 242 p. Bureau du vérificateur général du Canada, *loc. cit.*, pp.22-48.

¹³ Sous l'impulsion de l'affaire Rensham et des attentats de 2001, le Canada subit des pressions accrues de la part du gouvernement Bush, craignant que son voisin du nord ne représente un sanctuaire pour des terroristes visant les États-Unis. Cette crainte s'est en grande partie manifestée dans les propos de Paul Cellucci, ancien ambassadeur des États-Unis au Canada. À ce sujet, consulter les articles de Raymond Giroux (*Le Soleil*, 27 octobre 2001, p.D1), Gilles Toupin (*La Presse*, 27 septembre 2001, p.A4) et Manon Cornéliier (*Le Devoir*, 13 octobre 2001, p.A4).

1. Santé publique et bioterrorisme au Canada

1. 1. Historique et définitions

Dès l'Antiquité, la mythologie grecque établit la distinction entre la médecine curative, réservée à l'individu, et la prévention des maladies ou la promotion de la santé auprès de la collectivité: filles du dieu de la médecine Asclépios, Hygie et Panacée veillent sur la population en s'occupant respectivement de la prévention et des traitements. L'idée d'une véritable santé « publique » ne se développe toutefois qu'avec les effets néfastes de l'industrialisation de la Grande-Bretagne. Un mouvement sanitaire collectif, en 1842, dénonce les mauvaises conditions d'hygiène en milieu urbain et œuvre pour le développement d'infrastructures sanitaires

Au Canada, bien que les menaces à la santé collective font l'objet d'un certain contrôle, la santé publique y demeure à l'état embryonnaire aux XIX^e et XX^e siècles. Seuls les progrès de la science médicale permettent aux conseils locaux de la santé, créés à la fin du XIX^e siècle, d'agir autrement qu'en cas d'épidémie en s'occupant désormais de la pasteurisation du lait, de la tuberculination des vaches, de la gestion des sanatoriums, du contrôle des maladies transmissibles sexuellement, ainsi que de la surveillance et de l'isolement des patients. Après avoir finalement acquis un caractère « officiel » en 1919, lors de la création d'un premier Ministère de la santé nationale, la sécurité publique canadienne rencontre de nouveaux défis à l'aube du XX^e siècle, tels que l'augmentation des maladies chroniques comme les troubles cardiaques, le cancer, le diabète et l'arthrite. Or, parce qu'elles découlent de comportements individuels ou de facteurs héréditaires moins inquiétants, ces maladies engendrent une diminution de l'intérêt pour la santé publique, mise « à l'arrière-plan et [...] souvent tenue pour acquise. »¹⁴ Récemment, une préoccupation médiatique grandissante non seulement envers les risques d'attentats biologiques, mais également les maladies respiratoires telles que le syndrome

¹⁴ Santé Canada, *loc. cit.*, p.45.

respiratoire aigu sévère (SRAS), le retour de la tuberculose, une pandémie prochaine de grippe ou la transmission de la grippe aviaire à l'humain, renversent toutefois cette tendance.

Dans le contexte actuel, « la santé publique peut se décrire comme la science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir la maladie, de prolonger et d'améliorer la qualité de la vie par des efforts organisés de la société. »¹⁵. En outre, selon la *Loi sur la santé publique du Québec* (2001) :

Les actions de santé publique doivent être faites dans le but de protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population en général et elles ne peuvent viser des individus dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus.¹⁶

Ces définitions, qui établissent essentiellement la différence entre soins cliniques individuels et bien-être collectif, demeurent très vastes et n'excluent pas, par conséquent, la menace collective qu'incarne le bioterrorisme. De la même façon, les fonctions essentielles de la santé publique canadienne, définies dans un rapport du Comité consultatif sur la santé de la population, incluent la menace bioterroriste sans pour autant en faire mention: le document fait état de la protection et de la surveillance de la santé, de la prévention des maladies et des blessures, de l'évaluation de la santé de la population et de la promotion de la santé¹⁷. Seul le récent rapport *Leçons du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada* fait clairement état du bioterrorisme en mentionnant, parmi les difficultés de la lutte contre les maladies émergentes et réémergentes, le « risque de libération accidentelle ou intentionnelle d'agents biologiques » accru par l'augmentation constante des flux de transport, de communication et d'information¹⁸.

¹⁵ *Ibid*, p.48

¹⁶ *Ibid*.

¹⁷ *Ibid*, p.49

¹⁸ *Ibid*, p.2

Si la biosécurité consiste à gérer ensemble les menaces naturelles ou militaires/criminelles à la santé, on remarque donc qu'elle s'insère facilement dans la définition canadienne de la santé publique. Cette dernière utilise en effet des termes suffisamment larges, tels que « prévenir la maladie » ou « protéger l'état de santé », pour inclure la menace bioterroriste parmi les autres menaces à la santé collective. Plus clairement encore, le rapport *Leçons du SRAS* montre bien cette insertion en reconnaissant non seulement de manière explicite la menace bioterroriste, mais en l'inscrivant surtout dans la problématique plus vaste des conséquences sanitaires de la mondialisation. Reste à examiner si cette ouverture vers la biosécurité se traduit concrètement dans la démarche du gouvernement canadien : la préparation contre la menace bioterroriste est-elle véritablement associée à celle contre les maladies infectieuses qui préoccupent les autorités de santé publique?

1. 2. Grille d'analyse

Notre grille d'analyse s'inspire de l'approche d'Aaron B. Wildavsky, présentant deux approches de la gestion du risque citées par George Avery : alors que l'anticipation « tente d'identifier et de prévenir les problèmes », la résilience « tente de gérer les imprévus »¹⁹. Appliqué à la préparation contre le bioterrorisme, le concept d'anticipation est donc synonyme d'un programme fondé sur des menaces spécifiques d'urgence, c'est-à-dire une attaque terroriste à l'aide d'agents biologiques « militarisables » connus (variole, peste, anthrax, botulisme, fièvre Q, tularémie). En revanche, un programme contre le bioterrorisme basé sur la résilience se confond avec un programme portant sur les maladies infectieuses en général : on crée une capacité de réponse vaste et diversifiée, puisqu'on ignore quelle menace, naturelle, criminelle, connue ou inconnue, se concrétisera (tableau 3).

¹⁹ George Avery, 2004, « Bioterrorism, Fear, and Public Health Reform : Matching a Policy Solution to the Wrong Window », *Public Administration Review*, May/June 2004;64, 3; ABI/Inform Global, pp.275-288.

Ces deux types de programmes, anticipation et résilience, correspondent respectivement à la gestion militaire/criminelle du bioterrorisme et à la biosécurité. Tandis que George Avery démontre que la préparation américaine contre le bioterrorisme correspond à un programme d'anticipation, nous proposons de synthétiser les critères établis par cet auteur afin de mener notre propre analyse sur le cas canadien :

1. D'un point de vue institutionnel, nous nous intéressons à la nature et au rôle des institutions qui contribuent à la lutte contre le bioterrorisme : sont-elles liées davantage à l'anticipation (vision militaire/criminelle) ou à la résilience (biosécurité)?
2. D'un point de vue constitutionnel, nous nous interrogeons sur l'impact de la lutte contre le bioterrorisme en matière de relations fédérales, provinciales et territoriales: les capacités de réponse sont-elles centralisées au niveau fédéral (anticipation/militaire/criminel) ou sont-elles réparties entre les différents pouvoirs (résilience/biosécurité)?

TABLEAU 3
SYNTHÈSE : PRÉPARATION CONTRE LE BIOTERRORISME

George Avery/David S. McDonough	MENACE MILITAIRE/CRIMINELLE	MENACE À LA SANTÉ PUBLIQUE OU BIOSÉCURITÉ
	Le bioterrorisme représente uniquement un problème de militaire/criminel.	Le bioterrorisme représente un problème également sanitaire. Les menaces à la santé, qu'elles soient criminelles ou naturelles, doivent être gérées ensemble.
Aaron B. Wildavsky	ANTICIPATION	RÉSILIENCE
	Identifier et prévenir les problèmes spécifiques dans un contexte d'urgence seulement : une attaque terroriste perpétrée à l'aide d'agents « militarisables » connus (variole, peste, anthrax, fièvre Q, tularémie).	Construire la capacité de gérer les imprévus. Puisqu'on ignore quelle menace se concrétisera, on construit une capacité de réponse vaste et diversifiée, autant au niveau fédéral, étatique ou local.

CONSÉQUENCES SUR LE PROGRAMME CANADIEN DE LUTTE CONTRE LE BIOTERRORISME : ADAPTATION DES ÉNONCÉS DE AVERY ET DE WILDASKY		
NIVEAU INSTITUTIONNEL	Les agences qui interviennent jouent un rôle associé à l'anticipation (menace militaire/criminelle).	Les agences qui interviennent jouent un rôle associé à la résilience (biosécurité).
NIVEAU CONSTITUTIONNEL	Les capacités de réaction en cas de crise sont concentrées au niveau fédéral.	Les capacités de réaction en cas de crise sont réparties entre les niveaux fédéral, provincial, territorial et local.

2. Sécurité et biosécurité: le programme canadien de lutte contre le bioterrorisme

2.1 Niveau institutionnel : le rôle des organisations

Selon l'article 7 de la *Loi sur la protection civile* du Canada, chaque ministère détient la responsabilité d'élaborer un plan d'urgence en fonction de son secteur de responsabilité. Plusieurs ministères peuvent donc intervenir simultanément en cas d'incident bioterroriste, les principaux concernés étant le Ministère de la sécurité publique et de la protection civile (SPPC), le Ministère de la Défense nationale (MDN), ainsi que

l'Agence de santé publique du Canada (ASPC)²⁰. Parmi ces organisations, le rôle d'une seule semble compatible avec la biosécurité: créée en 2004 au sein de Santé Canada à la suite de l'épidémie de SRAS, l'ASPC détient un vaste mandat qui consiste, d'une part, à promouvoir la santé ainsi qu'à prévenir et à contrôler les maladies infectieuses et, d'autre part, à réagir à « toutes les urgences qui menacent la santé de la population »²¹.

Le rôle de l'ASPC rappelle ainsi la définition canadienne de la santé publique, puisque son mandat, en évoquant de façon imprécise la protection de la santé, lui confère une mission sanitaire n'excluant en rien la menace bioterroriste. Plus précisément, cette menace traditionnellement militaire/criminelle ne représente pas la principale priorité de l'Agence, puisqu'un peu plus du tiers seulement de ses ressources financières sont consacrées aux « mesures et interventions d'urgence », le reste étant destiné à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses (tableau 4). Surtout, ces « mesures et interventions d'urgence » ne sont pas systématiquement vouées à la lutte contre le bioterrorisme, mais plutôt à « toute menace urgente » à la santé des Canadiens, dont les déversements accidentels de

²⁰Les autres organisations concernées sont Environnement Canada, Transport Canada, la Commission canadienne de sûreté nucléaire, Pêches et Océans Canada/Garde côtière, Affaires étrangères Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada, l'Agence d'inspection des aliments, Ressources naturelles Canada, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, ainsi que le Bureau du conseil privé. Enfin, à l'intérieur même du SPPC et du MDN, interviennent l'Agence des services frontaliers, la Gendarmerie royale du Canada (GRC), le Service canadien du renseignement de sécurité, Recherche et développement pour la défense Canada et le Centre de la sécurité des télécommunications. Sécurité publique et protection civile Canada, 2005, *La stratégie en matière chimique, biologique et nucléaire (CBRN) du gouvernement du Canada*. Ottawa, pp.8-11.

²¹ La promotion de la santé se rapporte aux maladies chroniques et plus spécifiquement, selon des programmes spéciaux, aux maladies cardiovasculaires, au diabète et au cancer. Les maladies infectieuses qui retiennent l'attention de l'Agence sont le VIH/SIDA, la grippe sous forme de pandémie, les maladies acquises à l'hôpital ou en milieu de soins (nosocomiales) ainsi que les maladies transmises de l'animal à l'humain (zoonoses). Santé Canada, 2005, « Rapport sur les plans et les priorités 2005-2006 », *Agence de santé publique du Canada*, www.phac-aspc.gc.ca.

pathogènes dangereux ou les crises provoquées par des épidémies telles que le SRAS. Si une « menace urgente » s'avère de nature bioterroriste, l'ASPC s'acquitte de sa responsabilité en participant notamment à l'Équipe mixte d'intervention en cas d'urgence CBRN avec la GRC et le MDN. Elle entretient également un « lien opérationnel direct » avec le Ministère de la SPPC, en plus d'offrir son appui au Système national des mesures et des interventions d'urgence, mis sur pied en vertu de la Politique de sécurité nationale de 2004²².

La nature et le rôle de l'ASPC correspondent en somme à la définition du concept de biosécurité, en présentant de manière indissociable les dimensions sanitaires et militaires/criminelles du bioterrorisme: elle se destine de manière générale à la protection de la santé des Canadiens en luttant contre des menaces non spécifiques, urgentes ou non, naturelles ou terroristes. La menace bioterroriste, autrement dit, est considérée parmi les autres menaces à la santé publique dans le fonctionnement de l'Agence.

²² *Ibid.*

TABLEAU 4
RESSOURCES FINANCIÈRES DE L'ASPC (EN MILLIONS DE DOLLARS)

Fonctions de l'ASPC	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Mesures et interventions d'urgence			
Capacité d'appliquer des mesures d'urgence	27,3	27,3	27,3
Capacités en cas d'urgence	11,9	14,9	14,9
Total	39,2	42,2	42,2
Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies infectieuses			
Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains	17,3	17,0	16,9
Stratégies intégrées de lutte contre les maladies chroniques	6,5	7,3	7,3
Stratégies axées sur des maladies chroniques particulières (maladies cardiovasculaires, Cancer, diabète)	10,7	10,7	10,7
VIH/SIDA	34,8	49,5	54,1
Préparation en cas de pandémie de grippe	7,0	7,0	7,0
Programme de lutte contre les infections acquises à l'hôpital et en milieu de soins (nosocomiales)	3,9	3,9	3,9
Maladies transmissibles de l'animal à l'humain (zoonoses)	19,5	22,4	22,4
Total	99,7	117,8	122,3

Source : Santé Canada. 2005. « Rapport sur les plans et les priorités 2005-2006 », ASPC, www.phac-aspc.gc.ca .

Toutefois, cette propension envers la biosécurité semble se fragiliser lorsqu'on examine de manière globale la préparation canadienne contre le bioterrorisme, dont la *Stratégie en matière chimique, biologique, radiologique et nucléaire du gouvernement du Canada* représente la clef de voûte. Publié en 2005, ce document traduit la vision traditionnelle du gouvernement canadien, qui associe les agents biologiques aux armes chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires tel qu'au lendemain de la guerre froide²³. Or, insérés dans une menace CBRN « en bloc », les agents biologiques ne constituent pas un problème de santé publique :

La Stratégie CBRN porte principalement sur les incidents CBRN liés à des terroristes. [...] un incident CBRN intentionnel sera considéré, pour l'application de la Stratégie, comme un acte terroriste – tel qu'il est défini dans le Code criminel du Canada et la Loi sur les infractions en matière de sécurité. La définition comprend les actes de violence graves sur des personnes ou une propriété, où l'infraction revêt potentiellement un objectif politique, religieux ou idéologique, au Canada ou dans un État étranger ou se veut un objectif politique d'intérêt national.²⁴

Ainsi n'est-il pas question de protection de la santé ou de menace à la santé, le bioterrorisme étant d'abord considéré pour sa nature militaire ou criminelle, plutôt que sanitaire. On poursuit ainsi un objectif étroit lié aux urgences plutôt qu'à la biosécurité, c'est-à-dire simplement « prévenir les incidents CBRN, et si ces incidents se produisent, les atténuer et intervenir efficacement. »²⁵

²³ David S. Mc Donough, 2004, « “The War on Microbes”, Infectious Diseases, Bio-Weapons, and Biological Security », *Institut canadien d'études stratégiques*, février 2004, p.1, www.ciss.ca .

²⁴ Sécurité publique et protection civile Canada, 2005, *La stratégie en matière chimique, biologique et nucléaire (CBRN) du gouvernement du Canada*. Ottawa, p.2.

²⁵ *Ibid.*

Par conséquent, bien qu'elle mentionne le rôle de l'ASPC, la *Stratégie CBRN* met principalement de l'avant les responsabilités conférées au Ministère de la Sécurité publique et à la Défense nationale, tous deux liés à une vision militaire/criminelle du bioterrorisme. En effet, alors que le MDN occupe essentiellement une fonction de soutien technique et scientifique en cas d'incident terroriste²⁶, la SPPC joue le rôle de « chef d'orchestre », veillant à la mise en oeuvre de la Politique de sécurité nationale, ainsi que du Plan d'action antiterroriste du gouvernement du Canada, établi suite aux événements de septembre 2001.²⁷ Le Ministère de la sécurité publique et de la protection civile, créé le 12 décembre 2003, assure autrement dit un « leadership fédéral » dans « les domaines de la sécurité nationale et de la gestion des urgences », ce qui explique d'ailleurs qu'il soit non seulement désigné comme le maître d'œuvre de la *Stratégie CBRN*, mais qu'il en soit également l'auteur²⁸. En matière d'incident bioterroriste, l'Agence de santé publique se trouve ainsi « sous la coordination de Sécurité publique et Protection civile Canada »²⁹.

En d'autres termes, présentée comme « un cadre global en vue d'améliorer l'état de préparation de notre pays », la *Stratégie CBRN* établit le rôle prédominant d'organismes sans lien à la santé publique dans la gestion d'urgences

²⁶ La Deuxième Force opérationnelle interarmées (FOI 2) est responsable des opérations fédérales antiterroristes depuis 1993, la GRC occupant auparavant cette fonction. Elle assure la défense de la population canadienne et des intérêts canadiens autant au pays qu'à l'étranger. En 2001, les Forces canadiennes investissent également 30 millions de dollars dans la mise sur pied de la Compagnie interarmées de défense nucléaire, biologique et chimique, www.dcds.forces.gc.ca

²⁷ Le Plan a pour objectif « d'empêcher les terroristes d'entrer au Canada; de protéger les Canadiens et les Canadiennes contre les actes de terrorisme; de fournir des outils permettant d'identifier, de poursuivre en justice, de condamner et de punir les terroristes; de maintenir la sécurité et l'ouverture de la frontière Canada/États-Unis au commerce légitime; de collaborer avec la communauté internationale pour traduire les terroristes en justice », *ibid.*

²⁸ www.psepc-sppcc.gc.ca

²⁹ www.phac-aspc.gc.ca

bioterroristes³⁰. Si la dimension sécuritaire semble donc l'emporter, la biosécurité n'existant qu'au sein de l'ASPC, la préparation canadienne contre le bioterrorisme ne peut être associée à un programme d'anticipation, sans lien à la santé publique : certains changements institutionnels, en lien à la relation entre l'Agence de santé publique et le Ministère de la sécurité publique et de la protection civile, ne peuvent être ignorés.

Avant la création du Ministère de la SPPC, bien que tout incident biologique doive être géré par Santé Canada, un incident de nature terroriste tombe automatiquement sous la responsabilité du Ministère du Solliciteur général³¹. Plus simplement, avant décembre 2003, toute menace à la santé de la population canadienne devait être gérée par Santé Canada, tant qu'elle ne relève pas d'un acte criminel. Si on remarque une relation semblable entre la SPPC et l'ASPC, la création de l'Agence en elle-même constitue toutefois un premier changement, car, si elle demeure en quelque sorte dans l'ombre de la SPPC, elle marque la naissance d'une préoccupation toute particulière³², au sein de Santé Canada, pour les menaces sanitaires du monde actuel, toutes catégories confondues. Elle vise en effet la création de « nouvelles structures de santé publique » adaptées aux impératifs de la mondialisation, une vision qui correspond à la biosécurité en privilégiant une approche globale, destinée à l'ensemble des menaces à la sécurité collective³³.

³⁰ Sécurité publique et protection civile Canada, 2005, La stratégie en matière chimique, biologique et nucléaire (CBRN) du gouvernement du Canada. Ottawa, p.2.

³¹ Bureau du vérificateur général du Canada, *loc. cit.*, p.24.

³² À ce sujet, l'Agence précise que « des événements récents en rapport avec l'écllosion de maladies infectieuses » créent un contexte où il devient « nécessaire d'avoir un nouveau modèle capable d'apporter une réponse rapide aux menaces à la santé publique [...]. L'Agence concentrera ses efforts sur les mesures et les interventions d'urgence, la prévention et la surveillance des maladies infectieuses et chroniques, ainsi que la prévention des blessures », www.phac-aspc.gc.ca

³³ Santé Canada, *Leçons de la crise du SRAS*, p.220.

En outre, si l'Agence agit sous la coordination du Ministère de la SPPC, cette situation n'est pas propre au bioterrorisme, car Sécurité publique et protection civile assure officiellement la direction de toutes les organisations potentiellement appelées à intervenir en cas d'urgence, de nature terroriste ou non. Créée en réaction aux attentats de septembre 2001, SPPC correspond ainsi à une approche « du haut en bas » (*top down*) de la sécurité³⁴. Or, en tant que « chef d'orchestre », on peut se demander jusqu'à quel point ce ministère participe concrètement à la préparation canadienne contre le bioterrorisme. Bien sûr, en vertu de la *Stratégie CBRN*, il dicte une vision d'ensemble principalement militaire/criminelle plutôt que sanitaire du bioterrorisme, mais exerce-t-il réellement un contrôle effectif en matière d'incidents qui relèvent de la santé publique? Bien qu'il soit difficile de répondre à cette question, certains indices permettent de croire que l'ASPC ne joue pas un rôle si effacé derrière le Ministère de la SPPC. Notamment, la *Stratégie CBRN* présente une certaine confusion dans les rôles respectifs de ces deux organisations (tableau 5).

³⁴ William L. Waugh et Richard T. Sylves, 2002, « Organizing the War on Terrorism », *Public Administration Review*, 62, p.152.

TABLEAU 5
RÔLES ET RESPONSABILITÉS DANS L'ATTEINTE
DES OBJECTIFS DE LA STRATÉGIE CBRN

Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC)	Santé Canada (SC) : Agence de santé publique du Canada (ASPC)
<p>La responsabilité première du Ministère est de mettre en œuvre la Politique de sécurité nationale. Son rôle est de coordonner l'intervention générale du gouvernement lors d'incidents terroristes, notamment les incidents CBRN, qui se produisent en territoire canadien, ainsi que l'appui aux provinces et aux territoires.</p>	<p>SC, par l'intermédiaire de l'ASPC, a la responsabilité de la coordination de la planification, de la préparation et de l'intervention reliées aux urgences de santé publique avec les ministères et agences du gouvernement du Canada.</p> <p>SC dirige ou coordonne la mobilisation des ressources nationales de santé publique et est aussi responsable de la capacité d'intervention et de la prestation de l'expertise en ce qui concerne les conséquences d'événements chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires pour la santé publique.</p>

Source : Sécurité publique et protection civile Canada. 2005. La stratégie en matière chimique, biologique et nucléaire (CBRN) du gouvernement du Canada. Ottawa, p.8. C'est nous qui soulignons.

On remarque la similitude des fonctions de coordination des deux organisations, la principale différence tenant au fait que la SPPC agit en matière de terrorisme et l'ASPC, dans le cas d'urgences sanitaires. Or, selon la définition canadienne de la santé publique et du concept de biosécurité auquel se rattache

l'Agence, ces urgences incluent déjà les incidents terroristes biologiques. En d'autres termes, les fonctions de l'Agence et celles de SPPC semblent ici se chevaucher. On observe également que le mandat de l'ASPC est beaucoup plus détaillé et, par conséquent, semble plus concret. Il est notamment question de mobilisation des ressources nationales, de capacité d'intervenir et de prestation de l'expertise, des fonctions réunies dans le Centre des mesures et d'intervention d'urgence de l'Agence. Désigné comme « l'autorité en santé du gouvernement du Canada en ce qui a trait au bioterrorisme, aux services de santé d'urgence et à l'intervention en cas d'urgence », le Centre élabore des consignes et définit des mesures de soutien destinées aux différentes organisations susceptibles d'intervenir lors d'un incident biologique, tels Environnement Canada, Transport Canada, Pêches et Océans Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada, etc. Doté de laboratoires, le Centre identifie également en 24 heures tout agent biologique suspect ou se réfère au Laboratoire national de microbiologie, disposant du plus haut niveau de sécurité ainsi que des installations les plus spécialisées au Canada³⁵.

En somme, la rhétorique du Ministère de la sécurité publique et de la protection civile et de l'Agence de santé publique montre une confusion qui n'est pas anodine. Elle nous permet effectivement de croire que, bien que SPPC représente l'autorité principale en cas d'incident terroriste, Santé Canada et sa nouvelle Agence semblent tenir les rênes lors des situations d'urgences sanitaires, y compris les incidents bioterroristes. Cette affirmation est d'autant plus valable qu'un tel événement a de fortes chances, au moment de l'apparition des premiers symptômes, d'être confondu avec une urgence de nature accidentelle ou naturelle.³⁶ Elle vérifie en outre les propos de certains auteurs, pour qui le nombre important d'agences

³⁵ www.psepc-sppcc.gc.ca

³⁶ En 1984, la secte *Rajaneeshee* contamine les bars à salade de restaurants, en Oregon, à l'aide de la salmonellose. Confrontées à une centaine de cas de maladie déclenchés par la bactérie, les autorités croient à une infection naturelle jusqu'à ce que le groupe revendique l'attentat. Voir Avery, *loc. cit.*, p.177.

impliquées en matière de bioterrorisme fait en sorte que le bon fonctionnement d'une approche « du haut vers le bas » demeure illusoire : dans le cas de la SPPC, le Ministère doit faire appel à des compétences qui, forcément, relèvent du domaine de la santé publique. Par conséquent, bien qu'existe « une tendance décisive à définir la menace terroriste en termes juridiques et militaires uniquement », l'autorité du Ministère de la sécurité publique et de la protection civile est en quelque sorte « diluée » par la complexité de la menace, exigeant inévitablement les compétences de l'Agence de santé publique³⁷.

Ce phénomène, toutefois, ne signifie pas pour autant que la biosécurité au sein de l'Agence s'impose parfaitement en lieu et place de la direction officielle de la SPPC. Si cette dernière marque certains changements institutionnels, plusieurs lacunes persistent, soulignées par la vérificatrice générale dans le rapport de 2005. Notamment, selon George Avery, l'application de la biosécurité implique que la formation sur les urgences sanitaires soit destinée autant aux premiers intervenants qu'aux professionnels de la santé. Or, si le programme canadien de formation réserve, en 2001, 11,2 millions de dollars au Collège de la protection civile du Canada et 21 millions à Santé Canada, la vérificatrice générale remarque que les professionnels de la santé n'en ont pas bénéficié, « même si la demande de financement pour le programme de formation affirmait clairement la nécessité pour les professionnels de la santé de suivre une formation spécialisée [...] »³⁸.

En somme, au plan institutionnel, la préparation canadienne contre le bioterrorisme se situe à mi-chemin entre l'anticipation associée à la *Stratégie CBRN* et la résilience ou la biosécurité, mise en place sous l'impulsion de l'ASPC. Le Ministère de la SPPC, en dictant la *Stratégie CBRN*, fait effectivement en sorte que persiste la dichotomie entre les dimensions sécuritaire/criminelle et sanitaire du bioterrorisme, un phénomène qu'explique l'approche sécuritaire « du haut vers le bas » de la sécurité au lendemain du 11 septembre 2001.

³⁷ Waugh, et Sylves, *loc. cit.* pp.147-152.

³⁸ Bureau du vérificateur général du Canada, *loc. cit.* p.41.

Néanmoins, puisque la nature du bioterrorisme complique le rôle de direction de la Sécurité publique et protection civile, l'Agence de santé publique est appelée à jouer un rôle plus important que ne le suggère au premier abord la *Stratégie CBRN*. En d'autres termes, quoique fragile, la biosécurité existe et est progressivement implantée au Canada.

Sur la base de l'analyse d'Avery selon laquelle la biosécurité demeure absente aux États-Unis, le Canada emprunterait donc une voie différente de celle de son puissant voisin. Cette différence s'explique notamment par le sentiment de peur qui domine, depuis septembre 2001, la politique du gouvernement de George W. Bush : puisque depuis septembre 2001 le bioterrorisme est devenu un « sujet brûlant » (*a hot button issue*), les autorités américaines cherchent à tout prix à se montrer prêtes à faire face à cette menace spécifique.

[...] la crainte du bioterrorisme a conduit les politiciens et les agences gouvernementales à « faire quelque chose », afin d'éviter la critique selon laquelle ils ne sont pas prêts à faire face à une attaque terroriste et que la préparation contre une possible attaque bioterroriste demeure insuffisante.³⁹

Par conséquent, d'abord destinés à combattre la malaria en 1946, les *Centers for Diseases Control* (CDC) des États-Unis ont été particulièrement sollicités en matière de « Préparation et réponse aux urgences » (*Emergency Preparedness & Response*) suite aux attentats à l'anthrax de 2001. Ainsi, les Centres multiplient la publication de plans détaillés de préparation bioterroriste à la maison, au travail et à l'école. Vingt-cinq nouveaux laboratoires ont également été invités à se joindre au « Réseau national de laboratoires » (*National Laboratory Response Network*) et des exercices comme *TopOff2*, *Global Mercury* et *Unified Defense 2003* ont été organisés⁴⁰. Les « Études civiles sur la biodéfense » (*Civilian*

³⁹ Terry O'Brien, Katharine C. Rathbun et Edward P. Richards, 2002, « Bioterrorism and the Use of Fear in Public Health », *The Urban Lawyer*, 34, 3, été, pp.685-726.

⁴⁰ www.cdc.gov/programs/bt07.htm

Biodefense Studies) rapportent également que les CDC reçoivent, en 2001, 166 millions de dollars supplémentaires afin d'améliorer la préparation américaine contre le bioterrorisme. Or, les programmes de surveillance, de communication des données et de diagnostic que mènent les Centres « se concentrent uniquement sur l'anthrax, la variole, la tularémie, la peste, le botulisme et les hémorragies virales».

Ces menaces très spécifiques sont donc exclues de la préparation plus générale contre les menaces à la santé collective, alors qu'elles requièrent pourtant une gestion identique⁴¹.

Dans le cas du Canada, la réalité semble différente, car bien que l'Agence de santé publique demeure l'homologue canadien des CDC, elle a pour origine première l'épidémie de SRAS : les auteurs de *Leçons sur la crise du SRAS* soutiennent que « Le gouvernement du Canada devrait agir promptement afin de créer une agence canadienne de santé publique [...] » et « devrait s'assurer que le mandat de l'Agence couvre largement la santé publique [...] »⁴². Ainsi l'Agence évolue-t-elle dans un contexte où la biosécurité n'est pas entravée par une crainte telle que vécue aux États-Unis, une crainte qui engendre non seulement des programmes axés uniquement sur les urgences, mais également des mesures antiterroristes « *glamour* » plutôt que liées à la protection de la santé dans son ensemble : on pense à l'intervention en Irak ou à une politique qui, de manière générale, « utilise des scénarios catastrophiques, à des lieues des expériences historiques vécues en matière de bioterrorisme »⁴³.

Malgré cette différence importante, le Canada et les États-Unis n'en collaborent pas moins en matière de santé publique, une collaboration qui, d'ailleurs, ne concerne pas uniquement le bioterrorisme et s'apparente davantage à la biosécurité. Partant du principe que « les virus n'ont pas de frontière », les deux pays comptent sur l'accord Canada/États-Unis sur la planification d'urgence (1986) ainsi que différents

⁴¹ Avery, *loc. cit.*, p.278.

⁴² Santé Canada, *Leçons de la crise du SRAS*, p.220.

⁴³ O'Brien, Rathbun et Richards, *loc. cit.*, p.688. Voir aussi Avery, *loc. cit.*, p.279.

programmes de collaboration sur la science et la technologie. Mieux encore, l'ASPC établit récemment un lien en temps réel entre sa base de données informatisée et celle des *Centers for Diseases Control*⁴⁴. Cet accord, datant du 12 août 2005, a pour but d'améliorer la surveillance des maladies⁴⁵, une mesure en lien direct aux recommandations du rapport *Leçons sur la crise du SRAS*⁴⁶. En d'autres termes, si les États-Unis n'adoptent pas le concept de biosécurité dans le cadre de leur préparation nationale contre le bioterrorisme, cette réalité ne paraît pas se répercuter, non seulement sur la préparation canadienne, mais aussi, dans une certaine mesure, sur la collaboration qu'entretient les deux pays.

2.2 Niveau constitutionnel : relations fédérales, provinciales, territoriales

Au plan constitutionnel, rappelons qu'une approche fondée sur l'anticipation se caractérise par la formulation de capacités contre le bioterrorisme concentrées au niveau fédéral. En revanche, une approche fondée sur la résilience ou la biosécurité privilégie le développement de capacités réparties entre les niveaux fédéral, provincial, territorial et local (tableau 3).

Au Canada, la biosécurité qui existe au sein de l'Agence de santé publique est également souhaitée dans le cadre des relations fédérales, provinciales et territoriales :

Dans la foulée des attaques terroristes du 11 septembre 2001 sur le *World Trade Center* et les attaques bioterroristes à l'anthrax aux États-Unis, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et

⁴⁴ www.phac-aspc.gc.ca

⁴⁵ Ujjal Dosanjh, ministre canadien de la Santé, et David Wilkins, ambassadeur des États-Unis, établissent un protocole d'entente facilitant l'échange et la comparaison simultanés de renseignements entre les réseaux virtuels de laboratoires PulseNet USA et PulseNet Canada. Cette entente vise à réduire les délais d'intervention et à renforcer les capacités de gestion en cas de propagation de maladies infectieuses (www.phac-aspc.gc.ca).

⁴⁶ Santé Canada, 2003, *Leçons de la crise du SRAS*, p.220.

territoriaux se sont réunis [...] La tragédie vécue par nos voisins américains a suscité un fort sentiment de solidarité aux tables FPT qui, nous l'espérons, sera mobilisé après le SRAS pour **atteindre l'objectif plus général de l'amélioration de la santé publique au Canada.**⁴⁷

Cette volonté se heurte toutefois à une réalité constitutionnelle semblable à celle des États-Unis, au sens où le partage des compétences entre les différents paliers de gouvernement a une incidence certaine sur la préparation contre le bioterrorisme.

En matière de santé publique, l'Acte de l'Amérique du Nord britannique accorde au gouvernement fédéral la responsabilité de « la quarantaine et l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine (art. 91.11) », alors que reviennent au provincial « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine (art. 92.7) ». On remarque donc que les gouvernements provinciaux possèdent des pouvoirs constitutionnels plus vastes en matière de santé publique.

Dans un cadre plus contemporain, l'autorité fédérale en matière de santé publique découle de divers pouvoirs répartis entre différents domaines : droit pénal, question d'intérêt national concernant « la paix, l'ordre et le bon gouvernement », la quarantaine et les frontières nationales, la réglementation du trafic et du commerce interprovincial ainsi que les traités internationaux. Outre cet ensemble de domaines dans lesquels interviennent autant de lois (*Loi sur la quarantaine* ou *Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes*), seule la législation sur le Ministère de la santé prévoit un mandat fédéral élargi en santé publique :

⁴⁷ *Ibid*, p.103. C'est nous qui soulignons.

Le ministère de la santé est responsable de la « promotion et du maintien du bien-être physique, mental et social de la population canadienne; de la protection de la population contre la propagation des maladies et les risques pour la santé; des enquêtes et des recherches sur la santé publique, y compris le contrôle suivi des maladies. »⁴⁸

La *Loi sur le ministère de la santé* confère ainsi un vaste mandat au gouvernement fédéral, qui n'exclut en rien le bioterrorisme. Toutefois, les compétences provinciales n'en demeurent pas moins essentielles, puisque la planification et la prestation des services se réalisent en fait aux niveaux local ou régional : leurs activités sont limitées par « les lois, les règlements, les politiques, les directives et les conditions de financement provinciales et territoriales. ». En d'autres termes, si « la santé publique locale demeure la ligne de front contre les épidémies telles que le SRAS », cette dernière se situe sous l'autorité législative des gouvernements provinciaux et territoriaux⁴⁹. Selon les paragraphes 92.13 et 92.16 de la Constitution, les provinces détiennent des responsabilités à l'égard des droits de propriété et des droits civils ainsi que les questions de nature locale ou privée, deux pouvoirs évoqués pour adopter des lois sur la santé publique. Dans chaque province ou territoire, une *Loi sur la santé publique* est établie et, en fonction de cette loi, un médecin hygiéniste assume la direction de la santé publique. D'autres lois plus spécifiques, par exemple la *Loi sur l'immunisation des élèves* en Ontario, régissent également les activités de santé publique. Plus important encore, tout transfert de données sur la surveillance des maladies vers les autorités fédérales ne se réalise que sur une base volontaire, Santé Canada ne possédant aucun mandat juridique clair lui permettant d'exiger des provinces et des territoires le partage d'information. En somme, malgré les compétences fédérales en santé publique, ce sont les autorités provinciales et territoriales qui dominent en cette matière.

⁴⁸ *Ibid*, p.51.

⁴⁹ *Ibid*, p.53.

Cependant, outre la dimension de santé publique que renferme le bioterrorisme, sa dimension militaire/criminelle exige que soit également examiné le partage des compétences fédérales, provinciales et territoriales en matière de sécurité. Selon la *Politique fédérale relative aux situations d'urgence* :

[...] la responsabilité d'agir dans une situation d'urgence est tout d'abord assumée par l'individu, à qui il incombe de connaître les mesures à prendre pour assurer sa propre sécurité. Les différents ordres de gouvernement n'interviennent qu'à mesure qu'on a besoin de leurs compétences et de leurs ressources pour contrôler la situation et en atténuer les incidences.⁵⁰

Par conséquent, si l'individu ne peut faire face à la situation, la municipalité intervient, puis, dans le cas où son aide se révèle insuffisante, le gouvernement provincial ou territorial intervient à son tour. Dans l'éventualité où une aide supplémentaire s'impose, alors seulement le gouvernement fédéral entre en action.

Plus important encore, le gouvernement fédéral peut intervenir en dépit des responsabilités constitutionnelles provinciales et territoriales de sécurité⁵¹, « s'il est clair que la situation touche à l'un de ses secteurs de compétences (par ex. inondation ou incendie sur des terres fédérales, écrasement d'avion dans un aéroport fédéral, etc.) ou en cas de crise nationale. »⁵² Plus particulièrement, la situation de crise nationale est définie dans la *Loi sur les mesures d'urgence*

⁵⁰ SPPC, 2000, « Politique fédérale relative aux situations d'urgence », *Feuillets de documentation*, février 2000. www.ocipep.gc.ca/info_pro/fact_sheets/general/P_fed_policy_f.asp.

⁵¹ Les provinces et territoires peuvent évoquer les paragraphes 13 à 16 de la Constitution, lui octroyant notamment les responsabilités en matière d'administration de la justice et de punitions, pour rédiger leurs propres normes en matière de sécurité. La criminalité demeure cependant une responsabilité exclusive du Parlement canadien, la sécurité civile provinciale et territoriale ne s'appliquant qu'aux situations accidentelles ou aux catastrophes naturelles, <http://lois.justice.gc.ca/fr/>

⁵² SPPC, *loc. cit.*

(1988) et vise à autoriser temporairement la prise de mesures extraordinaires de sécurité, ainsi que la modification d'autres lois par le gouvernement fédéral:

[...] une situation de crise nationale résulte d'un concours de circonstances critiques à caractère d'urgence et de nature temporaire, auquel il n'est pas possible de faire face adéquatement sous le régime des lois du Canada et qui, selon le cas :

- a. **met gravement en danger la vie, la santé ou la sécurité des Canadiens et échappe à la capacité et aux pouvoirs d'intervention des provinces;**
- b. menace gravement la capacité du gouvernement du Canada de garantir la souveraineté, la sécurité et l'intégrité territoriale du pays.⁵³

En vertu de la *Loi*, sont également considérés comme situation de crise nationale l'état d'urgence ainsi que l'état de crise internationale:

L'état d'urgence constitue une « situation de crise causée par des menaces envers la sécurité du Canada d'une gravité telle qu'elle constitue une situation de crise nationale. « Menaces envers la sécurité du Canada » s'entend au sens de l'article 2 de la Loi sur le service canadien du renseignement de sécurité. »

⁵³ L.R. (1985), ch.22 (4^e suppl.) (3), <http://lois.justice.gc.ca/fr/>. C'est nous qui soulignons.

⁵⁴ Par « menaces à la sécurité du Canada, la *Loi sur le service canadien du renseignement de sécurité* entend l'espionnage ou le sabotage, les activités clandestines ou trompeuses qui touchent le Canada ou s'y déroulent et sont influencées par l'étranger, les actions illicites ou cachées visant la destruction ou le renversement du gouvernement et, surtout, « **les activités qui touchent le Canada ou s'y déroulent et visent à favoriser l'usage de la violence grave ou de menaces de violence contre des personnes ou des biens dans le but d'atteindre un objectif politique, religieux ou idéologique au Canada ou dans un État étranger.** », L.R. (1985), ch.22 (4^e suppl.) (16), <http://lois.justice.gc.ca/fr/>. C'est nous qui soulignons

L'état de crise internationale est une « situation de crise à laquelle sont mêlés le Canada et un ou plusieurs autres pays à la suite d'actes d'intimidation ou de coercition ou de l'usage, effectif ou imminent, de force ou de violence grave et qui est suffisamment grave pour constituer une situation de crise nationale. »⁵⁴

Ces situations renferment certaines conséquences susceptibles d'affecter les compétences provinciales en matière de santé publique. Il est notamment question de « la désignation et l'aménagement de lieux protégés » (19c) (30e) ainsi que de « la prise de contrôle [...] de services publics » (19d) ou « l'habilitation ou de l'ordre donné [à une ou plusieurs personnes] compétentes de fournir des services essentiels » (19d)(30f). Bien sûr, si ces mesures ne peuvent empêcher le pouvoir provincial ou territorial de prendre ses propres mesures en fonction de ses lois et doivent également favoriser « une concertation aussi poussée que possible » (18(3) (30(2))), la *Loi* mentionne néanmoins que la consultation des provinces et des territoires n'est possible que s'il n'y a pas de « contre-indication apparente » (35). En état d'urgence, en outre, « la consultation peut avoir lieu après la prise de mesures, mais avant le dépôt de la motion de ratification devant le Parlement » (25 (2)).

On remarque donc que le bioterrorisme entre aisément dans les définitions de l'état de crise internationale, de l'état d'urgence et, forcément, de la crise nationale, car il s'apparente à une menace grave à « la vie, la santé et à la sécurité des Canadiens ». Or, puisqu'en présence « de motifs raisonnables » (17(1)) (28(1)) le gouvernement fédéral peut décréter que cette menace échappe « à la capacité et aux pouvoirs d'intervention des provinces » et que la consultation des provinces n'est pas obligatoire, celui-ci détient en somme le pouvoir de se substituer aux autorités provinciales et territoriales en cas d'attentat bioterroriste.

Au-delà de la compétence sécuritaire très permissive que lui accorde la *Loi sur les mesures d'urgence*, le gouvernement fédéral reconnaît cependant qu'en matière de bioterrorisme, les compétences provinciales et territoriales de santé publique ne peuvent être ignorées :

Le gouvernement fédéral assume la responsabilité principale de la prévention et de l'utilisation de matières CBRN ainsi que de la politique et des interventions face aux aspects criminels d'un incident terroriste, tout en reconnaissant que les autorités locales, provinciales et territoriales seront probablement les premières à intervenir. [...] La province ou le territoire où l'incident CBRN se produit a la responsabilité principale de gérer les conséquences de l'incident.⁵⁵

Comment le gouvernement fédéral gère-t-il alors ce « compromis » entre compétences fédérales sécuritaires et compétences provinciales de santé publique? Puisqu'il détient les compétences principales en matière de sécurité et qu'il reconnaît malgré tout l'importance des autorités provinciales et territoriales dans la préparation sanitaire contre le bioterrorisme, il s'assure que se développe une capacité de réponse intégrée, autant au niveau fédéral, provincial ou territorial. Ainsi l'objectif est-il de créer « un système de santé publique efficace et coordonné qui sert bien les Canadiens, peu importe les risques pour la santé » et ce, « en travaillant avec les provinces et les territoires. »⁵⁶ En d'autres termes, des mesures comprenant à la fois les dimensions militaire/criminelle et sanitaire du bioterrorisme sont envisagées au niveau pancanadien. Si elles correspondent à l'adoption du concept de biosécurité, il n'en reste pas moins que plusieurs obstacles se dressent au niveau de leur mise en pratique.

Parmi les mesures adoptées, la formation d'équipes d'interventions médicales d'urgence par Santé Canada correspond à un mandat octroyé en 2001 et qui n'a toujours pas été réalisé, même sous l'impulsion des ressources humaines et financières supplémentaires apportées par l'ASPC. Ces équipes provinciales, formées en partie par des médecins, des infirmières

⁵⁵ Sécurité publique et protection civile Canada, 2005, *La stratégie en matière chimique, biologique et nucléaire (CBRN) du gouvernement du Canada*, Ottawa, p.4.

⁵⁶ www.phac-aspc.gc.ca

et des techniciens médicaux, devraient normalement appuyer les intervenants locaux en matière de santé. Or, Santé Canada n'a pas été en mesure d'assurer le recrutement de ces équipes parmi les provinces et territoires du pays, en raison de « questions légales encore non réglées. »⁵⁷

Une autre mesure pancanadienne réside dans la Réserve nationale de secours, dont la mission a été révisée au lendemain des attentats de 2001 : elle dispose désormais d'un délai maximum de 24 heures pour livrer, partout au pays, des équipements médicaux et des produits pharmaceutiques. Bien que le contenu de la Réserve soit destiné à contrer toute menace sanitaire, terroriste ou non, la vérificatrice générale observe des lacunes quant à l'équipement CBRN : il ne contient aucune combinaison de protection, aucun détecteur, douche ou appareil de décontamination. Malgré les 7,9 millions de dollars octroyés en 2001 pour renflouer ses stocks, la Réserve souffre toujours de telles lacunes, puisque son contenu n'a pas été déterminé en fonction d'une évaluation de risques. En outre, de façon plus générale, bien que l'ASPC assume l'administration de la Réserve, ses objectifs ou son contenu ne sont inscrits dans aucun plan fédéral d'intervention d'urgence⁵⁸.

Enfin, le Programme conjoint de planification des urgences (PCPU) représente une mesure particulièrement lourde quant à son application à l'échelle du Canada. Sous la direction de SPPC, le Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile (BPIEP) doit utiliser le PCPU pour financer l'achat d'équipements CBRN pour les premiers intervenants des provinces, des territoires et de leurs municipalités. La vérificatrice générale observe ainsi que le BPIEP s'en remet aux administrations provinciales et territoriales, attendant qu'elles lui présentent une demande de financement afin de combler leurs lacunes, notamment en matière d'équipements d'urgence sanitaire. Par conséquent, les fonds n'ont pas été distribués en fonction d'une analyse de risques ou des régions les plus peuplées. Simplement, les premiers à présenter leur demande ont d'abord reçu leur

⁵⁷ Bureau du vérificateur général du Canada, *loc. cit.*, p.30.

⁵⁸ *Ibid*, p.32.

financement, de sorte que les villes de moins de 30 000 habitants, plutôt que les grands centres urbains, disposent de 40% des ressources disponibles. Par ailleurs, on observe qu'aucune ligne directrice n'a été présentée afin de faciliter l'achat des équipements par les provinces et les territoires : bien que le gouvernement fédéral ait promis l'établissement de normes nationales directrices, seuls des avis ponctuels ont été émis et les provinces et territoires ont donc présenté leurs propositions d'équipements et précisé les quantités désirées. Les prix et types d'équipements varient ainsi bizarrement, le coût d'une combinaison contre les risques biologiques allant de 700 à 7 200 dollars, alors que les niveaux de protection et d'autonomie de ces vêtements sont également très différents. Une municipalité s'est également procuré un appareil de surveillance biologique et chimique d'une valeur de 180 000 dollars, exigeant une formation complexe ainsi qu'un entretien permanent: cet équipement est aujourd'hui remisé par manque de moyens et de compétences nécessaires pour assurer son fonctionnement⁵⁹.

En somme, ces mesures pancanadiennes semblent s'associer au concept de biosécurité en favorisant le développement de capacités fédérales, provinciales et territoriales qui permettent au Canada de faire face à l'ensemble des risques pour la santé de sa population. Bien que le gouvernement fédéral représente le premier responsable de la sécurité en vertu de ses compétences constitutionnelles, il ne développe pas que ses propres capacités associées à la nature militaire/criminelle du bioterrorisme, mais s'oriente également vers les provinces et les territoires, reconnus comme les premiers responsables de la santé publique. Toutefois, le concept de biosécurité s'affaiblit lorsqu'on constate les difficultés entourant la mise en place de ces mesures à l'échelle pancanadienne. Mentionnons qu'elles ne résultent, toutefois, ni d'un manque de volonté envers la biosécurité, ni de la lutte pour l'exercice des compétences fédérales, provinciales et territoriales. Les provinces et les territoires demandent en effet à

⁵⁹ Dans son rapport, la vérificatrice ne spécifie pas le nom de cette municipalité.

Ottawa de déterminer une « ligne directrice » ou encore un « leadership clair » sur les questions de sécurité comme de santé publique⁶⁰. La difficile évolution de la collaboration entre les paliers de gouvernement repose ainsi sur d'autres causes :

Parmi le grand nombre de lois fédérales, provinciales et territoriales, aucune ne régit la santé publique ni ne définit les modalités de la coopération entre les divers paliers de gouvernement. [...] Il existe des arrangements spécifiques (p. ex. sur le sida), mais il n'existe pas de document FPT qui attribue des rôles et des responsabilités spécifiques aux intervenants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. L'absence de modalités officielles de collaboration nuit aux interventions rapides en cas de situation d'urgence.⁶¹

Malgré cet obstacle, la préparation canadienne contre le bioterrorisme n'en demeure pas moins différente de celle des États-Unis. Selon George Avery, la biosécurité ne parvient pas à y progresser en raison de la volonté centralisatrice de Washington en matière d'urgences CBRN. Cette volonté, plus précisément, puise ses origines dans la fin de la guerre froide, alors que la préoccupation du gouvernement de Bill Clinton envers la prolifération des ADM va croissant. À partir de 1995, on observe ainsi le monopole des agences fédérales américaines dans la lutte contre le bioterrorisme : le Bureau fédéral des enquêtes (*Federal Bureau of Investigation*) et l'Agence fédérale de gestion des urgences (*Federal Emergency Management Agency*) héritent du programme anti-bioterroriste PDD-39 (1995), la Défense contre les ADM (*Defense against Weapons of Mass Destruction*) entreprend la formation des intervenants fédéraux dispersés dans 120 villes (1996) et le Service de Santé publique (*Public Health Service*) forme des équipes fédérales d'intervention rapide (1998). En d'autres termes, aux États-Unis, la capacité d'intervenir en cas d'urgence se concentre

⁶⁰ *Ibid*, p.37, www.phac-aspc.gc.ca

⁶¹ Santé Canada, *Leçons de la crise du SRAS*, p.99.

avant tout entre les mains d'instances fédérales⁶². Depuis 2001, le Département de la sécurité intérieure (*Department of Homeland Security*) accentue clairement cette tendance en cherchant à « centraliser et à améliorer le développement des politiques »⁶³. Cette volonté, de plus, ne rencontre aucune véritable opposition, puisque les attentats ont apparemment eu un effet rassembleur de l'exécutif comme du législatif américain autour des décisions de la Maison Blanche. En somme, « en raison des conséquences du terrorisme sur la formulation de la politique de sécurité nationale, la préparation contre le bioterrorisme fait appel à davantage d'agences et le programme se concentre sur celles établies au niveau fédéral, plutôt qu'étatique ou local. »⁶⁴

Or, bien que la SPPC puisse être considérée comme l'homologue canadien du Département de la sécurité intérieure, l'existence d'une volonté centralisatrice de la part d'Ottawa semble moins évidente lorsque l'on examine la relation entre les compétences canadiennes de sécurité et de santé publique. En effet, si cette volonté existe toujours au sein du gouvernement libéral, elle est atténuée par la reconnaissance fédérale envers les compétences provinciales et territoriales de santé publique, une reconnaissance se traduisant d'ailleurs dans le développement de capacités d'intervenir à tous les paliers de gouvernement. Elle est également moins évidente en raison du désir des provinces et des territoires envers une direction fédérale en matière d'urgences de santé publique, toutes catégories confondues.

En somme, bien que le développement de capacités pancanadiennes contre le bioterrorisme progresse difficilement, « l'absence de modalités officielles de collaboration » entre les différents intervenants est désignée comme responsable, plutôt qu'une quelconque imitation du modèle américain⁶⁵. Un exemple récent de cette situation est rapporté par l'Association canadienne des médecins d'urgence, selon qui les hôpitaux ne

⁶² Avery, *loc. cit.*, p.278.

⁶³ www.dhs.gov

⁶⁴ Avery, *loc. cit.*, p.276.

⁶⁵ Santé Canada, *Leçons de la crise du SRAS*, p.99.

Julie Auger

peuvent faire face à un afflux important de patients, provoqué par une épidémie ou un attentat terroriste, en raison du trop faible financement destiné aux services d'urgence. L'accord sur la santé conclu en 2004 entre Ottawa et les provinces prévoit en effet un investissement fédéral vers des besoins autres que les urgences, une situation qui peut être associée à l'absence d'une collaboration dûment établie au niveau fédéral, provincial et territorial en matière d'urgences sanitaires⁶⁶.

⁶⁶ Dennis Bueckert, 2005, « Les hôpitaux canadiens sont mal préparés en cas de désastre d'envergure », *Le Devoir*, 15 août 2005, p. A2.

Conclusion

La préparation canadienne contre le bioterrorisme se distingue de celle des États-Unis en marquant une ouverture certaine vers la biosécurité, concept canadien utilisé et explicité par George Avery. En effet, si ce dernier établit que la stratégie américaine en matière de bioterrorisme s'associe à un programme d'anticipation fondé sur une vision militaire/criminelle du bioterrorisme, nous avons pour notre part étudié la situation canadienne en synthétisant l'approche choisie par cet auteur.

Ainsi, après avoir établi le lien entre la définition de la santé publique canadienne et la biosécurité, nous nous sommes attardés à l'application concrète de concept. D'un point de vue institutionnel, il a d'abord été question du rôle des organisations participant à la lutte contre le bioterrorisme. Nous avons ainsi remarqué que, si la biosécurité existe avant tout au sein de l'Agence de santé publique du Canada, la *Stratégie CBRN* accorde le haut du pavé à des organisations dont la nature et le rôle se rattachent plutôt à la sécurité, dont le Ministère de la SPPC ainsi que le MDN. Toutefois, cette observation ne signifie pas que la préparation canadienne réside strictement dans le domaine de l'anticipation, puisque certains changements institutionnels ne peuvent être négligés : non seulement la création même de l'ASPC traduit une préoccupation renouvelée pour les urgences sanitaires et leurs conséquences pour la santé publique, mais cette Agence, en raison de sa compétence très spécialisée, dilue également le *leadership* accordé à la SPPC. Ce ministère doit effectivement s'en remettre à l'Agence de santé publique en cas d'urgence sanitaire, d'origine terroriste ou non, puisqu'elle détient les compétences et l'équipement nécessaires. En somme, en dépit de lacunes d'ordre administratif, la préparation canadienne contre le bioterrorisme dénote une ouverture certaine envers la biosécurité. Cette affirmation est d'ailleurs cohérente avec le fait que le Canada, contrairement aux États-Unis, n'ait pas récemment subi d'attentat bioterroriste et a plutôt été marqué par l'épidémie de SRAS, un épisode sollicitant une inquiétude plus générale que spécifique envers la santé collective.

D'un point de vue constitutionnel, une conclusion semblable s'applique alors que la santé publique constitue, au Canada, une compétence provinciale et la sécurité, une compétence réservée davantage au gouvernement fédéral. Nous avons ainsi observé que, sur la base de ce partage des responsabilités, les autorités fédérales tendent à un compromis en matière de bioterrorisme en reconnaissant l'importance de la dimension sanitaire de cette menace ainsi que du rôle des autorités provinciales et territoriales à son égard. En somme, on constate qu'Ottawa travaille à la mise en place de capacités de réponse intégrées, développées à tous les paliers de gouvernement. Bien que l'absence d'équipes d'intervention d'urgence, les lacunes de la Réserve nationale de secours et l'incohérence du PCPU entravent sa progression, la biosécurité existe donc du côté canadien et se caractérise même par la volonté que le gouvernement fédéral dirige le développement de leurs capacités d'intervenir en cas d'urgence. L'existence seule d'un projet centralisateur, reproché par Avery dans le cas des États-Unis, ne semble donc pas s'appliquer de la même manière au Canada : le seul obstacle à la biosécurité ne réside pas dans les querelles concernant le partage des compétences fédérales, provinciales et territoriales, mais plutôt dans l'absence de modalités claires de collaboration entre les différents paliers de gouvernement.

En somme, malgré sa proximité des États-Unis et les engagements contenus dans sa politique de sécurité nationale, le Canada emprunte une voie différente de celle de son voisin en matière de préparation contre le bioterrorisme : bien que la biosécurité y progresse difficilement, elle fait néanmoins en sorte que la menace bioterroriste ne réside pas exclusivement dans le domaine de l'anticipation et que sa relation à la santé publique en générale soit mise de l'avant. Si notre analyse permet d'en arriver à cette conclusion, mentionnons cependant qu'il ne s'agit-là que d'une première exploration de la relation complexe entre sécurité et santé publique. Ce thème, à la fois récent, encore peu abordé par les auteurs canadiens et pourtant essentiel dans un contexte où la sécurité du continent nord-américain est à l'honneur, mérite en effet des recherches approfondies.

Liste des acronymes

ADM	Armes de destruction massive
ASPC	Agence de santé publique du Canada
BPIEP	Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile
CBRN	Chimique, biologique, radiologique, nucléaire
CDC	Centers for Diseases Control (Etats-Unis)
GRC	Gendarmerie royale du Canada
MDN	Ministère de la défense nationale du Canada
PCPU	Programme conjoint de planification des urgences
SPPC	Ministère de la sécurité publique et de la protection civile du Canada
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère