






209E SESSION DU CONSEIL DE L'AMM, RIGA 2018

ORDRE DU JOUR

mardi, avril 24, 2018

9:00 AM - 6:00 PM	Eventuelles réunions des groupes de travail	
-------------------	--	---

mercredi, avril 25, 2018

9:00 AM - 6:00 PM	Eventuelles réunions des groupes de travail	
11:30 AM - 12:30 PM	Groupe de Finances	
12:30 PM - 2:30 PM	Comité Exécutif	
7:00 PM - 10:00 PM	Réunions avec les membres associés de l' AMM Dîner informel offerte par l' Association médicale de Lettonie	 

jeudi, avril 26, 2018

7:30 AM - 4:00 PM	Inscription - Radisson Blu Latvija Conference & SPA Hotel	
9:00 AM - 10:30 AM	Ouverture de la session plénière du Conseil	
10:30 AM - 10:45 AM	Pause Café	
10:45 AM - 12:30 PM	Comité des Finances et du Planning	
12:30 PM - 2:00 PM	Déjeuner	
2:00 PM - 3:30 PM	Comité des Finances et du Planning (suite)	
3:30 PM - 3:45 PM	Pause Café	
3:45 PM - 5:00 PM	Comité des Finances et du Planning (si nécessaire) / Comité des Affaires Médico-sociales	
6:30 PM - 7:30 PM	Réception de bienvenue • Offerte par l' Association médicale de Lettonie	

vendredi, avril 27, 2018

9:00 AM - 10:30 AM	Comité des Affaires Médico-sociales (suite)	
10:30 AM - 10:50 AM	Pause Café	
10:45 AM - 12:30 PM	Comité des Affaires Médico-sociales (suite)	
12:30 PM - 2:00 PM	Déjeuner	
2:00 PM - 3:30 PM	Comité d' Ethique Médicale	
3:30 PM - 3:45 PM	Coffee Break	
3:45 PM - 5:00 PM	Comité d' Ethique médicale (suite)	
7:00 PM - 9:30 PM	Dîner de Gala du Conseil • Offerte par l'Association médicale mondiale	

samedi, avril 28, 2018

8:00 AM - 9:30 AM	Session plénière du Conseil	
9:30 AM - 9:45 AM	Pause Café	
9:45 AM - 12:30 PM	Session plénière du Conseil (suite)	
12:30 PM - 2:00 PM	Déjeuner	

2:00 PM - 2:30 PM

Session de clôture du Conseil

3:00 PM - 9:00 PM

Excursion et dîner informel

- Offerte par l' Association médicale de Lettonie



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Council 209/Agenda/Apr2018 Titre : Ordre du jour de la 209^e session du Conseil	Original : anglais
Destination : 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	Le Conseil se réunira le jeudi 26 avril 2018, avant la réunion des comités permanents. Il se réunira de nouveau le samedi 28 avril 2018 afin d'examiner les rapports des comités permanents.

Jeudi 26 avril 2018, 9h – 10h30

Samedi 28 avril 2018, 8h – 14h30

Membres du Conseil

Dr David O. Barbe	Dr Kenji Matsubara
Dr MooJin CHOO	Dr Mari Michinaga
Dr Andrew Dearden (trésorier)	Dr Frank-Ulrich Montgomery (vice-président)
Dr Louis Francescutti	Dr Ramin Parsa-Parsi
Dr Michael B. Gannon	Dr Mark Porter
Dr Mzukisi Grootboom	Dr Serafín Romero
Dr Andrew W. Gurman	Dr Andreas Rudkoebing
Dr René Héman	Dre Heidi Stensmyren
Dre Ardis Dee Hoven (Présidente)	Dr Thomas Szekeres
Dr Miguel Roberto Jorge	Dr Julio Trostchansky
Dr Toru Kakuta	Dr Walter Vorhauer
Dr Ajay Kumar	Dr Shuyang Zhang

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Yoshitake Yokokura, *Président*
Dr Leonid Eidelman, *Président-élu*
Dr Ketan Desai, *Président sortant*
Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*
Mme Marie Collegrave-Juge, *conseillère juridique*
M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*
Mme Joelle Balfe, *modératrice*

* Toutes les réunions statutaires de l'AMM seront enregistrées en vue de préparer les minutes et les comptes-rendus.

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

- 1.1 Ouverture de la séance par la Présidente du Conseil
- 1.2 Réception des excuses pour absence
- 1.3 Accueil des nouveaux membres du Conseil
- 1.4 Remarques d'ouverture du Président
- 1.5 Annonces du secrétaire général

2. PROCÈS-VERBAL DES RÉUNIONS PRÉCÉDENTES

Approuver : le résumé des minutes des 207^e et 208^e sessions du Conseil, qui se sont tenues à Chicago, aux États-Unis du 10 au 24 octobre 2017
(Council 204/Minutes/Oct2016 et Council 205/Minutes/Oct2016)

3. RAPPORT INTERMÉDIAIRE DU PRÉSIDENT

Recevoir : le rapport du président de l'AMM sur les activités relevant de ses fonctions pour la période courant d'octobre 2017 à mars 2018
(Council 209/President Report/Apr2018)

4. RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Recevoir : le rapport du secrétaire général au Conseil
(Council 209/SecGen Report/Apr2018)

5. RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL

Recevoir : le rapport de la Présidente du Conseil de l'AMM
(Council 209/Chair of Council Report/Apr2018)

6. EXAMEN DES POINTS À ÉTUDIER EN URGENCE PAR CE CONSEIL

7. RAPPORTS DES COMITÉS

8.1 Comité d'éthique médicale

Étudier : le rapport du Comité d'éthique médicale (*MEC 209/Report/Oct2018)

8.2 Comité des finances et du planning

Étudier : le rapport du comité des finances et du planning (*FPL 209/Report/Oct2018)

8.3 Comité des affaires médico-sociales

Étudier : le rapport du comité des affaires médico-sociales (*SMAC 209/Report/Apr2018)

8. MOBILISATION

Étudier : le rapport oral du panel consultatif chargé de la mobilisation et de la communication

9. TRAVAUX DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

9.1 71^e Assemblée mondiale de la santé

Recevoir : la présentation orale de l'ordre du jour de la 71^e Assemblée mondiale de la santé à venir

Recevoir : la présentation orale des activités de l'AMM lors de la 71^e Assemblée mondiale de la santé

10. AUTRES DOSSIERS

11. SESSION ANNUELLE D'EXAMEN DE LA DIRECTION (SESSION RÉSERVÉE AUX MEMBRES DU CONSEIL)

12. LEVÉE DE LA SÉANCE

* Indique les documents devant être distribués à Riga.

12.03.2018

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Council 207/Minutes/Oct2017 Titre : Procès-verbal de la 207^e session du Conseil	Original : anglais
Destination : 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Mercredi 11 octobre 2017, 8 h – 8 h 15

Vendredi 13 octobre 2017, 8 h – 10 h 30

Membres du Conseil

Dr David O. Barbe

Dr MooJin Choo

Dr Andrew Dearden (trésorier)

Dr Leonid Eidelman

Dr Louis Francescutti

Dr Michael B. Gannon

Dr Mzukisi Grootboom

Dr Andrew W. Gurman

Dr René Héman

Dre Ardis Dee Hoven (Présidente)

Dr Miguel Roberto Jorge

Dr Toru Kakuta

Dr Ajay Kumar

Dr Kenji Matsubara

Dr Mari Michinaga

Prof. Dr Frank-Ulrich Montgomery (Vice-président)

Dr Ramin Parsa-Parsi

Dr Mark Porter

Dr Serafín Romero

Dr Andreas Rudkoebing

Dre Heidi Stensmyren

Dr Thomas SZEKERES

Dr Julio Trostchansky

Dr Walter Vorhauer

Dr Shuyang Zhang

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ketan Desai, *Président*

Sir Michael Marmot, *Président sortant*

Dr Yoshitake Yokokura, *Président-élu*

Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*

Mme Marie Colegrave-Juge, *conseillère juridique*

M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*

Prof. Vivienne Nathanson, *modératrice*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

- 1.1 La réunion a été ouverte par la Présidente du Conseil à 8 h 10 le 11 octobre 2017.
- 1.2 Le Secrétaire général a souhaité la bienvenue aux nouveaux membres, le Dr David O. Barbe (États-Unis), le Dr MooJin Choo (Corée) et le Dr Serafin Romero (Espagne). Ont été excusées les absences des Drs Thomas Szekeres (Autriche, remplacé par le Dr Herwig Lindner), Julio Trostchansky (Uruguay, remplacé par le Dr Alarico Rodriguez), et les anciens présidents de l'AMM, Sir Michael Marmot, Dr Yank Coble, Dr Dana Hanson et Dr Wonchat Subhachaturas.
- 1.3 Remarques d'ouverture de la Présidente : la Présidente a rappelé qu'il n'était pas permis de divulguer par messagerie instantanée (Twitter, par exemple) la teneur des débats relatifs aux finances, aux politiques en cours d'élaboration et aux questions internes. Les débats portant sur les politiques qui n'ont pas encore été adoptées en Assemblée générale doivent rester confidentiels. Elle a également rappelé que les participants qui ne sont pas membres du Conseil sont invités à participer aux débats.

2. PROCÈS-VERBAL DES RÉUNIONS PRÉCÉDENTES

Le Conseil a **approuvé** le résumé du procès-verbal de la 206^e session du Conseil, qui s'est tenue à Livingstone, en Zambie, du 20 au 22 avril 2016 (Council 206/Minutes/Apr2017).

3. DÉSIGNATION D'UN COMITÉ DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS

Le Conseil a accepté les recommandations du Secrétaire général, selon lesquelles le Comité de vérification des pouvoirs devrait être composé de délégués des associations médicales nationales suivantes : Kenya, Belgique, Panama.

4. RAPPORT INTERMÉDIAIRE DU PRÉSIDENT

Le Conseil a **reçu** le rapport du Président de l'AMM, le Dr Ketan Desai, sur ses activités en qualité de président entre mai et septembre 2017. Le Dr Desai a remis au Conseil son rapport écrit, sous la cote : Council 207/Presidential Report/Oct2017.

5. RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le Conseil a reçu le rapport oral du Secrétaire général, en complément du rapport du Conseil (GA 2017 -Council Report-Oct2017). Le Dr Kloiber a expliqué la structure du rapport du Conseil à l'Assemblée générale. Il a remercié l'ensemble des membres qui ont participé aux travaux de l'AMM entre les réunions et a insisté à cet égard sur la conférence One Health organisée par l'Association médicale japonaise, qui a rassemblé plus de 600 personnes et sur les discussions relatives à la fin de vie, qui se sont tenues en Amérique latine sous l'égide de l'Association médicale brésilienne et au Japon sous l'égide de l'association médicale nationale et de la Confédération des associations médicales d'Asie et d'Océanie (CMAAO). Le Secrétaire général a fait observer que les coopérations et les soutiens de ce type étaient essentiels aux travaux régionaux des associations médicales nationales.

Le Dr Kloiber a rappelé au Conseil qu'il avait rendu compte, lors de la session précédente, de la résiliation automatique de l'adhésion de la Société russe de médecine (RMS) suite au non-paiement de ses cotisations. Il a informé le Conseil que ladite Société russe de médecine lui avait adressé une lettre dans laquelle elle conteste cette décision et menace de poursuivre l'AMM en justice si celle-ci accepte une autre association russe parmi ses membres constituants. L'AMM n'a pas répondu à ce courrier de la RMS.

6. RAPPORT DE LA PRESIDENTE DU CONSEIL

Le Conseil a reçu le rapport de la Présidente sur ses activités entre mai et septembre 2017 (Council 207/Chair of Council Report/Oct2017). La Dre Hoven a souligné l'importance d'une participation élargie et a encouragé l'ensemble des membres à se sentir légitimes à faire connaître leurs opinions sur les sujets débattus par le Conseil. Elle a en outre invité les participants à demander toutes les clarifications dont ils avaient besoin au sujet du processus de discussion et elle a réaffirmé que le Conseil attachait une grande importance à la participation de tous les membres.

Cette séance du Conseil a été levée à 8 h 45 pour faire place aux réunions des Comités permanents. Le Conseil a convenu d'examiner les rapports des Comités permanents le vendredi 13 octobre à 8 h 6.

7. NOUVEAU POINT À EXAMINER D'URGENCE

La Présidente a informé le Conseil qu'une nouvelle proposition de résolution de l'AMM avait été ajoutée à l'ordre du jour après la levée de la séance au profit des Comités permanents et que le Conseil devait décider de l'accepter ou non comme urgence. La proposition était intitulée « Résolution du Conseil relative à la Pologne (Council 207/Poland/Oct2017). Elle a lu le texte de la proposition de résolution à haute voix afin de permettre aux interprètes de le faire connaître en français, en espagnol et en japonais.

Le Dr Kloiber a informé le Conseil que les représentants de l'Association polonaise des médecins et des dentistes avaient demandé à l'AMM son appui en la matière et qu'il avait proposé que cet appui se traduise par l'adoption de la résolution proposée et la diffusion immédiate d'un communiqué de presse. Il a passé en revue les sujets couverts par la résolution. Le Dr Mazur, de l'Association polonaise, a expliqué que les dépenses publiques de la Pologne en matière de santé étaient d'une telle faiblesse qu'elles ne permettaient pas de soigner convenablement les patients ni de rémunérer décentement les soignants, en particulier les jeunes médecins. Après que de jeunes médecins avaient entamé une grève de la faim depuis dix jours, l'Association polonaise avait déclaré un jour de solidarité avec les militants et espérait que l'AMM apporterait son soutien en approuvant la résolution. Un amendement amical à la résolution a été accepté : l'ajout d'une déclaration explicite de solidarité.

Le Conseil a **accepté** le caractère urgent de la résolution relative à la Pologne (Council 207/Poland REV/Oct2017) et a **approuvé** cette résolution.

8. RAPPORTS DES COMITÉS

Le Conseil s'est appuyé sur un ordre du jour consensuel pour examiner les rapports des comités.

8.1 Comité d'éthique médicale

Le Conseil a examiné le rapport du Comité d'éthique médicale (MEC 207/Report/Oct2017). Il n'a demandé aucun retrait et **a approuvé** le rapport.

8.2 Comité des finances et du planning

Le Conseil a examiné le rapport du Comité des finances et du planning (FPL 207/Report/Oct2017). Il n'a demandé aucun retrait et **a approuvé** le rapport.

8.3 Comité des affaires médico-sociales

Le Conseil a examiné le rapport du Comité des affaires médico-sociales (SMAC 207/Report/Oct2017). Il n'a demandé aucun retrait et **a approuvé** le rapport.

9. COMPTE-RENDU ORAL DU CAUCUS SUR L'ENVIRONNEMENT

La Dre Vivienne Nathanson a rendu compte du caucus qui s'était tenu la veille au soir et au cours duquel il avait été question de la prochaine étape des négociations sur le climat (COP 23), prévue mi-novembre 2017 à Bonn, en Allemagne. La délégation de l'AMM à la conférence a discuté des contributions qu'elle allait apporter aux réunions, notamment la révision attendue de la Déclaration de Delhi sur la santé et les changements climatiques, qui allait être votée par l'Assemblée générale en séance plénière. Le caucus a permis d'échanger sur les efforts des associations médicales nationales dans les domaines liés aux changements climatiques et sur l'éventualité de rassembler toutes les politiques de l'AMM relatives à l'environnement dans un même document. La Dre Nathanson a fait observer que son mandat de Présidente du caucus touchait à sa fin.

10. SENSIBILISATION

La Présidente a informé le Conseil que le Comité des finances et du planning lui avait remis les rapports suivants mais que le Conseil n'avait pas eu le temps de les recevoir.

10.1 Rapport du Président des Membres associés

Le Président des Membres associés, le Dr Joseph Heyman, a présenté son rapport écrit (FPL 207/Chair of AM Report/Oct2017) et a rappelé aux membres du Conseil qu'après la fin de leur mandat, ils pouvaient s'impliquer au sein de l'AMM comme Membres associés.

10.2 Rapport du réseau des Présidents sortants et des Présidents du Conseil (PPCN)

Le Dr Jón Snædal a présenté son rapport écrit (FPL 207/PPCN Report/Oct2017) et a fait observer que le groupe avait intensifié ses activités.

10.3 Rapport du Réseau des jeunes médecins (JDN)

La Dre Caline Mattar, Présidente du Réseau des jeunes médecins, a présenté son rapport écrit (FPL 207/JDN Report/Oct2017) et a souligné en particulier que le Réseau des jeunes médecins avait récemment décidé d'examiner les questions des conditions de travail et de la santé mentale des jeunes médecins. Elle remercié l'Association médicale américaine (États-Unis) d'avoir accueilli la réunion du Réseau des jeunes médecins qui s'est tenue pendant les deux jours qui ont précédé l'Assemblée générale.

10.4 Rapport du rédacteur en chef du *World Medical Journal*

Le Dr Peteris Apinis a rappelé que le *World Medical Journal* existait depuis 65 ans. Il a remercié le Dr Elmar Doppelfeld, les assistantes de rédaction Mmes Maira Sudraba et Velta Poznaka, et le conseiller en relations publiques de l'AMM, M. Nigel Duncan, pour leur indéfectible soutien.

10.5 Rapport du conseiller en relations publiques

Le conseiller en relations publiques de l'AMM, M. Nigel Duncan, a expliqué qu'il lui incombait d'évaluer l'intérêt des professionnels et du grand public pour les sujets traités par l'AMM en vue d'accroître la publicité pour l'AMM. Lors de cette réunion, il a estimé que la révision de la Déclaration de Genève de l'AMM était la plus susceptible d'attirer l'attention du lectorat et a indiqué vouloir diffuser un communiqué de presse dès son adoption par l'Assemblée générale. Il a averti que toutes les associations médicales nationales recevraient le communiqué de presse et leur a recommandé de l'adapter en y ajoutant que leur président se félicitait de l'adoption de cette nouvelle version, ce qui susciterait davantage l'intérêt de la presse nationale de leur pays respectif. Les associations médicales nationales peuvent aider à faire connaître l'AMM. Il a proposé son aide à toutes les associations nationales qui souhaiteraient une assistance à la rédaction de communiqués de presse.

11. AUTRES DOSSIERS

L'ordre du jour du Conseil ne comportait pas d'autre point à examiner.

12. LEVÉE DE LA SÉANCE.

La séance a été levée à 8 h 53.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Council 208/Minutes/Oct2017 Titre : Procès-verbal de la 208^e session du Conseil	Original : anglais
Destination : 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie Du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Samedi 14 octobre 2017, 16 h 40 – 16 h 45

Membres du Conseil

Dr David O. Barbe	Dr Kenji Matsubara
Dr MooJin Choo	Dr Mari Michinaga
Dr Andrew Dearden (trésorier)	Prof. Dr Frank-Ulrich Montgomery (Vice-président)
Dr Leonid Eidelman	Dr Ramin Parsa-Parsi
Dr Louis Francescutti	Dr Mark Porter
Dr Michael B. Gannon	Dr Serafín Romero
Dr Mzukisi Grootboom	Dr Andreas Rudkoebing
Dr Andrew W. Gurman	Dre Heidi Stensmyren
Dr René Héman	Dr Thomas SZEKERES
Drp Ardis Dee Hoven (Présidente)	Dr Julio Trostchansky
Dr Miguel Roberto Jorge	Dr Walter Vorhauer
Dr Toru Kakuta	Dr Shuyang Zhang
Dr Ajay Kumar	

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Yoshitake Yokokura, *Président-élu*
Dr Ketan Desai, *Président sortant*
Dr Leonid Eidelman, *Président-élu*
Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*
Mme Marie Colegrave-Juge, *conseillère juridique*
M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*
Prof. Vivienne Nathanson, *modératrice*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

1.1 La réunion a été ouverte par la Présidente du Conseil à 16 h 40 le 14 octobre 2017.

1.2 Réception des excuses pour absence : Dr Thomas Szekeres (Autriche, remplacé par le Dr Herwig Lindner), Dr Julio Trostchansky (Uruguay, remplacé par le Dr Alarico Rodriguez).

2. DOSSIERS À ÉTUDIER SUITE À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

2.1 Techniques de procréation assistée

Le Conseil a reçu la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur les techniques de procréation assistée (MEC 206/Reproductive Technologies REV2/Apr2017, point 2.4 de l'annexe finale), qui lui a été renvoyée.

Le document doit être réexaminé par le Comité d'éthique médicale.

3. AUTRES DOSSIERS

L'ordre du jour du Conseil ne comportait pas d'autre point à examiner.

4. LEVÉE DE LA SÉANCE.

La séance a été levée à 16 h 45.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Council 209/President Report/Apr2018 Titre : Rapport du Président (octobre 2017 - avril 2018)	Original : anglais
Destination : 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : à recevoir

Ma principale mission en tant que Président de l'AMM est, comme je l'ai déclaré lors de mon discours d'investiture à Chicago en octobre 2017, de faire tout ce qui est en mon pouvoir pour faire progresser l'organisation et aider à toutes les activités en cours en vue de réaliser la couverture santé universelle, tout en renforçant les systèmes de santé de chaque pays à travers le monde. La couverture santé universelle est une initiative essentielle pour permettre à chacune et à chacun sur la planète d'accéder à la santé, c'est pourquoi je poursuivrai les activités qui visent à son accomplissement.

Au cours de ce premier semestre à la présidence de l'AMM j'ai concentré mes efforts sur cet aspect à l'occasion des nombreuses réunions auxquelles j'ai assisté, au Japon et ailleurs, et qui sont énumérées ci-après.

1. Réunions et autres évènements liés à la promotion de la couverture santé universelle

Forum mondial de la santé 2017, novembre 2017 :

À l'invitation des autorités taiwanaises, je me suis rendu au Forum mondial de la santé de 2017, organisé par les ministères de la Santé et des Affaires étrangères de Taïwan, à l'instar de plus de mille personnes venues de 35 pays. Les discussions ont principalement porté sur les objectifs de développement durable et j'ai pu insister auprès des personnes présentes sur l'importance de parvenir à la couverture santé universelle et de renforcer les systèmes de santé.

Forum de la couverture santé universelle, décembre 2017 :

Le Forum de la couverture santé universelle 2017 a eu lieu à Tokyo en décembre dernier, sous l'égide du gouvernement japonais, de la Banque mondiale, de l'Unicef, du Partenariat international de la santé CSU 2030 et de l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA). J'ai été invité au forum, où j'ai rejoint la session d'ouverture de haut niveau, à laquelle assistaient également le Premier ministre M. Shinzo Abe, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations unies M. António Guterres, le Président de la Banque mondiale M. Jim Yong Kim et le Directeur général de l'OMS le Dr Tedros Adhanom. Mon principal message lors de cette réunion a été qu'il était de plus en plus nécessaire de former une unité planétaire des médecins, à même de combattre les infections et de se préparer aux situations d'urgence, qui avec la mondialisation ne connaissent plus de frontières. L'un des moments forts de ce forum a été la décision de l'AMM et de l'OMS de signer un protocole d'accord officiel aux fins d'établir la couverture santé universelle au niveau mondial et de renforcer à

la préparation aux situations de catastrophe. Comme vous le savez, le Dr Tedros et moi-même avons signé ce protocole d'accord le 5 avril dernier à Genève.

Symposium international de la JMA et de Harvard en mémoire de Taro Takemi, février 2018 :

La JMA a accueilli dans ses locaux à Tokyo le symposium international de la JMA et de Harvard en mémoire de Taro Takemi (*JMA Harvard Taro Takemi Memorial International Symposium*) dont le thème était : « Systèmes de santé communautaires et innovations : bâtir les fondations de la couverture santé universelle ». Le symposium a réuni près de 350 personnes et Sir Michael Marmot, de l'AMM, y a donné une conférence. La JMA a mis en place au sein de la faculté de santé publique de Harvard, à Boston, un programme international de santé qui vise à soutenir les chercheurs en milieu de carrière à travers le monde. Le symposium était l'occasion de célébrer les 35 ans de ce programme.

Signature du protocole d'accord avec l'OMS en avril 2018 :

Comme je l'ai rappelé plus haut, j'ai assisté le 5 avril dernier à Genève à la cérémonie de signature du protocole d'accord entre l'AMM et l'OMS relatif à la couverture santé universelle et à la préparation aux situations de catastrophe. Je suis convaincu que la signature de ce protocole contribuera à faire connaître la présence de l'AMM au sein de la communauté mondiale. Après la cérémonie j'ai assisté à une réunion avec les dirigeants de certaines des plus importantes organisations internationales telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Gavi l'alliance du vaccin, le Comité international de la Croix-Rouge, Médecins sans frontières et le Bureau des Nations unies pour la réduction des risques de catastrophe.

Sommet ministériel mondial sur la sécurité des patients, avril 2018 :

Au cours de ce même mois d'avril, le sommet ministériel mondial sur la sécurité des patients s'est tenu à Tokyo et a réuni des représentants de 46 pays. Je me suis rendu à ce sommet en qualité de Président de l'AMM et j'ai présidé l'intervention du Dr Günther Jonitz, Président de l'Association médicale de Berlin. J'ai également exposé brièvement, au cours de la table ronde, les activités de l'AMM en matière de sécurité des patients et de couverture santé universelle, un thème qui est souvent étroitement lié aux activités menées pour préserver la sécurité des patients.

2. Autres activités principales

Bureau des Nations unies pour la réduction du risque de catastrophe

En novembre 2017, j'ai assisté aux rencontres régionales de l'AMM pour l'Europe sur les questions relatives à la fin de vie au Vatican. Les rencontres régionales pour l'Asie et l'Océanie s'étaient déjà déroulées à Tokyo en septembre 2017 et j'ai rendu compte des conclusions de ces rencontres. J'ai pu observer des différences d'approche entre les médecins européens, asiatiques et océaniens et j'espère que nous aurons l'occasion d'approfondir ce sujet à Riga.

En décembre 2017, j'étais également invité par l'Association médicale de Thaïlande et l'université de Tammathat à assister au **programme scientifique de la Conférence internationale One Health**, auquel assistaient également 400 autres personnes. La conférence a pour objet de contribuer à l'amélioration de la santé humaine et animale à travers le monde, par des discussions d'experts et des collaborations accrues entre médecine humaine et médecine vétérinaire.

Les CMA Annual Scientific Meeting, le 2nd Pak-China Medical Congress et le Belt and Road Forum of Medical Associations (rencontres scientifiques annuelles de l'Association médicale chinoise, le congrès médical chinois et le forum des associations médicales Belt and Road) ont eu lieu à Beijing en Chine. La conférence à laquelle j'ai assisté s'intitulait : « les maladies associées au mode de vie : situation actuelle et mesures de réaction au Japon et en Chine ». J'ai insisté sur le fait que les maladies liées au mode de vie font partie des problèmes les plus graves auxquels font face les différents pays et j'ai encouragé l'ensemble des médecins à travers le monde à faire des efforts constants pour lutter contre ces pathologies.

En février de cette année, j'ai été nommé membre du groupe de travail de la société civile auprès de l'OMS lors de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur les maladies non transmissibles.

Le même mois, la JMA a accepté qu'un groupe d'experts de l'Association médicale taiwanaise enquête sur l'état actuel du système d'assurance des soins à long terme au Japon. La JMA a aidé ce groupe à mener des visites dans certaines institutions de soins aux personnes âgées.

Plus tôt ce mois-ci, la JMA a invité le professeur Ronit Katz, membre et ancien Président du Conseil de gouvernance de l'AMA à la conférence sur les substances NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques et explosives), qui était consacrée à la préparation des Jeux paralympiques de Tokyo en 2020. Les experts invités ont entretenu une discussion stimulante sur les mesures de lutte contre le terrorisme.

Présenté par le Dr Yoshitake Yokokura, Président de l'AMM, avec mes respectueuses salutations.



ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE

Document n° : Council 209/SecGen Report/Apr2018	Original : Anglais
Titre : Rapport du Secrétaire général à la 209^e session du Conseil de l'AMM (octobre 2017 – mars 2018)	
Destination : 209^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Action(s) requis(es) : À recevoir

Chapitre I : Éthique, défense/sensibilisation & représentation

1. Éthique

- 1.1 Déclaration de Taipei
- 1.2 Déclaration de Genève
- 1.3 Discussions régionales sur les questions relatives à la fin de vie

2. Droits humains

- 2.1 Droit à la santé
- 2.2 Protection des patients et des médecins
- 2.3 Prévention de la torture et mauvais traitements
- 2.4 Traitement de la douleur
- 2.5 Santé par la paix

3. Santé publique

- 3.1 Maladies non transmissibles
- 3.2 Maladies transmissibles
- 3.3 Santé et populations exposées à la discrimination
- 3.4 Déterminants sociaux de la santé
- 3.5 Campagne d'immunisation
- 3.6 Produits médicaux contrefaits
- 3.7 Santé et environnement

4. Systèmes de santé

- 4.1 Comparaison des systèmes de santé avec PROMS & PREMS
- 4.2 Sécurité du patient
- 4.3 One Health
- 4.4 Résistance aux antimicrobiens
- 4.5 Le personnel soignant

4.6 Violence dans le secteur de la santé

4.7 Les médecins exemplaires de l'Initiative mondiale formation au leadership

5. Politique de santé & éducation

5.1 Développement des politiques médicales et sanitaires & éducation

5.2 Soutien apporté aux Membres constituants

Chapitre II : Partenariats & collaboration

1. Organisation mondiale de la santé (OMS)

2. Conférence de l'UNESCO sur la bioéthique, l'éthique médicale et la loi sanitaire

3. Autres agences des Nations unies

4. Alliance mondiale des professions de santé (AMPS)

5. Centres de coopération de l'AMM

6. Autres partenariats ou collaborations

Chapitre III : Communications et activités extérieures

1. Newsletter de l'AMM

2. Réseaux sociaux de l'AMM (Twitter et Facebook)

3. Le *World Medical Journal*

4. Initiative africaine de l'AMM

5. Réunion avec les dirigeants d'associations médicales des pays arabes

6. Détachements/stages

Chapitre IV : Excellence opérationnelle

1. Défense/Sensibilisation

2. Réunions sans papier

3. Gouvernance

Chapitre V : Remerciements

CHAPITRE I

ÉTHIQUE, DÉFENSE/SENSIBILISATION ET REPRÉSENTATION

1. Éthique

1.1 Déclaration de Taipei

La Déclaration de Taipei relative à la recherche sur les bases de données de santé, les big data et les biobanques proposait des orientations pour la protection des personnes qui autorisent l'utilisation de données sur leur santé ou d'échantillons provenant de leur corps à des fins de recherche ou d'autres usages. À certains égards, il s'agit de la suite logique des garde-fous apportés par la Déclaration d'Helsinki, dans le sens où elle étend ces limites aux environnements virtuels et aux scénarios tels que l'utilisation commerciale ou administrative.

L'un des objets majeurs de la Déclaration de Taipei est le maintien de la protection fournie par le consentement éclairé. Les informations relatives à une utilisation future des données ou des échantillons étant par nature incomplètes, la Déclaration propose des mécanismes à plusieurs étapes permettant de remplacer le consentement éclairé, notamment par le recours à une structure de gouvernance prédéterminée et à une évaluation par un comité d'éthique.

Alors que les discussions se poursuivent au sujet des réglementations qui seront applicables aux bases de données médicales et de santé, nous travaillons activement à la diffusion de la Déclaration. Nous remercions vivement tous nos membres et toutes les organisations partenaires qui utilisent déjà la Déclaration et qui en font la promotion.

1.2 Déclaration de Genève

Avant même son adoption lors de l'Assemblée générale de Chicago et depuis lors, la Déclaration de Genève avait déjà suscité une avalanche de réactions positives. L'AMM profitera des prochaines conférences consacrées à l'éthique et d'autres événements pour promouvoir la version révisée du serment des médecins. Nous proposons une explication complète du processus de révision et une analyse en profondeur de la nouvelle formulation. Une fois de plus, nous sommes infiniment reconnaissants envers les organisations qui ont déjà adopté la Déclaration de Genève, ainsi qu'envers nos membres et nos partenaires qui l'utilisent et qui la diffusent.

1.3 Discussions régionales sur les questions relatives à la fin de vie

Le Conseil, réuni en sa 200^e session à Oslo en avril 2015, a réaffirmé les politiques de l'AMM sur le suicide médicalement assisté et l'euthanasie. La formulation et les effets de ces politiques ont cependant été vivement débattus et ces divergences ont conduit les Associations médicales des Pays-Bas et du Canada à proposer une nouvelle politique lors de la 201^e session du Conseil, qui s'est tenue à Moscou en octobre 2015. Les auteurs de ce document ont finalement demandé son retrait lors de la 203^e session du Conseil à Buenos Aires en avril 2016, au lieu de quoi le Conseil a confié au Comité exécutif le soin d'élaborer un programme de discussion des questions relatives à la fin de vie, qui aborderait également les soins palliatifs, les directives de fin de vie anticipées, le suicide médicalement assisté et l'euthanasie. Lors de la 204^e session du Conseil à Taipei en octobre, le Comité exécutif a invité ses membres, notamment ceux

venus d'Amérique latine, d'Afrique et d'Asie, à organiser des rencontres régionales pour débattre de ces questions, afin de prendre en compte les critiques qui avaient été faites précédemment sur la prédominance des voix provenant d'Europe et d'Amérique du Nord.

Depuis lors, quatre rencontres régionales ont été organisées par les régions Amérique Latine (en mars 2017 à Rio de Janeiro avec la CONFEMEL), Asie-Pacifique (en septembre 2017 à Tokyo en coopération avec la CMAAO), Europe (en novembre 2017 au Vatican avec l'Académie pontificale pour la vie) et Afrique (en janvier-février 2018 à Abuja).

Les comptes-rendus de ces rencontres sont joints au présent document. Les débats se poursuivront au niveau mondial lors de la Conférence sur l'éthique organisée conjointement par l'AMM et par l'Association médicale islandaise à Reykjavik en octobre prochain.

2. DROITS HUMAINS

2.1 Droit à la santé

Le Secrétariat de l'AMM suit les activités du Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le Dr Dainius Puras, ainsi que sur les questions liées à la santé et traitées par le Conseil des droits de l'homme des Nations unies. Pour faire suite à la rencontre qui a eu lieu en septembre 2017 (voir point 2.3.3) entre les Drs Puras, Kloiber et Clarisse Delorme, il a été convenu de maintenir un contact régulier en vue d'échanger des avis sur les sujets relevant de préoccupations communes.

2.2 Protection des patients et des médecins

2.2.1 Actions de soutien

Pays :	Cas
<p>TURQUIE</p> <p>Janvier-février 2017</p> <p><u>Sources :</u> TMA Antenne turque de la Human Rights Foundation Amnesty International</p>	<p>À la suite d'une déclaration publique de l'Association médicale turque (TMA) mi-janvier qui soulignait que la guerre constitue une question de santé publique et appelait à la paix, les dirigeants de cette association ont eu à subir une violente campagne d'intimidation et de menaces. Le ministère turc des Affaires intérieures a déposé une plainte au pénal contre la TMA et le procureur général d'Ankara a ouvert une enquête. En outre, le ministère de la Santé a entamé d'autres poursuites et exigé que les membres du conseil d'administration de la TMA soient révoqués au motif qu'ils auraient agi hors de la compétence de l'association. Les onze membres du conseil d'administration ont été arrêtés et les locaux de l'Association ont été perquisitionnés. L'AMM a immédiatement réagi par un communiqué de presse et une lettre commune rédigée avec d'autres organisations de santé et de défense des droits humains (PHR, CPME, CIRT, EFMA) a été adressée aux autorités turques. Un</p>

	<p>second communiqué de presse a été diffusé et le Rapporteur spécial des Nations unies pour le droit à la santé a été alerté. Le secrétariat a lancé un appel à soutiens auprès de tous les membres et partenaires de l'AMM. De nombreuses associations médicales nationales ont immédiatement réagi par l'envoi de courriers, de tweets et d'autres témoignages d'appui sur les médias sociaux. Les membres du conseil d'administration de la TMA ont finalement été relâchés les 2 et 5 février, mais une enquête officielle est toujours en cours pour « propagande en faveur d'une organisation terroriste » et « provocation à la rancœur et à l'hostilité ».</p> <p>Selon les informations les plus récentes, les autorités turques ont annoncé leur intention de modifier la législation qui régit les organisations professionnelles (ce qui comprend la TMA, mais aussi les organisations d'avocats, d'architectes, etc.) alors que ces dernières bénéficiaient d'une relative autonomie vis-à-vis du gouvernement. Parmi les modifications envisagées, on trouve l'abolition de l'affiliation obligatoire, la possibilité de créer plus d'une organisation pour représenter une profession, la possibilité de contourner ou de modifier les procédures d'élection, autant de mesures qui saperont l'autorité de ces organisations et leur rôle de garantes du respect de la déontologie professionnelle et qui les affaibliront.</p> <p>En outre, le professeur Onur Hamzaoglu, chercheur et praticien reconnu dans le monde entier et réélu au Conseil exécutif de l'association internationale de la politique sanitaire en Europe (<i>International Association of Health Policy in Europe</i>) lors de sa 18^e conférence internationale en septembre dernier, a été arrêté par la police turque le 9 février dernier. Le professeur Hamzaoglu est également rédacteur en chef de la revue <i>Society and Physicians</i>, une publication scientifique de la TMA consacrée aux politiques sanitaires. Il est poursuivi pour complicité de terrorisme.</p> <p>Le secrétariat de l'AMM reste mobilisé et prêt à lancer de nouvelles actions.</p>
<p>ÉTHIOPIE</p> <p>septembre 2017</p> <p>Source : Freefikru Petition Association médicale suédoise Amnesty International</p>	<p>Le Secrétariat a reçu un appel à signer une pétition au sujet du Dr Fikru Maru, cardiologue suédois d'origine éthiopienne, détenu en Éthiopie depuis quatre ans. En mai 2017, toutes les charges qui pesaient contre lui ont été abandonnées, mais il n'a pas été relâché, il a fait l'objet d'autres accusations, ainsi que 37 autres prisonniers qui sont accusés d'avoir pris part à un incendie et à une révolte en prison (le Dr Fikru se trouvait à l'hôpital dans un état critique lorsque l'incendie s'est déclaré). Le Secrétariat a contacté l'Association médicale suédoise, qui a confirmé l'affaire et s'est félicité que</p>

	<p>l'AMM agisse.</p> <p>Le Dr Ketan Desai a signé la pétition au nom de l'AMM et l'information a été diffusée sur Facebook et Twitter.</p> <p>La situation n'ayant pas évolué depuis cet été, le Secrétariat a évoqué avec l'Association médicale suédoise et l'agent d'Amnesty en Éthiopie la possibilité de mener d'autres actions. L'AMM a écrit au Président et au Premier ministre éthiopiens (avec une copie et lettre d'accompagnement au nouveau directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, qui est éthiopien). L'Association médicale suédoise a, elle écrit à l'ambassade de Suède en Éthiopie.</p>
<p>IRAN</p> <p>Février 2018</p> <p><u>Source :</u> Amnesty International Physicians for Human Rights</p>	<p>Le Dr Ahmadreza Djalali, médecin et universitaire d'origine iranienne résidant en Suède a été condamné à la peine capitale pour « corruption sur terre » après une parodie de procès. Il a été reconnu coupable après que lui ont été extorqués des « aveux » alors qu'il avait été placé à l'isolement sans contact avec son avocat ni avec sa famille. Amnesty International et Physicians for Human Rights le considèrent comme un prisonnier de conscience. Le secrétariat a adressé une première lettre aux autorités au mois de novembre dernier et a publié un communiqué de presse. L'appel en dernier recours du Dr Djalali a été rejeté par la Cour suprême au mois de février. Un second communiqué de presse a été diffusé le 13 de ce mois pour appeler à sa libération immédiate.</p> <p>.</p>

2.2.2 Protection des professionnels de santé dans les zones de conflit armé et autres situations de violence

Initiative du CICR « Les soins de santé en danger » (HCiD)

Le Secrétariat de l'AMM a établi ces derniers mois des relations de travail étroites avec le siège du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), dans le cadre de l'initiative HCiD, qui a été prolongée par le CICR pour une seconde phase.

Début novembre 2016, un **protocole d'accord** (MoU) entre l'AMM et le CICR a été officiellement signé par Yves Daccord, directeur général du CICR et le Dr Omar Kloiber, le Secrétaire général de l'AMM. Ce MoU développe et consolide la longue coopération entre l'AMM et le CICR et favorise la compréhension de sujets d'intérêt commun dont la protection des professionnels de santé et des patients dans les situations de violence, le rôle des médecins pour traiter la violence sexuelle ainsi que la torture et les mauvais traitements en détention et plus généralement les déterminants sociaux de la santé dans un contexte d'insécurité.

Le 22 novembre 2017, le CICR et l'université de Genève ont organisé un évènement autour du MOOC (**cours en ligne ouvert à tous**) consacré à la **violence contre les personnels de santé** (<https://www.coursera.org/learn/violence-against-healthcare>) afin de discuter des meilleures manières de diffuser et de promouvoir cet outil dans nos réseaux. Mmes Mihaila et Delorme, du secrétariat de l'AMM, ont assisté à cette rencontre.

Comme l'année dernière, le CICR et l'AMM sont en train d'organiser un évènement commun en parallèle de l'Assemblée mondiale de la santé qui se tiendra en mai prochain, éventuellement en partenariat avec les missions permanentes de la Suisse, du Canada et du Nigéria, l'OMS, Médecins sans frontières (MSF), ou encore le Comité international de médecine militaire (CIMM) et la Fédération internationale des hôpitaux (FIH). Cet évènement sera consacré aux bonnes pratiques mises en œuvre dans de nombreux pays dans le cadre de la campagne Soins de santé en danger.

Au cours de la période de référence, Clarisse Delorme a pris contact avec le coordonnateur de la gestion des risques de catastrophes au sein de l'OMS pour discuter des manières d'agir en faveur des personnels de santé et de les soutenir dans leurs missions de réduire les risques pour la santé dans les situations d'urgence, de renforcer la préparation aux situations d'urgence et d'accroître la résilience des communautés.

Au cours de la 142^e réunion du Conseil exécutif de l'OMS, l'AMM a présenté une déclaration publique (<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2017/05/3.3-Public-health-preparedness-and-response-WHPA.pdf>) au nom de l'ensemble de l'Alliance mondiale des professionnels de santé (AMPS) sur les travaux de l'OMS dans les situations d'urgence.

2.3 Prévention de la torture et des mauvais traitements

Le Secrétariat de l'AMM suit les activités internationales dans ce domaine, notamment celles du Conseil des droits de l'Homme.

2.3.1 Coopération avec le Conseil international pour la réhabilitation des victimes de la torture (IRCT)

Le Secrétariat a échangé régulièrement des informations avec l'IRCT au cours de la période de référence, notamment au sujet de la [résolution de l'AMM sur les examens anaux forcés visant à apporter la preuve d'activités homosexuelles](#), récemment adoptée et sur le rôle des médecins dans la prévention de la torture.

2.3.2 Rôle des médecins dans la prévention de la torture et des mauvais traitements

En mai dernier, le Secrétariat de l'AMM a été contacté par l'unité du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) chargée de la santé en milieu carcéral pour discuter de la possibilité de mettre à jour le cours en ligne à destination des médecins qui travaillent dans des établissements pénitentiaires. La

discussion est en cours, notamment avec l'Association médicale norvégienne qui a largement contribué à la création et à l'hébergement des cours initiaux.

En février, l'AMM a été invitée à participer au projet, qui s'étendra sur un an, de rédaction d'un supplément au Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, communément dénommé le Protocole d'Istanbul. L'initiative a été menée conjointement par Physicians for Human Rights, le Conseil international de réadaptation pour les victimes de la torture (CIRT), la fondation turque pour les droits humains, REDRESS, le sous-comité des Nations unies pour la prévention de la torture, le rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et le Fonds de contributions volontaires des Nations unies pour les victimes de la torture. L'objet de ce projet est de renforcer le Protocole d'Istanbul en le mettant à jour et en apportant des éclaircissements tirés de l'expérience des utilisateurs. Clarisse Delorme participe au groupe de travail chargé de la rédaction de propositions sur les codes éthiques.

2.3.3 Traitement psychiatrique — Santé mentale

En juin dernier, le Secrétariat de l'AMM a préparé des commentaires écrits sur le récent rapport du rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf?OpenElement>). Ces commentaires ont été rédigés avec l'apport essentiel du Dr Miguel Jorge, de l'Association médicale brésilienne, psychiatre et président du comité des affaires médicosociales, afin de fournir aux médecins des éléments de contexte leur permettant de mieux appréhender les discussions mondiales sur les défis et possibilités liées à la promotion de la santé mentale comme priorité mondiale et droit humain fondamental. Ces commentaires écrits ont été transmis à l'Association mondiale de psychiatrie (WPA). Le Dr Puras nous a répondu pour nous remercier de notre rapport et le Secrétariat de l'AMM, représenté par le Dr Otmar Kloiber et Clarisse Delorme, a pu le rencontrer en septembre pour approfondir ce sujet.

2.4 Traitement de la douleur

L'AMM est toujours active dans le domaine des soins palliatifs en coopération avec l'OMS et des organisations de la société civile travaillant dans ce domaine. Dans le cadre des discussions mondiales actuelles et de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue, l'AMM a fait [une déclaration publique](#) lors de la session du bureau exécutif de l'OMS (janvier 2017) sur la dimension santé publique de la question, soulignant la nécessité d'une approche axée sur la santé publique englobant la disponibilité et l'accès aux médicaments pour des traitements et des services de soins efficaces.

Le 1^{er} mars le consultatif sur les soins palliatifs de l'Académie pontificale pour la vie a publié un article sur la défense des soins palliatifs au niveau mondial qui comportait un certain nombre de recommandations appelant différents acteurs du secteur de la santé à accroître leur plaidoyer pour la santé. Il a notamment appelé l'AMM, en qualité de représentante d'associations professionnelles, à insister sur l'accès aux soins palliatifs en tant que droit humain.

2.5 Santé par la paix

Le 7 juillet 2017, les représentants des pays des Nations unies ont adopté à New York le traité sur l'interdiction des armes nucléaires, le premier instrument juridiquement contraignant visant à interdire les armes nucléaires en vue de leur élimination complète à avoir été négocié en 20 ans.

En septembre, le secrétariat de l'AMM a rencontré un représentant de l'association internationale des médecins pour la prévention d'une guerre nucléaire (International Physicians for the Prevention of Nuclear War, IPPNW) afin d'explorer les possibilités de collaboration sur la nécessité sanitaire d'éliminer les armes nucléaires au niveau mondial, conformément à la [prise de position de l'AMM sur les armes nucléaires](#) en utilisant la dynamique de l'adoption du traité. L'AMM et l'IPPNW échangent régulièrement des avis sur ces questions. L'IPPNW a proposé son aide pour la révision de la prise de position de l'AMM sur les armes nucléaires afin d'y intégrer une référence au traité récemment adopté.

À l'occasion de l'ouverture à la ratification du traité sur l'interdiction des armes nucléaires à New York le 20 septembre, l'IPPNW, ainsi que l'AMM, le Conseil international des infirmières et la WFPHA (fédération mondiale des associations de santé publique) ont adopté une [résolution commune](#) afin d'exhorter les États membres à ratifier le traité le plus tôt possible pour qu'il puisse entrer en application.

3. SANTE PUBLIQUE

3.1 Maladies non transmissibles (MNT)

3.1.1 Questions générales

Les États membres et l'OMS ont progressé sur leurs engagements liés à la **Déclaration politique des Nations unies de 2011 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT)** et ont adopté un cadre de suivi mondial avec un ensemble d'objectifs mondiaux concernant les MNT, un plan d'action mondial 2013-2020 et une task force inter agences des Nations unies sur les MNT chargée de coordonner une réponse des Nations unies aux MNT.

En réponse à cette première déclaration politique des Nations unies **sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles** de 2011, l'OMS a établi le **Mécanisme mondial de coordination (GCM) pour la lutte contre les maladies non transmissibles**. La portée et le but de ce mécanisme sont de faciliter et renforcer la coordination des activités, l'implication pluripartite et l'action au travers des secteurs au niveau local, national, régional et mondial. L'AMM est membre officiel de ce mécanisme de coordination lancé en mars 2015 et a participé à plusieurs rencontres GCM/MNT. La Dre Bente Mikkelsen, directrice du secrétariat du mécanisme GCM, prévoit de présenter les travaux et les progrès du mécanisme lors de l'Assemblée générale de l'AMM à Reykjavik. L'objet de cette présentation est également d'aborder une éventuelle coopération avec l'AMM et la manière dont les médecins peuvent soutenir les activités de lutte contre les MNT.

Au cours de la réunion du Conseil exécutif de l'OMS, l'AMM est intervenue en vue de préparer la prochaine réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles qui se tiendra dans le cadre de l'Assemblée générale des Nations unies de 2018 à New York et a attiré l'attention sur l'engagement constant de l'AMM dans la lutte contre ces pathologies. En reconnaissance de l'implication de l'AMM auprès du secrétariat du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, l'OMS a nommé le Président de l'AMM, le Dr Yokokura membre du groupe de travail issu de la société civile (*WHO civil society workgroup*) qui conseillera le directeur général sur la planification et la promotion de la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles et sur la mobilisation de la société civile.

En février, la Dre Julia Tainijoki a été invitée à Genève par l'OMS à présenter le point de vue et l'expérience de l'AMM sur la littérature scientifique et l'éducation relatives à la santé lors de la troisième réunion du **groupe de travail sur l'éducation à la santé et les études scientifiques sur la santé du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS**. Le groupe de travail a été créé pour définir des recommandations sur les manières et les moyens d'encourager les États membres et les acteurs non gouvernementaux à favoriser l'éducation à la santé et les études scientifiques consacrées aux maladies non transmissibles, en accordant une attention particulière aux populations peu informées des questions de santé ou à faible niveau d'alphabétisation.

En parallèle, l'AMM a soutenu le lancement d'un nouveau **livre audio destiné aux enfants atteints d'un cancer**. L'AMM avait précédemment soutenu avec d'autres partenaires la publication de livres audio sur la pression artérielle, l'arrêt du tabac, l'hospitalisation des enfants et les essais cliniques.

À l'occasion du 20^e Forum européen de la santé, qui s'est tenu à Gastein en Autriche en octobre 2017, l'OMS a invité l'AMM à intervenir lors d'un **atelier de l'Organisation intitulé «investir dans des villes saines : "assurer" la prévention** ». L'atelier était consacré à l'investissement dans des villes saines comme moyen d'améliorer la santé et le bien-être des populations.

Lors du **Dialogue mondial de l'OMS sur les partenariats pour le financement durable de la lutte contre les maladies non transmissibles**, qui a eu lieu à Copenhague au Danemark du 9 au 11 avril, l'AMM a organisé une session sur l'investissement vital que constitue de renforcer du personnel de santé affecté aux maladies non transmissibles. L'objet de cette session était de mettre en lumière le besoin de soignants en nombre suffisant dans la lutte contre les maladies non transmissibles, les nécessités d'investissement et les rôles des différents acteurs aux fins d'accroître les capacités des pays de développer des politiques de ressources humaines et des programmes conformes aux stratégies de santé publique qui leur permettront de réaliser la couverture santé universelle et d'atteindre l'objectif de développement durable 3.4.

3.1.2 Tabac

L'AMM est impliquée dans la mise en place de la [Convention Cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac \(FCTC\)](#). La FCTC est un traité international condamnant le tabac en tant que substance accoutumante, interdisant la publicité et la promotion du tabac et réaffirmant le droit de tous aux plus hautes normes de santé. L'AMM assiste à chaque réunion de la Conférence des parties. La prochaine Conférence des parties à la FCTC se tiendra du 1^{er} au 6 octobre 2018 à Genève.

3.1.3 Alcool

Le secrétariat entretient des contacts réguliers avec le personnel de l'OMS chargé de ce sujet ainsi qu'avec l'alliance politique européenne sur l'alcool (*Global Alcohol Policy Alliance*, GAPA). Au cours de la 70^e Assemblée mondiale de la santé en mai dernier, l'AMM a participé à une réunion de consultation de la société civile organisée par la GAPA et l'Alliance sur les MNT pour discuter des stratégies visant à remettre l'alcool à l'ordre du jour des organes décisionnels de l'OMS. L'AMM était également invitée par la GAPA à une réunion informelle sur le même sujet avec les États membres intéressés.

En juin, Clarisse Delorme a représenté l'AMM au [forum de l'OMS sur l'alcool, la drogue et les conduites addictives](#) qui a eu lieu au siège de l'OMS à Genève et elle y a prononcé une [déclaration](#) au nom de l'AMM, qui recommande l'élaboration de politiques globales afin d'attaquer les causes profondes des habitudes de consommation d'alcool et renforcer les systèmes de santé pour améliorer la capacité des pays de mettre au point des politiques et de mener des actions ciblées contre l'alcoolisme et les problèmes qui en découlent.

En février dernier, le secrétariat a reçu une invitation de l'*International Organisation of Good Templars* (IOGT International) et de la *Global Alcohol Policy Alliance* (GAPA) à soutenir une lettre commune adressée le 1^{er} février au Fonds mondial pour dénoncer le partenariat établi par ce dernier avec Heineken et insister sur les dangers inhérents à la coopération avec des fabricants et des vendeurs de produits nocifs comme l'alcool. La lettre a été soutenue par un grand nombre d'organisations nationales, régionales et de réseaux. L'AMM a rejoint la mobilisation et a décidé d'appuyer également cette initiative. Cette information a été partagée sur Twitter et Facebook.

3.1.4 Activité physique

L'OMS élabore actuellement un plan d'action global visant à promouvoir l'activité physique. L'AMM a été invitée à faire partie des membres du réseau consultatif sur la stratégie aux fins de soutenir et de guider le secrétariat de l'OMS dans l'élaboration de ce plan d'action. La première réunion technique de ce réseau consultatif s'est tenue en juin dernier, en présence de représentants de l'AMM. En reconnaissant l'importance de l'activité physique dans le bien-être et la réalisation des objectifs de développement durable, ce plan d'action constitue pour la communauté internationale une occasion unique de passer à la vitesse supérieure et de fixer un nouvel ordre du jour ambitieux pour une action coordonnée visant à donner à tous les mêmes possibilités de pratiquer une

activité physique. Le secrétariat de l'OMS a organisé entre août et mi-septembre une consultation ouverte en ligne sur une première version de son rapport.

3.2 Maladies transmissibles

3.2.1 Projet sur la tuberculose pharmacorésistante

L'AMM a participé à l'élaboration du document d'orientation de l'OMS intitulé « Orientation sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose » en 2010. L'OMS révisé actuellement ce document afin de parler plus directement des défis auxquels sont confrontés les personnels de santé et les décideurs à travers le monde. Son but est de contribuer à atteindre le troisième principe de la Stratégie Stop TB, notamment la protection des droits humains, l'éthique et l'égalité. Une première réunion du groupe de travail a eu lieu et l'AMM a fait un exposé sur les droits et devoirs des personnels de santé.

3.2.2 Grippe

L'AMM a été invitée par Mme Françoise Grossetête, députée européenne et le professeur Thomas Szucs à participer au comité directeur créé pour rédiger un [manifeste européen en faveur de la vaccination contre la grippe](#), dont l'objet est de faire de la vaccination contre la grippe une priorité des ordres du jour nationaux et européen. Le manifeste confirme la nécessité de mener des actions plus fortes en faveur de l'adoption de politiques visant à réduire le poids de la grippe et souligne le rôle du personnel de santé. Le lancement du manifeste a eu lieu en ligne le 6 mars et officiellement le 24 mars 2018.

3.3 Santé et populations discriminées

3.3.1 Les femmes et la santé

L'AMM poursuit ses activités mondiales sur les femmes et la santé et entend réaliser le suivi de la phase de mise en œuvre du « Projet mondial d'action pour le renforcement du rôle des systèmes de santé dans la prise en charge des violences interpersonnelles, notamment à l'encontre des femmes et des jeunes filles ainsi que des enfants », qui a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2016.

En août dernier, conformément à la politique ad hoc de l'AMM, le Comité exécutif de l'Association a décidé d'appuyer la [plateforme Ensemble pour en finir avec les mutilation génitales féminines](#). Cette plateforme est un outil de formation en ligne, gratuit, à destination des professionnels qui sont amenés à travailler avec des femmes ou des filles concernées par les mutilations génitales féminines. Cet outil est actuellement disponible en neuf langues européennes et dispose de deux modules spécialement conçus pour les professionnels de santé.

Le Secrétariat a partagé la nouvelle de la création de cette plateforme sur les médias sociaux.

3.3.2 Vieillessement

L'AMM a participé à la consultation de l'OMS sur la stratégie mondiale et le plan d'action sur le vieillissement et la santé, qui ont été adoptés par les États membres lors de la dernière Assemblée mondiale de la santé en mai 2016 et réalise le suivi de la phase de mise en œuvre de la stratégie mondiale.

Pour d'autres activités dans le domaine du vieillissement, veuillez consulter le chapitre III, section 4.

3.3.3 Lutte contre la stigmatisation : discrimination zéro face au VIH dans les établissements de santé

En mars 2017, le Secrétariat a communiqué aux membres de l'AMM le document de référence de l'UNAIDS sur l'élimination de la discrimination dans les soins de santé. Ce rapport vise à servir de référence aux décideurs et aux autres parties prenantes engagés dans l'élaboration de politiques et de programmes de réglementation des soins de santé et d'élimination des discriminations et des autres barrières structurelles qui entravent l'obtention d'une bonne santé pour tous. L'AMM est impliquée dans cette initiative depuis son lancement en novembre 2015.

3.3.4 Migrants et accès à la santé

À la suite de l'initiative menée par l'OMS en faveur de la santé des migrants, l'AMM a fait une [public statement](#) au nom de l'Alliance mondiale des professions de santé (AMPS), lors de la 70^e Assemblée mondiale de la santé en mai 2017, pour remercier l'OMS de ses efforts de promotion de la santé des migrants et de rappel que le retard ou le refus de soins est discriminatoire et viole un droit humain fondamental « Le refus de soins est non seulement grave d'un point de vue éthique, il pose en outre un problème majeur de santé publique ».

Clarisse Delorme a été invitée à présenter les positions de l'AMM sur la santé des migrants lors de l'atelier à destination des jeunes organisé en amont de l'Assemblée mondiale de la santé (*Youth Pre-World Health Assembly Workshop*) par la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA) le 19 mai dernier à Genève.

En juillet, le secrétariat de l'AMM, représenté par le Dr Otmar Kloiber, Clarisse Delorme et Madga Mihaila, a rencontré des représentants de la division Migration et santé de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) afin d'explorer les possibilités de coopération et d'échange d'informations entre les deux entités.

À la suite de cette rencontre, l'AMM a été invitée à rejoindre un groupe de travail sous l'égide de l'OIM et de l'OMS pour assurer que la santé des réfugiés et des migrants est adéquatement prise en charge dans le cadre du partenariat mondial pour les migrations [Global Compact for Migration](#) (GCM), actuellement mis en œuvre par les Nations unies. Les négociations

intergouvernementales en cours devraient aboutir à un accord de l'Assemblée générale des Nations unies en 2018.

Le groupe de travail, composé de représentants de l'OMS et de l'OIM, en étroite coopération avec l'OIT, le Haut Commissariat des Nations unies pour les droits de l'homme, l'UNFPA, l'ONUSIDA¹, la Banque mondiale et d'autres acteurs, y compris la Fédération internationale de la Croix-Rouge, la plateforme pour la coopération internationale en faveur des personnes migrantes sans papiers (*Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants*, PICUM) et l'AMM s'est réuni en septembre et a convenu d'un volet santé au Pacte mondial des Nations unies pour des migrations sûres, ordonnées et régulières [Proposed Health Component](#), qui devrait étayer les discussions relatives à la version préliminaire du Pacte mondial. Ce volet relatif à la santé est consultable sur le site internet du Pacte mondial pour les États membres et les partenaires.

3.4 Déterminants sociaux de la santé (DSS) et couverture universelle en matière de santé

L'AMM est activement engagée avec le service de l'OMS chargé des personnels de santé et participe à son comité permanent pour concevoir un livre numérique sur l'approche des déterminants sociaux de la santé pour l'éducation et la formation du personnel de santé. Le projet fait partie du travail de l'OMS pour la mise en place de directives sur la « transformation et l'élargissement de la formation des professionnels de santé » lancé à Recife en 2013. Le projet soutient également la résolution WHA66.23 de l'Assemblée mondiale de la santé « Transformer la formation des personnels de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle ». La collaboration implique de participer à des réunions organisées par l'OMS et de fournir une assistance technique et des conseils pour le livre numérique.

Au cours du Forum de la couverture santé universelle, qui s'est tenu en décembre 2017 à Tokyo, au Japon, le Président de l'AMM, le Dr Yokokura a prononcé le discours d'inauguration. L'objectif du forum était de susciter un large soutien politique afin d'accélérer les progrès en faveur de la réalisation de la couverture santé universelle et des objectifs de développement durable, y compris la sécurité sanitaire et la préparation aux pandémies. Ce forum a rassemblé plus de 300 participants, y compris des chefs de gouvernement, des ministres des finances et de la santé, des représentants d'institutions bilatérales et multilatérales, d'organisations de la société civile, de groupes de réflexion et des universitaires. C'est à l'occasion de ce forum que le directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus et le Président de l'AMM, le Dr Yoshitake Yokokura, ont convenu de renforcer la collaboration des deux organisations sur la couverture santé universelle et la préparation aux situations d'urgence. Un protocole d'accord a été signé en ce sens le 5 avril 2018 à Genève.

3.5 Produits médicaux contrefaits

¹ OIM : organisation internationale pour les migrations, OIT : Organisation internationale du travail, UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population, ONUSIDA : programme des Nations unies coordonnant la lutte contre le VIH-SIDA.

Les médicaments contrefaits sont fabriqués selon des normes inférieures aux normes de sécurité, qualité et efficacité reconnues. Ils sont délibérément et frauduleusement étiquetés quant à leur identité ou leur origine. La contrefaçon peut s'appliquer à la fois aux produits de marque et aux produits génériques. Les médicaments contrefaits peuvent comporter des produits avec des ingrédients corrects, mais avec un emballage contrefait, des produits avec de mauvais ingrédients, des produits sans substance active ou avec des ingrédients insuffisamment actifs. Les médicaments contrefaits sont un danger pour la sécurité des patients et la santé publique, car ils augmentent les risques de résistance aux antimicrobiens et sapent la confiance des patients dans les professionnels de santé et les systèmes de santé. L'implication des professionnels de santé est cruciale pour lutter contre la contrefaçon des produits médicaux.

L'AMM a rejoint [la campagne Combattre les contrefaçons](#) dont l'objectif est une plus grande prise de conscience des dangers des médicaments contrefaits. La coordination de tous les acteurs impliqués dans la fabrication et la distribution des médicaments est vitale pour lutter contre cette menace de santé publique. Le site Internet sert également de ressources pour les organisations et les individus voulant soutenir ces efforts, en présentant des possibilités d'action et en partageant ce que les autres font pour lutter contre les faux médicaments.

3.6 Sécurité alimentaire et nutrition

L'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture des Nations unies (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont reçu pour mission de développer une Déclaration sur la nutrition et un cadre d'action afin de guider sa mise en œuvre. Ils organiseront plusieurs réunions préparatoires et conférences au cours du processus de développement. L'AMM suit ce dossier. La principale critique porte sur les délais serrés et le peu d'implication de la société civile. Les ONG déplorent aussi le fait que les problèmes liés à l'utilisation des antibiotiques dans les aliments ne sont pas bien pris en compte dans les discussions actuelles.

À ce jour, l'objectif principal est le suivant : assurer une protection sociale et promouvoir la nutrition, l'agriculture et les systèmes alimentaires et obtenir la contribution du secteur privé et de la société civile pour améliorer la nutrition.

3.7 Santé et environnement

3.7.1 Changements climatiques

L'AMM continue de participer aux négociations relatives au changement climatique menées sous l'égide des Nations unies, et notamment la mise en œuvre de l'accord de Paris adopté lors de la COP21 en décembre 2015. À cette fin, une délégation de l'AMM suivra les deux semaines de négociations qui auront lieu à l'occasion de la [COP23](#), qui a eu lieu du 6 au 17 novembre 2017 à Bonn, en Allemagne. Le Secrétariat est actuellement en contact avec l'OMS et la [Global Climate and Health Alliance](#) (GCHA) pour mener des actions coordonnées pendant ces négociations.

L'AMM a publié une déclaration publique (<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2017/05/3.5-Health-environment-and-climate-change->

WMA.pdf) lors de la 142^e session du Conseil exécutif de l'OMS sur la stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et les changements climatiques.

Au cours de la période de référence, des discussions ont été entamées entre l'OMS et l'alliance mondiale pour le climat et la santé (*Global Climate and Health Alliance*, GCHA) sur la mise en place d'un mécanisme régulier de coopération dans le domaine des changements climatiques.

La première Conférence de l'OMS sur la pollution de l'air et la santé doit avoir lieu les 30 octobre et 1^{er} novembre prochains à Genève. Elle réunira des partenaires internationaux, nationaux et locaux, qui partageront des connaissances en vue de coordonner des actions en faveur d'un air plus sain et d'une meilleure santé. L'AMM est en contact avec l'OMS en vue de participer à cet évènement.

3.7.2 Sécurité des produits chimiques

En décembre 2009, l'AMM s'est ralliée à l'[approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques](#), issue de la branche produits chimiques du Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) afin d'établir une stratégie pour **renforcer l'engagement du secteur de la santé dans la mise en place d'une approche stratégique**.

Pour faire suite à la résolution de 2016 de l'Assemblée mondiale de la santé sur le **rôle du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques en vue de l'objectif 2020 et au-delà**, la 70^e Assemblée mondiale de la santé de mai 2017 a approuvé la feuille de route relative aux produits chimiques (<http://www.who.int/ipcs/saicm/roadmap/en/>) qui détermine les actions dans lesquelles le secteur de la santé doit jouer soit un rôle moteur, soit un rôle de soutien important, reconnaissant ainsi la nécessité d'une coopération multisectorielle, entre multiples acteurs. La feuille de route a été élaborée en consultation avec des États membres, des agences des Nations unies et d'autres parties prenantes. L'AMM a participé à cette phase de consultation par des réunions et des contributions électroniques.

3.7.3 Page de l'AMM sur l'environnement

L'AMM est partenaire de l'Association médicale de Floride (FMA) sur le projet « **My Green Doctor** » (mon médecin écolo). Ce projet est un service de gestion environnementale du cabinet médical gratuitement mis à la disposition des membres de l'Association médicale mondiale (AMM) et de l'Association médicale de Floride (FMA). La version initiale de My Green Doctor a été lancée par la FMA lors de la Journée mondiale de la Terre 2010. En juin 2014, l'AMM et la FMA ont conclu un accord pour travailler sur ce projet. My Green Doctor est un guide gratuit de gestion environnementale de votre cabinet, mis au point par des médecins. Il propose tous les outils nécessaires à un praticien ou à un directeur de clinique pour la conception d'un programme personnalisé de gestion durable d'un point de vue environnemental : politiques au sein du cabinet, diapositives PowerPoint, guide à destination de vos équipes et même un service d'assistance téléphonique gratuit. Le site Internet My Green Doctor

est désormais disponible à la section « Stages & ressources » du site Internet de l'AMM.

4. SYSTEMES DE SANTE

4.1 Sécurité des patients

Pour traiter des problèmes liés aux **pratiques dangereuses de prescription des médicaments**, l'OMS a lancé le Défi mondial sur la sécurité des patients relative aux médicaments, avec pour objectif global de « réduire de 50 % dans le monde d'ici à 2020 les dommages dus aux pratiques dangereuses de prescription des médicaments qui peuvent être évités. Pour développer cette initiative, l'OMS a invité l'AMM et d'autres parties intéressées à plusieurs consultations en 2016.

Dans cette perspective, l'AMM a été invitée par l'OMS à participer à la consultation mondiale visant à fixer des priorités en matière de sécurité des patients, en coopération avec le département de la santé du centre de gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients, situé à Florence, en Italie. Cet événement de haut niveau a rassemblé des experts internationaux et des décideurs issus des ministères de la Santé de pays développés et en voie de développement. L'objet de cette consultation était d'identifier les principaux obstacles et difficultés auxquels font face patients, soignants et environnements de soin en matière de sécurité des patients et de définir les priorités des actions à mener par l'OMS et par les pays.

Il y a quelques années, l'AMM avait participé, avec l'OMS et d'autres professionnels de santé à la rédaction du **Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, édition multiprofessionnelle**, et à sa mise à jour ultérieure. L'OMS souhaiterait désormais lancer une deuxième révision de ce guide en plusieurs étapes. La première, relative à l'amélioration de la médication, devrait être réalisée de manière à ce que ce sujet puisse faire l'objet d'un document séparé. Lors d'une première réunion en décembre 2017, nous avons évoqué les thèmes, l'ordre et les priorités de ce chapitre. Sur la base de cette discussion, l'OMS va élaborer une première version qui sera présentée à l'AMM et à d'autres professionnels de santé à des fins de commentaires.

4.2 Campagne One Health

En mai 2015, l'Association mondiale des vétérinaires (AMV) et l'Association médicale mondiale (AMM) en collaboration avec l'Association médicale espagnole (SMA) et les associations de vétérinaires espagnoles (AVE) ont organisé la Conférence mondiale sur le concept « One Health » avec pour thème : « Vers une santé mondiale — renforcer la collaboration entre les médecins et les vétérinaires ». La Conférence mondiale a rassemblé 330 délégués de 40 pays. Les vétérinaires, les médecins, les étudiants, les responsables de la santé publique et les représentants des ONG ont suivi les exposés d'intervenants de haut niveau et ont pu assimiler, discuter et traiter les aspects majeurs du concept One Health. Les principaux objectifs de la conférence étaient de renforcer les liens et la communication entre les professions et d'intensifier la collaboration entre les médecins, les vétérinaires et toutes les parties intéressées afin d'améliorer divers aspects de la santé et du bien-être des humains, des animaux et de l'environnement. Il est possible de consulter un résumé de cette conférence à l'adresse suivante : [WMA website](#).

La deuxième conférence a été organisée par l'Association médicale japonaise, l'Association japonaise des vétérinaires et l'AMM à Kita-Kyushu, préfecture de Fukuoka, au Japon les 10 et 11 novembre 2016. Plus de 600 personnes, venues de 44 pays, ont assisté à la conférence, qui a compté une trentaine d'interventions sur des aspects variés de la campagne One Health. Un résumé de la conférence est consultable à l'adresse suivante : [WMA website](#).

4.3 Résistance aux antimicrobiens

La résistance aux médicaments antimicrobiens (RAM) est une préoccupation croissante et un défi majeur de santé publique. Elle peut revêtir différents aspects et un certain nombre d'acteurs contribuent au problème.

L'OMS a élaboré le **Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens**, qui comporte cinq objectifs principaux dont la réalisation repose largement sur le personnel de santé. En particulier, l'objectif 1 vise à « mieux faire connaître et comprendre le problème de la résistance aux antimicrobiens grâce à une communication, une éducation et une formation efficaces ». L'OMS a créé un secrétariat de la RAM dont le rôle est de faire le lien entre les différentes parties prenantes, de les impliquer et de coordonner les activités mises en œuvre au titre du Plan d'action. L'accent est mis sur les étudiants en médecine et les médecins.

L'AMM a participé à une consultation d'experts organisée par l'OMS sur la formation du personnel de santé et la RAM. Cette réunion a débouché sur la rédaction d'une première version du cadre de compétences interprofessionnel pour la formation du personnel soignant à la RAM (***Global Interprofessional AMR Competency Framework for Health Workers' Education***). Cet outil permettra aux responsables politiques et de la planification des pays de travailler à la réalisation de l'objectif 1 du Plan d'action de l'OMS. Il servira également de base au développement d'un prototype de cursus axé sur la RAM à intégrer à la formation des soignants. L'AMM et la Fédération mondiale pour l'éducation médicale ont commenté cette version préliminaire. Nos contributions concernaient principalement les connaissances et la formation nécessaires pour parvenir à un diagnostic exact et l'importance de savoir distinguer les différentes origines et gravités des infections. Il est en effet de première importance d'avoir une connaissance approfondie du diagnostic avant de prescrire un antibiotique pour réduire la résistance aux antimicrobiens. Avec l'assistance de la School for Public Policy de la George Mason University, l'AMM propose depuis une dizaine d'années un [cours sur la résistance aux antimicrobiens](#).

L'AMM a participé à la neuvième **réunion du Groupe consultatif stratégique et technique sur la résistance aux antimicrobiens (STAG-AMR)** et à la réunion du groupe de coordination technique en février 2018 à Genève.

4.4 Personnel soignant

En mai 2016, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé ([Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030](#)). L'une des prises de position importantes dans la stratégie de l'OMS est l'accent mis sur l'investissement dans les ressources humaines pour la santé, contributeur de croissance et dans les soins de santé eux-mêmes, pilier de l'économie. De plus en plus d'agences des Nations unies sont désormais d'accord sur

l'impact positif pour la croissance économique du secteur de la santé. Résultat : le Secrétaire général des Nations unies a nommé une [Commission de haut niveau sur l'emploi et la croissance économique](#), qui a publié son rapport, intitulé « *Working for Health and Growth – Investing in the health workforce* » (travailler pour la santé et la croissance : investir dans le personnel soignant) en septembre 2016. Le rapport indique dix recommandations sur des sujets aussi variés que la création d'emplois, le genre et les droits des femmes, les technologies de l'éducation et les environnements de crise et d'intervention humanitaire. L'objet de la commission est de favoriser et d'aider à la création d'au moins 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur social et dans la santé et de réduire la pénurie de personnel soignant prévue (18 millions de personnes), principalement dans les pays à revenus faible et moyen, d'ici 2030.

Suite à la conclusion de son mandat de 10 ans, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé est devenue le Réseau mondial pour les personnels de santé (GHWN), qui a pour objectif de faciliter la production et l'échange de données, de favoriser le dialogue intersectoriel et multilatéral d'élaboration de politiques, notamment par la définition d'un programme commun à de multiples secteurs et de multiples acteurs, à partager des bonnes pratiques et à harmoniser et à aligner les appuis internationaux aux ressources humaines du secteur de la santé. L'objectif général est de permettre la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et d'atteindre l'Objectif du millénaire pour le développement. L'OMS, en coopération avec l'Irlande et le Réseau mondial pour les personnels de santé (GHWN) a organisé le [quatrième forum mondial sur les ressources humaines de la santé](#) et a adopté la [déclaration de Dublin sur les ressources humaines](#) pour le secteur de la santé.

En parallèle de ce forum, l'AMM et la Fédération internationale pharmaceutique (FIP) ont organisé une session intitulée « **Comment la régulation peut-elle assurer la qualité des soins, l'autonomie professionnelle et préserver l'intérêt général ?** »

Les modèles commerciaux de soins de santé peuvent nuire à l'autonomie professionnelle et à la qualité des soins prodigués. L'objet de la régulation des soins de santé est de préserver l'intérêt général et d'assurer des soins de santé de qualité centrés sur le patient et fondés sur des principes éthiques, par opposition aux modèles lucratifs. L'autonomie professionnelle par l'autorégulation permet de définir des normes et d'assurer la qualité des modèles de soins de santé. La régulation joue donc un rôle important dans la mise en œuvre de stratégies telles que celle de l'OMS : « Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 », pour accélérer la réalisation de la couverture santé universelle et pour assurer la présence d'un personnel de santé en nombre suffisant dans la durée.

La Dre Julia Tainijoki, conseillère médicale de l'AMM, est intervenue lors d'un autre événement organisé en parallèle de ce forum et intitulé « **Combattre la discrimination dans les établissements de santé en mettant l'accent sur les droits, les rôles et les responsabilités du personnel de santé** » et a présenté le point de vue des médecins et les politiques de l'AMM sur cette question.

4.5 Violence dans le secteur de la santé

Tirant profit du succès de la conférence précédente qui s'était tenue à Dublin, les travaux préparatoires pour la 6^e Conférence internationale sur la violence dans le secteur de la santé, qui aura lieu à Toronto (Canada) du 24 au 26 octobre 2018. L'AMM participe à l'organisation et aux comités scientifiques chargés de la préparation de cet

événement. Le comité d'organisation s'est réuni deux fois pendant la période de référence. Clarisse Delorme, en qualité de membre du comité, a pris contact avec le CICR afin qu'un représentant de l'initiative Soins de santé en danger soit invité à la conférence en tant qu'orateur.

4.6 Les Médecins exemplaires de l'Initiative mondiale formation au leadership (CPW)

Le projet CPW a démarré avec le recueil sur les médecins exemplaires dans le monde, publié en anglais en octobre 2005 puis en espagnol en mars 2007. Des exemplaires du recueil sont encore disponibles (en anglais et espagnol) au [secrétariat de l'AMM](#) sur demande.

Des conférences régionales ont eu lieu en Amérique latine, dans les régions d'Asie-Pacifique, en Europe et en Afrique entre 2005 et 2007. Le projet CPW a été étendu pour y intégrer une formation sur le leadership organisée par l'INSEAD, l'école de commerce de Fontainebleau en France, en décembre 2007. 32 responsables médicaux d'un bon nombre de pays y ont participé. La formation a porté sur la prise de décision, le travail d'élaboration des politiques, la négociation et la constitution de coalitions, les relations interculturelles et les relations avec les médias. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le [site internet de l'AMM](#), où vous trouverez des articles et des vidéos qui rendent compte de l'expérience d'anciens élèves de ces cours.

La 8^e formation s'est tenue à la Mayo Clinic de Jacksonville, en Floride, aux États-Unis du 3 au 8 décembre 2017. Les cours ont été possibles grâce à une subvention de Bayer HealthCare et Pfizer Inc. Ce travail, y compris la préparation et l'évaluation de la formation, est soutenu par le centre de coopération de l'AMM — le Centre pour la santé mondiale et la diplomatie médicale à l'université de la Floride du Nord.

5. POLITIQUE DE SANTE ET EDUCATION

5.1 Développement des politiques médicales et sanitaires et éducation

Au cours des dernières années, le [Center for the Study of International Medical Policies and Practices](#), de la George Mason University, l'un des centres de coopération de l'AMM, a étudié les besoins en matière de soutien pédagogique pour l'établissement de politiques. Les enquêtes réalisées en coopération avec l'AMM ont mis en évidence une demande de formation et d'échanges. Le centre a invité l'AMM à participer à la création d'une plateforme scientifique pour des échanges internationaux sur la création de politiques médicales et sanitaires. À l'automne 2009, le premier exemplaire d'une revue scientifique, le *World Medical & Health Policy*, a été publié par Berkeley Electronic Press en tant que journal sur Internet. Elle est maintenant passée aux mains de Wiley Press. Cette revue est consultable sur : [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1948-4682](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1948-4682)

5.2 Soutien apporté aux Membres constituants

Voir le point 2.2.1

CHAPITRE II PARTENARIATS & COLLABORATION

Au cours de la période objet de ce rapport, le secrétariat de l'AMM a eu des réunions bilatérales avec l'OMS et le personnel d'autres agences des Nations unies portant sur les domaines suivants : prévention de l'abus d'alcool, santé mentale, violence envers les femmes, environnement, migration des professionnels de santé, prévention de la torture. De plus, le Secrétariat a fait connaître les inquiétudes de l'AMM dans divers milieux publics tels que ²:

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Gouvernance de l'OMS
<p>Conseil exécutif de l'OMS, janvier 2018 : La 142^e réunion du Conseil exécutif de l'OMS a eu lieu en janvier 2018 à Genève, en Suisse. L'AMM est intervenue sur un certain nombre de sujets. Pour plus d'informations sur l'ordre du jour, les documents de travail et les résolutions adoptées, veuillez vous reporter à la page suivante : http://apps.who.int/gb/e/e_eb142.html</p>
Évènements de santé publique de l'OMS
<p>Quatrième forum mondial sur les ressources humaines de la santé, organisé par l'OMS, le GHWN et l'Irlande en novembre 2017.</p>
<p>Réunions du Groupe consultatif stratégique et technique sur la résistance aux antimicrobiens (STAG-AMR) et du groupe de coordination technique de l'OMS en février 2018 à Genève.</p>
<p>Consultation mondiale de l'OMS sur la fixation de priorités en matière de sécurité des patients, en coopération avec le département de la santé du centre pour la gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients de Florence, en Italie (<i>Centre for Clinical Risk Management and Patient Safety</i>).</p>
<p>Atelier de l'OMS sur l'investissement dans des villes saines pour assurer la prévention, dans le cadre du 20^e Forum européen de la santé à Gastein en Autriche en octobre 2017.</p>
<p>Réunion du groupe de travail sur l'éducation à la santé et les études scientifiques sur la santé du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS en février à Genève.</p>

2. CONFERENCE DE L'UNESCO SUR LA BIOETHIQUE, L'ETHIQUE MEDICALE ET LA LOI SANITAIRE

Ces dernières années, l'AMM a soutenu la conférence mondiale de la chaire de l'UNESCO sur la bioéthique sur la bioéthique, l'éthique médicale et la législation relative à la santé organisée par le Pr Amnon Carmi. En octobre 2015 la conférence s'est tenue à Naples en Italie. L'AMM y a de nouveau participé en structurant les sessions consacrées à la fin de vie et un projet de nouvelle politique (à ce moment-là) sur les directives éthiques pour les bases de données de santé et les biobanques. Les Présidents sortants de l'AMM, le Dr Yoram Blachar et le Dr Jon Snædal, la conseillère pour l'éthique de l'AMM, la Pr Vivienne Nathanson, la conseillère juridique de l'AMM, Mme Annabel Seebohm, et le Secrétaire

² Pour de plus amples informations sur les activités mentionnées, voir la section concernée dans le rapport.

général ont préparé ces sessions. Le dernier Président sortant, le Dr Xavier Deau, a fait un discours clé à l'ouverture de la conférence.

L'AMM a de nouveau été invitée à organiser deux sessions scientifiques lors de la 12^e Conférence de la chaire UNESCO de bioéthique qui s'est tenue à Limassol, à Chypre, du 21 au 23 mars 2017. La première était consacrée au processus de révision de la Déclaration de Genève en cours, et notamment au serment des médecins. La séance était animée par le Dr Ramin Parsa-Parsi, président du groupe de travail de l'AMM et le professeur Urban Wiesing, directeur de notre institut de coopération à l'université de Tübingen. La seconde séance était animée par le Président sortant de l'AMM, le Dr Jon Snædal et le Dr Otmar Kloiber, avec la contribution de la Dre Emmanuelle Riag-Sibag, de notre centre de coopération de l'université de Neuchâtel et Mme Annabel Seeborn, Secrétaire générale de notre Comité permanent des médecins européens.

L'AMM est invitée à la 13^e conférence sur la bioéthique, l'éthique médicale et la législation relative à la santé, qui se tiendra du 27 au 29 novembre 2018 à Jérusalem, en Israël. Veuillez vous reporter au [site internet](#) de la conférence pour en savoir plus.

3. AUTRES AGENCES DES NATIONS UNIES

AGENCE	ACTIVITÉS
<p>Conseil des droits humains des Nations Unies En particulier : Rapporteur spécial (RS) des Nations unies sur le droit de chacun à jouir de la meilleure santé physique et mentale health (Rapporteur Dr D Puras)</p> <p>Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Dr Nils Melzer) torture</p> <p>Rapport spécial sur les droits des personnes handicapées (Mme Catalina Devandas Aguilar)</p> <p>Haut Commissaire pour les droits humains (M. Zeid Ra'ad Al Hussein)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des activités du RS • Échange d'informations <p>Réunion avec le RS en septembre 2017 suite à la contribution écrite de l'AMM au rapport du RS sur la santé mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • • Suivi des activités du RS <p>Prendre contact avec le nouveau RS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi des activités du RS • Contact pris fin 2016 <p>L'AMM participe au processus de consultation dans le cadre de la résolution des Nations unies sur la santé mentale et les droits humains adoptée en septembre 2016</p>
<p>UNAIDS</p>	<p>Campagne sur la journée de la lutte contre la stigmatisation : discrimination zéro liée au VIH dans les services de santé <i>voir point 3.3.3</i></p>
<p>OCDE</p>	<p>Rencontre avec Mme Francesca Colombo, responsable de la section de la santé et son équipe au sujet de la nouvelle stratégie de travail sur l'établissement de rapports relatifs au système de santé et l'utilisation des mesures des résultats rapportés par les patients (PROMs), en novembre 2016 (voir également</p>

	points 6.1 et 10)
Organisation internationale des migrations (OIM)	L'AMM fait partie du groupe de travail conjoint OIM/OMS sur la santé des personnes migrantes (voir point 3.3)
OMS et Banque mondiale	Le Dr Yokokura est intervenu en qualité d'orateur lors du forum sur la couverture santé universelle qui s'est tenu à Tokyo, au Japon en décembre 2017.

4. ALLIANCE MONDIALE DES PROFESSIONS DE SANTE (AMPS)

Après plus de dix ans, l'AMM a passé le relais à la Fédération dentaire internationale (FDI) pour la tenue du secrétariat **des dirigeants de l'Alliance mondiale des professions de santé** au début de l'année 2018.

Conférence mondiale sur la réglementation des professions de santé

Réservez cette date : les 19 et 20 mai 2018 à Genève, avant l'Assemblée mondiale de la santé.

La réglementation des professions de santé est rendue difficile par les évolutions politiques, sociales, économiques et technologiques du monde. Les réformes étendues de la réglementation des professions de santé reflètent les initiatives politiques de nombreux gouvernements visant à assurer la prestation réelle, pérenne et efficace de services de santé. Mais quelles sont les conséquences de telles évolutions et comment assurer la réalisation de l'intérêt général ?

La sixième conférence internationale sur la réglementation des professions de santé (*World Health Professions Regulation Conference, WHPRC*) se tiendra pendant la journée et demie qui précédera l'Assemblée mondiale de la santé et vise à faire connaître aux participants les questions, défis et perspectives actuels de la réglementation des professions de santé.

La conférence permettra d'aborder des trois thèmes principaux suivants :

1. un appel à fixer les normes de réglementation adéquates

Seront discutés notamment la fixation de règles adéquates, le contrôle des régulateurs, l'éthique et l'autonomie professionnelles, les obstacles à la mise en œuvre et le remboursement ;

2. la sécurité, la qualité et la conformité ; les bénéfices pour les patients, les communautés et les populations

Seront notamment discutés : les bonnes pratiques, le rôle de la réglementation dans la prévention durable, la facilitation de l'émigration, les coûts que suppose la conservation de l'autorisation d'exercer, l'utilisation des mégadonnées et des études de cas sur des modèles axés sur les résultats ;

3. l'appui à la qualité de la formation continue

Seront notamment discutés : le perfectionnement professionnel continu, le besoin de normes internationales, l'innovation, l'amélioration des traitements, le passage de la formation continue de l'évaluation à l'indépendance et la réglementation de la spécialisation.

5. CENTRES DE COOPERATION DE L'AMM

L'AMM est désormais fière de bénéficier du soutien de quatre centres de coopération universitaires. Ces centres apportent une expertise scientifique à nos projets et/ou à nos politiques, améliorant ainsi notre profil professionnel et nos activités extérieures.

Centre de coopération de l'AMM	Secteurs de coopération
<i>Center for the Study of International Medical Policies and Practices</i> , George Mason University, Fairfax, Virginie	Élaboration de politiques, résistance aux antimicrobiens, questions de santé publique (tabac), publication du World Medical Journal et Health Policy Journal.
<i>Center for Global Health and Medical Diplomacy</i> , University of North Florida, États Unis	Développement du leadership, diplomatie médicale
<i>Institute of Ethics and History of Medicine</i> , Université de Tübingen, Allemagne	Révision de la Déclaration de Genève, éthique médicale
Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, Suisse	Droit international de la santé, approfondissement et promotion de la Déclaration de Taipei, éthique médicale, déontologie
<i>Steve Biko Centre for Bioethics</i> , University of Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud	Révision de la Déclaration d'Helsinki, éthique médicale, bioéthique
<i>Institute for Environmental Research</i> , Yonsei University College of Medicine, Corée du Sud	Santé environnementale, changements climatiques, questions sanitaires

6. ALLIANCE MONDIALE POUR LA FORMATION CONTINUE (WCEA)

L'Association médicale mondiale a signé un accord avec l'Alliance mondiale pour la formation continue aux fins de la fourniture d'un portail de formation en ligne qui non seulement permettra à l'AMM d'héberger ses propres cours en ligne, mais également aux associations membres de créer leur propre portail et leur propre contenu en ligne. Cette offre s'adresse spécifiquement aux associations médicales et aux sociétés qui souhaitent proposer des formations en ligne. Les groupes et les facultés ou académies de médecine intéressés sont invités à contacter le [secrétariat de l'AMM](#) pour plus d'informations. Cette plateforme de formation sera lancée en mai 2018.

7. AUTRES PARTENARIATS ET COLLABORATIONS

Organisation :	Activité
Amnesty International	Contacts en cours (échange d'informations et soutien) au cours de la période visée par le rapport, notamment sur la situation en Turquie, en Éthiopie et en Iran
Human Rights Watch	Contacts réguliers sur des questions suscitant un intérêt commun.
Global Alliance on Alcohol Policy (GAPA) et ses membres	Échange régulier d'informations

Comité international de la Croix-Rouge (CICR)	Partenaires de l'initiative Soins de santé en danger (HCiD) depuis septembre 2011 Coopération permanente avec les départements Santé en détention et HCiD. Signature d'un protocole d'accord en novembre 2016.
Conseil international de médecine militaire (ICMM)	Un protocole d'accord a été signé lors de l'Assemblée générale de l'AMM en octobre 2017 à Chicago.
Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS)	Élaboration de recommandations à destination de la communauté scientifique en médecine et en soins de santé en général. L'AMM est membre du CIOMS et est actuellement représentée au Bureau exécutif.
International Federation of Health and Human Rights Organisations (IFHHRO)	Échange régulier d'informations sur les droits humains et les questions de santé
International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)	Programme d'internat depuis 2013 (3 étudiants en 2013 et 2 étudiants en 2014) Collaboration régulière, la plupart en relation avec les réunions statutaires de l'OMS. Participation de représentants de l'AMM à la conférence de l'IFMSA précédant l'Assemblée mondiale de la santé à Genève.
Fédération internationale des associations de pharmaciens (IFAPP)	Coopération sur les questions d'expériences sur des cobayes humains et l'élaboration de produits pharmaceutiques et du rôle des médecins dans ce processus. L'AMM et l'IFAPP ont passé un protocole d'accord lors de l'Assemblée générale de l'AMM qui a eu lieu à Chicago en octobre 2017.
University of Pennsylvania International Internship Program	Programme annuel de stage sur la politique de santé, la santé publique, les droits humains, la gestion des projets. Habituellement, l'AMM accueille deux ou trois étudiants chaque été dans ses locaux. Ce programme existe depuis 2014.
Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture (CIRT)	Contribution régulière, échange d'informations et actions conjointes sur des affaires ou des situations spécifiques.
Global Climate & Health Alliance (GCHA)	Échanges réguliers d'informations et collaboration <i>ad hoc</i> dans le contexte des négociations sur les changements climatiques des Nations unies (COP 21).
New Jersey Medical School Global TB Institute	L'AMM travaille avec la New Jersey Medical School Global TB Institute et l'University Research Company (URC) pour mettre à jour son cours en ligne de remise à niveau sur la tuberculose, destiné aux médecins avec le soutien de l'agence américaine pour le développement international (USAID)
Safeguarding Health in Conflict Coalition	Statut d'observateur dans la coalition Échange régulier d'informations
World Coalition Against The Death Penalty	Échange régulier d'informations notamment concernant les cas individuels requérant un soutien international.
Association mondiale des vétérinaires	Co-organisation de la Conférence mondiale One Health, les 21 et 22 mai 2015, à Madrid en Espagne avec l'Association médicale espagnole et l'Association des vétérinaires. 2 ^e

	conférence mondiale One Health, Kita-Kyushu, préfecture de Fukuoka, Japon, les 10 et 11 novembre 2016
US Defense Health Board – Ethics Subcommittee	Le Président sortant de l'AMM, le Dr Cecil Wilson, a représenté l'AMM dans deux sessions du sous-comité d'éthique du bureau de la santé de la défense — en 2014 et 2015. Il a plaidé pour toujours permettre aux médecins militaires de respecter l'éthique médicale, même en temps de conflit. Le rapport du Bureau figure sur notre site Internet.
Association pour la prévention de la torture	Échange d'informations sur la mise en place de la Convention de lutte contre la torture en regard du rôle des médecins dans la prévention de la torture et des mauvais traitements.
Physicians for Human Rights	Échange régulier d'informations et actions conjointes sur des affaires ou des situations spécifiques.
Médecins internationaux pour la prévention d'une guerre nucléaire (IPPNW)	Échange d'informations et actions communes, notamment dans le cadre du traité des Nations unies pour l'interdiction des armes nucléaires.

CHAPITRE III COMMUNICATIONS ET ACTIVITÉS EXTÉRIEURES

Le secrétariat de l'AMM a accueilli une nouvelle membre en juillet 2017. Il s'agit de Mme Magda Mihaila, spécialiste du journalisme et de la communication. Elle aide désormais notre équipe à améliorer la manière dont nous communiquons avec nos membres et dont nous diffusons nos informations sur les médias sociaux.

1. NEWSLETTER DE L'AMM

En avril 2012, le Secrétariat de l'AMM a lancé une newsletter bimensuelle pour ses membres. Le Secrétariat apprécie tous les commentaires et suggestions pour faire évoluer ce service et le rendre aussi utile que possible à ses membres.

2. RESEAUX SOCIAUX DE L'AMM (TWITTER ET FACEBOOK)

En 2013, l'AMM a lancé ses comptes officiels Facebook et Twitter (@medwma). Le Secrétariat encourage les membres à en parler dans leurs associations et expliquer qu'il est ainsi possible de suivre les activités de l'AMM sur Twitter et Facebook.

3. LE WORLD MEDICAL JOURNAL

Le *World Medical Journal* (WMJ) paraît tous les 3 mois et comporte des articles sur les activités de l'AMM et des articles rédigés par des membres et partenaires. Il bénéficie d'une large diffusion. En 2014 l'édition spéciale 60^e anniversaire est publiée en version papier. Elle est passée à la version électronique en 2015 et se trouve sur le [site internet de l'AMM](#).

4. INITIATIVE AFRICAINE DE L'AMM

La Présidente de l'AMM entre 2013 et 2014, la Dre Margaret Mungherera, a lancé une initiative pour rapprocher les associations médicales africaines de l'AMM. Une prise en compte plus marquée de la médecine organisée dans la coopération internationale devrait non seulement contribuer à mieux faire entendre la voix de l'Afrique, mais aussi à accroître leur visibilité et renforcer son statut au niveau national.

La Dre Mungherera a rassemblé les associations médicales des différentes régions d'Afrique dans le cadre de petites réunions régionales afin de discuter des thèmes liés à leur travail actuel, aux obstacles auxquels elles sont confrontées et aux domaines dans lesquels elles ont connu le succès. Les invitations sont proposées à toutes les associations médicales africaines qu'elles soient membres de l'AMM ou non.

Le Dr Mungherera a organisé des consultations régionales avec les AMN africaines au Kenya, en Afrique du Sud, en Tunisie et au Nigeria. Les associations médicales d'Afrique du Sud et de Tunisie, notre Président en 2014 et 2015, le Dr Xavier Deau, le Président du Conseil, le Dr Mukesh Haikerwal ainsi que le Président du comité des présidents sortants et présidents de comités, le Dr Dana Hanson ont soutenu cette initiative.

La dernière présidente sortante, la Dre Mungherera, a, entre autres, fait des exposés lors de la 4^e conférence internationale sur la violence dans le secteur de la santé, à Miami du 22 au

24 octobre 2014, à la conférence sur la santé africaine à Londres les 27 et 28 février 2015 et au 6^e Congrès mondial sur la santé mentale des femmes à Tokyo du 22 au 25 mars 2015.

La Dre Mungherera est malheureusement décédée le 4 février dernier, après des années de lutte contre le cancer.

Psychiatre de formation, militante pour la santé publique de nature, elle s'était faite par conviction l'avocate déterminée des peuples d'Afrique en plus d'être un médecin influent à l'échelle mondiale. Plus qu'une collègue, elle était pour nombre d'entre nous une amie, une professeure, une compagne.

Margaret s'est efforcée d'assister à nos réunions lorsque son état le lui permettait. L'AMM lui est profondément reconnaissante de son engagement au sein de notre communauté.

5. RENCONTRE AVEC DES DIRIGEANTS D'ASSOCIATIONS MÉDICALES DE PAYS ARABES

À l'invitation du Président de l'Association médicale du Koweït, qui préside également l'Union médicale arabe, la Présidente du Conseil de l'AMM, Dre Ardis Hoven et le Secrétaire général, Dr Otmar Kloiber ont pu assister à la conférence scientifique de l'Association médicale du Koweït et à la réunion des dirigeants de l'Union médicale arabe, qui se tenaient en parallèle. La Présidente du Conseil a présenté l'AMM à ces derniers, dont la plupart ne sont pas membres de l'Association et les a invités à nous rejoindre. La Présidente du Conseil a ensuite pu participer à une table ronde sur les questions relatives à la fin de vie, durant laquelle les discussions ont principalement porté sur la prestation de soins palliatifs, le refus de prodiguer des soins superflus ou l'arrêt de ces derniers et le respect de la volonté des patients (refus de traitement).

Le Secrétaire général a présenté lors d'une autre réunion les Déclarations de Taipei et de Genève.

6. DETACHEMENTS/STAGES

L'Association médicale danoise a détaché Mme Eva Rahbek auprès du secrétariat de l'AMM pour la session du Conseil qui se tiendra à Riga. Nous avons mis au point un programme de stage avec l'IFMSA depuis 2013 (nous avons accueilli trois stagiaires en 2017, venus respectivement de Pologne, d'Espagne et du Rwanda), avec l'université de Pennsylvanie depuis 2014 (deux stagiaires en 2017) et nous avons lancé un nouveau programme de stage en coopération avec l'université Palack d'Olomouc (République tchèque) l'année dernière (un stagiaire en 2017).

Nous avons lancé en février un appel à deux candidatures auprès des membres de l'IFMSA pour accueillir un stagiaire supplémentaire pour le printemps et l'été 2018 et nous avons accepté deux stagiaires de l'UPENN pour la période de mai à août 2018.

CHAPITRE IV EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE

1. MOBILISATION

En avril 2017, le Conseil a décidé de mettre fin au groupe de travail sur la sensibilisation et de le remplacer par un nouveau panel consultatif chargé de la mobilisation et de la communication avec la mission de proposer des informations et des recommandations en vue :

- d'améliorer la promotion des prises de position et des politiques de l'AMM auprès des associations médicales nationales et des organisations, associations et institutions extérieures concernées ;
- de recommander des stratégies de mobilisation et de communication afin d'accroître la visibilité et l'efficacité des politiques et activités de l'AMM.

Le panel est présidé par le Dr Ashok Zachariah Philip, de l'Association médicale malaise et composé des membres suivants : l'Association médicale israélienne (IsMA), l'Association médicale sudafricaine (SAMA), l'Association médicale espagnole (CGCoM), l'Association médicale américaine (AMA), l'Association médicale japonaise (JMA), le Conseil de l'ordre des médecins français (CNOM) et le Réseau des jeunes médecins (JDN).

2. RÉUNIONS SANS PAPIER

Lors de la 188^e réunion du Conseil, ce dernier a fait savoir qu'il voulait réduire son impact environnemental en supprimant tous les documents imprimés. Depuis la 189^e réunion du Conseil, les documents mis en ligne sur le site Internet avant la réunion ne sont plus fournis en version papier à la réunion. Les membres du Conseil et les responsables doivent télécharger leurs documents à partir de la zone réservée aux membres sur le site Internet de l'AMM et les avoir à la réunion soit sur ordinateur soit sur papier s'ils le souhaitent. Les documents créés lors de la réunion seront disponibles par wifi en ligne ou en version papier. Depuis la 197^e réunion du Conseil, le secrétariat a lancé box.com, un outil de partage et de synchronisation pour les documents officiels de l'AMM. En octobre 2016, l'AMM, réunie en Assemblée générale à Taipei, a décidé de mettre en place des réunions n'utilisant aucun document papier avec une connexion Wi-Fi adaptée.

3. GOUVERNANCE

Un groupe d'étude de la gouvernance a été créé lors de la session du Conseil de Moscou en 2015, il est présidé par le Dr Rutger Jan Van der Gaag. Le groupe de travail a remis son rapport final lors du 207^e Conseil qui a eu lieu à Chicago, après des discussions approfondies. Sur la base de ce rapport, le Secrétaire général a ébauché la version préliminaire d'un nouveau Programme stratégique qui sera examiné lors de la session du Conseil de Riga.

CHAPITRE V : REMERCIEMENTS

Le Secrétariat souhaite remercier les associations membres et les membres individuels pour leur intérêt et leur coopération avec l'AMM et son Conseil au cours de l'année passée. Il remercie également tous ceux qui ont représenté l'AMM dans diverses rencontres et exprime toute sa reconnaissance pour l'aide et la collaboration fournies par les responsables, les rédacteurs de l'association, les conseillers juridiques, les conseillers en relations publiques, les conseillers financiers, le personnel des Membres constituants, les conseillers au Conseil, les Membres associés, les amis de l'Association, les centres de coopération, les organisations partenaires et leurs responsables.

Nous souhaitons en outre saluer les excellentes relations de travail que nous entretenons avec les collègues et experts des organisations internationales, régionales et nationales, qu'elles soient intergouvernementales ou privées. Nous apprécions beaucoup leur volonté et leurs efforts permettant cette coopération.



09.04.2018

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Council 209/Chair of Council Report/Oct2018	Original : anglais
Titre : Rapport de la Présidente du Conseil (octobre 2017 - mars 2018)	
Destination : 209^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : à recevoir

Alors que se rapproche la réunion du Conseil, qui aura lieu à la fin du mois à Riga, je m'accorde une petite pause pour revenir sur la masse de travail abattue par nos membres et par l'AMM au cours du semestre écoulé.

Tout récemment, nous avons signé avec l'Organisation mondiale de la santé, à son siège de Genève, un protocole d'accord qui vient entériner la coopération de nos deux organisations sur des sujets relevant d'une volonté d'action commune : les déterminants sociaux de la santé, la couverture santé universelle et l'amélioration de la préparation aux situations d'urgence. J'adresse des remerciements particuliers à notre Président, le Dr Yoshitake Yokokura et à notre Secrétaire général, le Dr Otmar Kloiber, qui ont œuvré à cet important rapprochement.

Nous avons également mené à terme le processus de réflexion sur les questions relatives à la fin de vie et aux soins palliatifs et je remercie vivement tous les pays qui ont rendu possibles ces rencontres régionales. Je me réjouis que nous puissions nous appuyer sur les fruits de ces discussions pour poursuivre ces travaux à Riga. Personnellement, j'ai eu l'honneur d'assister à la rencontre qui s'est tenue au Vatican et ainsi de bénéficier de l'hospitalité et de la bienveillance dont a fait preuve l'archevêque Vincenzo Paglia, président de l'Académie pontificale pour la vie, à l'endroit de toutes les personnes présentes. La diversité des experts qui sont intervenus, qu'il s'agisse de professionnels de la médecine, de juristes, de spécialistes des soins palliatifs ou de théologiens, a fait de ce moment une expérience extraordinaire. Je remercie tout particulièrement l'Association médicale allemande, qui a mené et porté cet événement important.

Fin novembre j'ai été conviée à assister à la deuxième conférence scientifique organisée par l'Association médicale koweïtienne (KMA). Je m'y suis rendue avec le Dr Kloiber et à l'invitation du Dr Mohammad Al-Mutairi, président de l'Association médicale koweïtienne, nous avons pu rencontrer l'ensemble des dirigeants de l'Association, ce qui nous a donné une excellente occasion de représenter l'AMM dans une région où notre organisation est méconnue.

Plus près de chez moi, j'ai été conviée à prendre la parole lors de la rencontre régionale sur la santé mondiale (*Global Health Meeting*) qui s'est tenue en Ohio. J'ai ainsi pu décrire les travaux de l'AMM dans ce domaine, devant un parterre d'universitaires, d'organisations de santé publique et d'étudiants en médecine et en dentisterie, parmi lesquels de nombreux spécialistes de la santé publique et de la prévention. J'ai pu aborder avec eux la résistance aux antimicrobiens, le rôle de l'ensemble de la communauté médicale et vétérinaire dans la préparation aux situations d'urgence,

le besoin de doter la campagne One Health de programmes éducatifs et de formation qui soient multidisciplinaires et la nécessité de mettre l'accent sur la santé environnementale. La place qu'occupent les travaux de l'AMM dans des défis aussi vertigineux à l'échelle mondiale confirme l'utilité absolue de ses activités.

Enfin, alors que je peaufinais ma préface à une publication consacrée à la santé des femmes dans le monde (*Women's Health in Global Perspective*), se rappelaient à moi tous les obstacles qui continuent d'entraver la prestation de soins de santé adéquats et les besoins cliniques qui menacent toujours la santé de femmes. Les flux migratoires croissants, qu'ils soient causés par des guerres, par les changements climatiques ou la misère, font peser d'autres dangers sur les femmes, qui sont la cible de mauvais traitements, de violences et de privations. Les disparités entre les sexes en matière de santé nous rappellent l'importance de nos travaux pour déjouer les déterminants sociaux de la santé.

Notre rôle de guide dans le domaine de la médecine nous donne à la fois la possibilité et la responsabilité de laisser de côté la politique et de nous concentrer sur les besoins des patients et de nos collègues soignants. À l'heure où nous voici tous réunis, enchantés de l'accueil de nos hôtes à Riga, je ne peux qu'encourager le dialogue, y compris sur les sujets qui nous semblent épineux. Il est toujours salutaire de considérer et d'encourager les opinions minoritaires. Nous sommes extrêmement divers et c'est cette richesse que nous devons célébrer.

Présenté par la Dre Ardis Dee Hoven, Présidente du Conseil, avec mes respectueuses salutations.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : MEC 209/Agenda/Rev/Apr2017 Titre : Ordre du jour du comité d'éthique médicale	Original : anglais
Destination : Comité d'éthique médicale 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note : Cet ordre du jour a été révisé sur les points 3.4	

Jeudi 26 avril 2018

Membres du comité

Dr Andrew W. GURMAN
Dr David O. BARBE
Dr Michael Bryant GANNON
Dr Thomas SZEKERS
Dr Andrew DEARDEN
Dr Mark PORTER
Dr Shuyang ZHANG
Dr Serafin ROMERO
Dr Heidi STENSMYREN (Présidente)

Dr Andreas RUDKJOEBING
Dr Frank-Ulrich MONTGOMERY
Dr Ramin PARSA-PARSI
Dr Ajay KUMAR
Dr Kenji MATSUBARA
Dr Mari MICHINAGA
Dr René HÉMAN
Dr Mzukisi GROOTBOOM

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ardis Dee Hoven, *Présidente du Conseil*
Dr Frank Ulrich Montgomery, *vice-président du Conseil*
Dr Andrew Dearden, *trésorier*

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Yoshitake Yokokura, *Président*
Dr Leonid Eidelman, *Président-élu*
Dr Ketan Desai, *Président sortant*
Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*
Mme Marie Colegrave-Juge, *conseillère juridique*
M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*
Mme Joelle Balfe, *modératrice*
Dr Julia Tainijoki, *conseillère médicale*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

- 1.1 Ouverture de la séance par la Présidente du Conseil
- 1.2 Compte-rendu de la précédente réunion qui s'est tenue à Chicago aux États-Unis du 11 au 14 octobre 2017

Approuver : le compte rendu du Comité d'éthique médicale
(MEC 207/Report/Oct2017)

- 1.3 Remarques d'ouverture de la Présidente du Comité

2. RAPPORT DE SUIVI (ORAL)

3. AFFAIRES EN COURS

3.1 Déclaration sur l'interruption médicale de grossesse

Étudier : le compte rendu oral du groupe de travail
la proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur l'interruption
médicale de grossesse
(MEC 209/Therapeutic Abortion COM REV3/Apr2018)

3.2 Éthique en télémédecine

Étudier : la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'éthique en
télémédecine
(MEC 209/Ethics of Telemedecine COM REV/Apr2018)

3.3 Autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale grave

Étudier : la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur
l'autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale
grave
(MEC 209/Licensing Physicians Fleeing Prosecution COM REV/Apr2018)

3.4 Réunion régionale sur les questions relatives à la fin de vie (ateliers EoL) :

Recevoir : le compte rendu oral du Secrétaire général

le rapport du symposium sur les questions relatives à la fin de vie qui s'est
tenu au Japon en septembre 2017
(MEC 209/End of Life Japan/Apr2018)

le rapport de la rencontre régionale de l'AMM pour l'Afrique sur les
questions relatives à la fin de vie qui s'est tenue au Nigéria en
septembre 2017

(MEC 209/End of Life Nigeria/Apr2018)

le rapport de la rencontre régionale de l'AMM pour l'Amérique du Sud sur les questions relatives à la fin de vie qui s'est tenue au Brésil en 2017

(MEC 209/End of Life Brazil/Apr2018)

le rapport de la rencontre régionale de l'AMM pour Europe sur les questions relatives à la fin de vie en novembre 2017

(MEC 209/End of Life Europe/Apr2018)

4. NOUVEAUX DOSSIERS

4.1 Génétique et médecine

Étudier : la proposition de révision en profondeur de la prise de position de l'AMM sur la génétique et la médecine

4.2 Médicaments biosimilaires

Étudier : la proposition de prise de position de l'AMM sur les médicaments biosimilaires
(MEC 209/Biosimilar Medicinal Products/Apr2018)

5. CLASSIFICATION DES POLITIQUES DE L'AMM DE 2008

Étudier : les recommandations reçues figurant sur le document relatif au comité d'éthique médicale
(MEC 209/Policy Review 2008/Apr2018)

6. L'AMM ET LES DROITS HUMAINS

Recevoir : le compte rendu oral du secrétariat de l'AMM

7. AUTRES DOSSIERS

8. LEVÉE DE LA SÉANCE

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : MEC 207/Report/Oct2017	Original : anglais
Titre : Rapport du Comité d'éthique médicale	
Destination : Comité d'éthique médicale 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Mercredi 11 octobre 2017

Membres du comité

Dr Andrew W. GURMAN

Dr David O. BARBE

Dr Michael Bryant GANNON

Dr Thomas SZEKERS

Dr Andrew DEARDEN

Dr Mark PORTER

Dr Shuyang ZHANG

Dr Serafin ROMERO

Dr Heidi STENSMYREN (*Présidente*)

Dr Andreas RUDKJOEBING

Dr Frank-Ulrich MONTGOMERY

Dr Ramin PARSA-PARSI

Dr Ajay KUMAR

Prof. Leonid EIDELMAN

Dr Kenji MATSUBARA

Dr Mari MICHINAGA

Dr René HÉMAN

Dr Mzukisi GROOTBOOM

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ardis Dee Hoven, *Présidente du Conseil.*

Prof. Dr Frank-Ulrich MONTGOMERY, *Vice-président du Conseil*

Dr Andrew DEARDEN, *trésorier*

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ketan Desai, *Président*

Dr Yoshitake Yokokura, *Président-élu*

Sir Michael Marmot, *Président sortant*

Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*

Mme Marie Colegrave-Juge, *conseillère juridique*

M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*

Prof. Vivienne Nathanson, *modératrice*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

- 1.1 La Présidente du Conseil a ouvert la séance à 8h45 le mercredi 11 octobre 2017.
- 1.2 Le Comité a approuvé le rapport de la réunion précédente, qui s'est tenue à Livingstone, en Zambie (SMAC 206/Report/Apr2017).
- 1.3 Le Dr Thomas SZEKERES a été remplacé par le Dr Herwig LINDNER.

2. RAPPORT DE SUIVI (ORAL)

Le Secrétaire général a récemment souligné l'importance d'intégrer tous les membres dans les discussions sur des questions d'éthique au sein de l'AMM, en particulier ceux qui n'assistent pas régulièrement aux réunions du Conseil ou des Assemblées générales de l'AMM. Les rencontres régionales qui se sont récemment tenues sont un bon moyen d'intégrer ces membres.

Le Dr Kloiber a remarqué qu'un certain nombre de questions importantes émergeaient actuellement, qui pourraient avoir une incidence sur la profession de médecin. Il a ainsi encouragé les membres à présenter des propositions de politiques sur les sujets suivants : l'indépendance clinique, la marchandisation des soins de santé, l'intelligence artificielle, les nouvelles technologies visant à modifier le génome humain et les nanotechnologies.

3. AFFAIRES EN COURS

3.1 Déclaration de Genève

Le Comité a reçu un rapport oral du président du groupe de travail sur la déclaration de Genève, le Dr Ramin Parsa-Parsi. Il a rendu compte de la consultation ouverte qui a eu lieu entre mai et juin cette année et de la réunion du groupe en Suède en septembre. Le conseiller en éthique de l'AMM, le professeur Urban WIESING, a donné un aperçu de l'histoire de la déclaration et a expliqué les modifications proposées par le groupe de travail.

RECOMMANDATION

- 3.2.1 La proposition de révision de la déclaration de Genève de l'AMM (MEC 207/Declaration of Geneva/Oct2017) telle que modifiée, devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour adoption.

Sur la recommandation du Comité, la Présidente du Conseil a accepté de lire la déclaration de Genève au début de chaque session de cérémonie des Assemblées générales à venir. Pour cette année, elle sera lue lors de la clôture de l'Assemblée générale, après l'adoption de la version révisée au cours de la séance plénière. Il a en outre été décidé de présenter la nouvelle version lors de la Conférence mondiale sur la bioéthique, l'éthique médicale et le droit de la santé qui se tiendra sous l'égide de la chaire UNESCO de bioéthique et du 14^e congrès de bioéthique.

3.2 Déclaration sur l'avortement thérapeutique

Le Comité a reçu le rapport oral du Dr Selealo MAMETJA, le président du groupe de travail et a étudié la proposition de déclaration de l'AMM sur l'avortement thérapeutique (MEC 207/Therapeutic Abortion REV2/Oct2017). Le groupe de travail s'était réuni peu avant la réunion du Comité et a proposé des modifications supplémentaires à la politique, en particulier le remplacement du titre « avortement thérapeutique » par « avortement sur avis médical ».

RECOMMANDATION

3.2.1 La proposition de déclaration de l'AMM sur l'avortement thérapeutique (MEC 207/Therapeutic Abortion REV2/Oct2017) devrait être transmise aux Membres constituants pour commentaires.

3.3 Médecine centrée sur la personne

Le Comité a examiné la proposition de prise de position de l'AMM sur la médecine centrée sur la personne (MEC 207/Person Centered Medicine COM REV/Oct2017).

RECOMMANDATION

3.3.1 Le Comité recommande au Conseil de prendre acte des travaux effectués sur le sujet de la médecine centrée sur la personne mais d'abandonner pour l'instant cette politique.

3.4 Mauvais traitements et négligence envers les enfants

Le Comité a examiné la proposition de prise de position de l'AMM sur les mauvais traitements et la négligence envers les enfants (MEC 207/Child Abuse COM REV/Oct2017).

RECOMMANDATION

3.4.1 La proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur les mauvais traitements et la négligence envers les enfants et les commentaires y afférent (MEC 207/Child Abuse COM REV/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour adoption.

3.5 Don d'organes et de tissus

Le Comité a étudié la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur le don d'organes et de tissus (MEC 207/Organ and Tissue Donation COM REV/Oct2017). Le Comité présentera la prise de position au Conseil pour qu'il l'examine, avec une proposition supplémentaire de modification du paragraphe 17 relatif au consentement du donneur en vue d'en clarifier la formulation.

RECOMMANDATION

3.5.1 Le Comité recommande que la prise de position de l'AMM sur le don d'organes et de tissus (MEC 207/Organ and Tissue Donation REV2/Oct2017) soit approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour adoption, en attendant l'accord du Conseil sur la formulation du paragraphe 17 portant sur le consentement du donneur.

3.6 Déclaration d'Hambourg

Le Comité a examiné la proposition de modification mineure de la déclaration d'Hambourg de l'AMM (MEC 207/Declaration of Hamburg/Oct2017).

RECOMMANDATION

3.6.1 La proposition de révision de la déclaration d'Hambourg de l'AMM (MEC 207/Declaration of Hamburg/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour information.

3.7 Proposition de l'AMM pour la création à l'ONU d'un poste de rapporteur sur l'indépendance et l'intégrité des professionnels de santé

Le Comité a étudié la proposition de l'AMM pour la création à l'ONU d'un poste de rapporteur sur l'indépendance et l'intégrité des professionnels de santé (MEC 207/UN Rapporteur/Oct2017) et le rapport oral de Mme Clarisse DELORME, conseillère de liaison de l'AMM, qui a consulté le CICR au sujet de la pertinence de la proposition existante.

RECOMMANDATION

3.7.1 Le projet de révision de la proposition de l'AMM pour la création à l'ONU d'un poste de rapporteur sur l'indépendance et l'intégrité des professionnels de santé (MEC 207/UN Rapporteur/Oct2017) devrait être abandonné et archivé.

3.8 Éthique en télémédecine

Le Comité a étudié la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'éthique en télémédecine (MEC 207/Ethics of Telemedicine/Oct2017).

RECOMMANDATION

3.8.1 La proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'éthique en télémédecine (MEC 207/Ethics of Telemedicine/Oct2017) devrait être remise en circulation auprès des Membres constituants à des fins de commentaires.

3.9 Autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale grave

Le Comité a étudié la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale grave (MEC 207/Licensing Physicians Fleeing Prosecution/Oct2017).

RECOMMANDATION

3.9.1 Le Comité recommande que la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale grave (MEC 207/Licensing Physicians Fleeing Prosecution/Oct2017) soit transmise de nouveau aux Membres constituants à des fins de commentaire.

3.10 Réunions régionales sur les questions de la fin de vie (ateliers EoL)

Le Comité a reçu le rapport oral du Secrétaire général sur la réunion régionale qui s'est tenue au Japon en septembre 2017 en parallèle de la réunion de la CMAAO avec le soutien de l'Association médicale japonaise. Il a souligné que le souhait de la plupart des délégations asiatiques de débattre de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté était très faible, à l'exception de l'Australie et de la Nouvelle Zélande. Il a fait observer qu'aucune des associations médicales qui assistaient à la réunion n'avait adopté une politique visant à appuyer l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté. Il a également relevé qu'en revanche, les discussions sur les traitements inutiles ou le refus de l'acharnement thérapeutique sont fréquentes entre les délégations de la région.

Le professeur Ulrich MONTGOMERY a informé le Comité que la prochaine conférence sur la fin de vie se tiendrait au Vatican en novembre. Il a insisté sur le fait qu'il n'y avait bientôt plus de places disponibles et a invité les membres qui souhaitent y assister à se faire connaître immédiatement auprès de l'Association médicale allemande.

4. L'AMM ET LES DROITS HUMAINS

La conseillère de liaison de l'AMM a évoqué le rapport du Conseil (Council 207/SecGen Report/Oct2017) et a attiré l'attention sur la rencontre qui eu lieu avec le rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé, le Dr Dainius PURAS au sujet de son dernier rapport sur la santé mentale, les droits humains et les attaques contre les professionnels de santé. Le Comité exécutif recommande de l'inviter soit à la prochaine réunion du Conseil, soit à l'Assemblée générale de 2018.

En juillet 2017 a été adopté le traité sur l'interdiction des armes nucléaires, qui est le premier instrument multilatéral légalement contraignant visant le désarmement nucléaire. À l'occasion de l'ouverture à la ratification du traité sur l'interdiction des armes nucléaires à New York le 20 septembre, l'IPPNW, l'AMM, le Conseil international des infirmières et la WFPHA (fédération mondiale des associations de santé publique) ont adopté une résolution commune afin d'exhorter les États membres à ratifier le traité dans les meilleurs délais pour qu'il puisse entrer en application.

5. AUTRES QUESTIONS

5.1 Le Secrétaire général a rappelé au comité que l'AMM disposait de trois politiques relatives à la peine capitale :

- la résolution de l'AMM sur la participation des médecins à la peine capitale ;
- la résolution de l'AMM visant à réaffirmer l'interdiction faite aux médecins de participer à la peine capitale ;
- la prise de position de l'AMM sur la résolution des Nations unies pour un moratoire sur le recours à la peine de mort.

6. LEVÉE DE LA SÉANCE.

La réunion a pris fin à 11 h 40 le mercredi 11 octobre en vue d'un compte-rendu au Conseil.



12.10.2017

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

<p>Document n° :</p> <p>Titre :</p>	<p>MEC 209/Therapeutic Abortion COM REV3/Apr2018</p> <p>Proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur l'interruption médicale de grossesse</p>	<p>Original : anglais</p>
<p>Destination :</p>	<p>Comité d'éthique médicale 209^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018</p>	<p>Actions requises : pour étude</p>
<p>Note :</p>	<p>Dans le cadre de son processus de révision annuelle des politiques, le Conseil qui s'est tenu à Buenos Aires en avril 2016 a permis de conclure que la déclaration de l'AMM sur l'interruption médicale de grossesse devait être légèrement modifiée et réaffirmée. Le secrétariat de l'AMM a proposé une révision lors de la 204^e session du Conseil qui s'est tenue à Taipei en octobre 2016. Le Conseil a décidé de faire circuler cette version auprès des membres de l'AMM pour que ces derniers la commentent. Compte tenu des opinions divergentes dont témoignent les commentaires des membres, le Conseil a nommé un groupe de travail présidé par l'Afrique du Sud. La présente version est la compilation réalisée par le groupe de travail.</p> <p>Lors de sa 207^e session à Chicago en octobre 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de faire circuler la proposition de révision parmi les membres de l'AMM à des fins de commentaires.</p>	

Abréviations :

MA	Membres associés
AMA	American Medical Association (États-Unis)
AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association (Grande-Bretagne)
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins (France)
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
GMA	Bundesärztekammer (German Medical Association, association médicale allemande)
IsMA	Israeli Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
PCPD	Polish Chamber of Physicians and Dentists (Naczelna Izba Lekarska, Pologne)
RDMA	Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas)
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)
TuMA	Turkish Medical Association

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

MA	<p>Les membres associés ont eu une discussion courtoise mais animée sur cette question difficile. Nous pensons que limiter la portée de cette déclaration à l'interruption médicale de grossesse rend plus facile d'aboutir à une conclusion satisfaisante. Les membres associés ne sont divisés que sur un aspect de ce document, il s'agit de la question de l'aiguillage. Nous sommes tous d'accord pour estimer que les médecins qui ne sont pas d'accord ou qui ne sont pas aptes à pratiquer des avortements ne devraient pas avoir à le faire. Certains médecins estiment que l'obligation qui leur est faite d'aiguiller une personne vers un confrère pour une opération qu'ils estiment immorale va à l'encontre de leurs convictions. Ces médecins accepteraient une formulation différente du paragraphe 8 1). Nous proposons une autre solution de remplacement 2) qui définit plus précisément l'interruption médicale de grossesse en utilisant les termes « direct » et « indirect ».</p> <p>D'autres membres associés sont tout aussi convaincus que ces médecins qui estiment avoir une objection morale à l'interruption médicale de grossesse, ont toutefois l'obligation d'aider la patiente à obtenir le traitement médical nécessaire. Ces médecins considèrent que les formulations alternatives autorisent les médecins à se comporter de manière contraire à l'éthique en vertu de croyances morales personnelles qui ne sont pas nécessairement partagées par leur patiente. Ils estiment donc qu'il incombe au médecin opposé à cette pratique de néanmoins aider la patiente à trouver les soins dont elle a besoin. Nous ne soutenons aucune des versions proposées du paragraphe 8 et nous laissons à l'ensemble du Conseil la décision finale sur ce paragraphe.</p> <p>Nous avons proposé d'autres modifications à des fins de cohérence et de clarté.</p>
AMV	<p>Comme nous l'avons souligné précédemment, un établissement médical se doit de protéger et de promouvoir toute vie humaine (née ou non). Étant donnée l'importance des intérêts de la mère, nous ne pouvons accepter l'interruption de la grossesse avant la viabilité du fœtus hors de l'utérus maternel</p>

	qu'en cas de risque pour la vie de la mère ou de grave problème de santé. Cette déclaration minore également le droit du médecin à l'objection de conscience en le forçant à orienter la patiente vers un autre médecin.
BMA	Nous saluons cette proposition de révision qui prend en compte les commentaires que nous avons exprimés sur la version de la 204 ^e session. Nous avons des réserves quant au changement du titre de la déclaration en faveur de « interruption médicale de grossesse », que nous trouvons potentiellement ambigu et qui porte une connotation morale sur les motifs d'interruption de grossesse. Par exemple, certains médecins pourraient prétendre que l'interruption de la grossesse est rarement la seule solution médicale in extremis lorsque les risques posés par la grossesse et à l'accouchement pour la santé de la femme enceinte sont supérieurs aux risques habituels, sans tenir compte des risques inhérents à la grossesse et à l'accouchement pour les femmes ou la situation particulière de la personne et de sa famille (comme lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol). L'Association médicale britannique emploie actuellement le terme « avortement provoqué » et propose qu'il figure dans le titre. <i>Mots clés : Interruption de grossesse, Mère, Respect, Autonomie, Droit fondamental [dans le contexte d'une interruption de grossesse, le terme « mère » peut être considéré comme sensible. Une femme enceinte n'est pas mère tant qu'elle n'a pas donné naissance à un enfant.]</i>
CNOM	Le Conseil national de l'ordre des médecins remercie le groupe de travail pour cette nouvelle version mais ne peut pas soutenir la proposition en l'état.
DMA	L'Association médicale danoise soutient cette proposition de révision de la déclaration. Nous avons deux propositions mineures : Dans le paragraphe 2, nous proposons d'éliminer l'expression « entre la patiente et le médecin » de manière à ce que la phrase se termine par « question médicale ». Et à la lumière de la modification du titre, nous proposons de modifier le terme « avortement thérapeutique » du paragraphe 9 par « interruption de grossesse sur indication médicale ». <i>[Note : ces commentaires ont été ajoutés dans le tableau ci-dessous]</i>
FMA	L'Association médicale finlandaise peut accepter le document révisé. Nous avons un commentaire mineur sur le texte : paragraphe 9 : remplacer le terme « thérapeutique » par « sur indication médicale ». <i>[Note : ce commentaire a été ajouté dans le tableau ci-dessous]</i>
GMA	L'Association médicale allemande (GMA) a proposé quelques corrections (orthographe, typographie) au texte ci-dessous. <i>[Note : ces commentaires ont été ajoutés dans le tableau ci-dessous]</i>
NMA	L'Association médicale norvégienne soutient ce document mais propose une nouvelle recommandation.
PCPD	Les membres de la Chambre polonaise des médecins et des dentistes estiment que les médecins ont le droit d'invoquer l'objection de conscience contre la prestation de certains services médicaux et ces médecins ne sauraient encourir de sanctions disciplinaires ni de discrimination. Leur droit à l'objection de conscience devrait être protégé par la loi nationale en vertu d'une « clause de conscience ». L'interruption de grossesse est l'un des actes médicaux qui est le plus souvent associé à la question de l'objection de conscience. La Chambre polonaise accueille donc avec satisfaction toute référence claire au droit du médecin à invoquer une objection de conscience contre la pratique de l'avortement. Comme l'a déclaré la Cour constitutionnelle polonaise dans son jugement du 7 octobre 2015, dans une procédure lancée par la Chambre polonaise, le médecin n'a pas seulement le droit, mais il a le devoir d'agir selon sa conscience. Il ne peut être demandé à un médecin d'agir contre sa conscience que dans le cas où une assistance médicale retardée pourrait mettre gravement en péril la santé ou la vie. En même temps, la Cour constitutionnelle a déclaré qu'il était contraire à la constitution polonaise d'exiger d'un médecin qui s'oppose à l'avortement qu'il oriente une femme vers un médecin ou un établissement de santé plus enclin à pratiquer une interruption de grossesse. La Cour a conclu que cela contrarierait de manière disproportionnée la conscience du médecin. Un médecin n'a pas l'obligation de recueillir et de fournir des informations sur d'autres médecins qui ne s'opposent pas à la pratique de l'avortement. Le recueil de telles informations par un médecin pourrait en fait contrevenir à d'autres lois. Ces informations doivent être fournies aux patientes par les personnes qui sont chargées de la conduite du système de santé (autorités publiques, gestionnaires d'établissements de santé, fonds national de la santé) et non par les médecins qui s'opposent aux avortements. L'esprit de ce jugement doit être pleinement appuyé. La PCPD propose donc de modifier les points 8 et 9 en supprimant la deuxième phrase et en

	<p>reformulant la troisième phrase du paragraphe 8 et en supprimant le paragraphe 9, qui impose une obligation à tous les médecins quelles que soient leurs convictions éthiques.</p> <p>Dans les cas où l'interruption de grossesse sur indication médicale est légalement autorisée, elle doit être pratiquée par un médecin compétent dans un établissement de santé agréé. Cette opération ne devrait pas être déléguée à d'autres professions de santé. La PCPD propose donc de modifier le point 5 de cette proposition en supprimant la mention à « un autre professionnel de santé ». <i>[Note : les commentaires relatifs aux paragraphes 5, 8 et 9 ont été ajoutés dans le tableau ci-dessous]</i></p>
RDMA	<p>Question préliminaire :</p> <p>Quel est le lien entre la présente proposition de révision et la déclaration d'Oslo de l'AMM sur l'avortement thérapeutique qui figure sur son site internet en ces termes :</p> <p>adoptée par la 24^e Assemblée médicale mondiale à Oslo en Norvège en août 1970 et modifiée par la 35^e Assemblée médicale mondiale, Venise (Italie), octobre 1983 et la 57^e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, octobre 2006</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'AMM demande au médecin de préserver le respect de la vie humaine. 2. Les circonstances mettant en conflit les intérêts d'une mère avec ceux de son enfant à naître engendrent un dilemme et soulèvent le problème de savoir si la grossesse doit être interrompue ou non. 3. La diversité des réponses face à de telles situations est en partie due à la diversité des attitudes vis-à-vis de la vie de l'enfant à naître. C'est une question de conscience et de convictions personnelles qui doivent être respectées. 4. Ce n'est pas le rôle de la profession médicale de déterminer sur ce sujet les règles et attitudes au sujet de l'avortement thérapeutique pour un pays ou une communauté, mais c'est notre devoir de protéger nos patients et sauvegarder les droits du médecin dans la société. 5. Par conséquent, lorsque la loi autorise que l'avortement soit pratiqué, l'intervention devra être réalisée par un médecin compétent dans un établissement agréé par les autorités compétentes. 6. Si les convictions du médecin ne l'autorisent pas à conseiller ou à pratiquer un avortement, il peut se retirer en confiant la continuité des soins médicaux à un confrère qualifié. <p>S'agit-il de la version la plus récente ? Si ce n'est pas le cas, nous ne comprenons pas les modifications apportées à cette déclaration qui devait être « réaffirmée avec quelques modifications mineures ».</p>
SwMA	<p>Le présent document est une proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur l'avortement thérapeutique. La politique actuelle n'est pas complètement claire sur le fait de savoir si elle ne porte que sur les interruptions de grossesse pratiquées pour des raisons médicales ou si elle couvre également les autres situations dans lesquelles une grossesse est interrompue sur demande de la femme enceinte.</p> <p>L'Association médicale suédoise souligne qu'il est de toute première importance que le changement terminologique, de « avortement thérapeutique » à « interruption de grossesse sur indication médicale » dans la version révisée ne saurait être interprété comme le signe que l'AMM s'oppose aux autres types d'interruptions de grossesse, qui ne sont pas strictement motivées par des raisons médicales.</p>

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

N°	Texte proposé : MEC 207/Therapeutic Abortion REV2/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : gras/souligné Retraits : barré Commentaires seulement : [italique]	Révision proposée par : Rapporteur MEC 209/Therapeutic Abortion REV3/Oct2018
Titre	WMA Declaration on Medically-Indicated Abortion	WMA Declaration on therapeutic Medically-Indicated Termination [CNOM]	Interruption médicale de grossesse (<i>la majeure partie de la littérature scientifique soumise à comité de lecture utilise ce terme</i>)
	PRÉAMBULE		
		<i>[New paragraph]:</i> <u>The doctor should always bear in mind that the first moral principle imposed upon him is to respect human life (born and unborn)</u> [AMV]	

<p>1.</p>	<p>Le terme « avortement médical » désigne une interruption de grossesse pour raisons de santé, conformément aux principes de la médecine fondée sur les données probantes et aux bonnes pratiques médicales.</p>	<p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to serious health reasons, in accordance with evidence-based medicine principles and good current clinical practice. [AMV]</p> <p>For the purpose of this declaration medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons, in accordance with evidence-based medicine principles and good clinical practice. [SwMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons <i>[It is necessary to explain the term ‘medically indicated abortion’ (the same holds for therapeutic abortion, since that term is unclear also). Does ‘medically indicated’ include: abortion induced because of the mother’s physical or mental health, of social reasons and to prevent the birth of an affected child?] ...</i> [RDMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons, in accordance with evidence-based medicine medical principles and good clinical practice. [CMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons, in accordance with principles of evidence-based medicine principles and good clinical practice. [GMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons for the mother, in accordance with evidence-based medicine principles and good clinical practice. [CGCM]</p>	<p>Le terme « interruption médicale de grossesse » désigne une interruption de grossesse pour raisons de santé, conformément aux principes de la médecine fondée sur des données scientifiques et aux bonnes pratiques médicales.</p>
-----------	---	---	---

		<p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons ... [IsMA: <i>are you referring to the health of the fetus, mother or both ?</i>]</p>	
<p>2.</p>	<p>L'avortement est une question médicale entre la patiente et le médecin. Les opinions au sujet de l'avortement relèvent de convictions personnelles et de conscience qui doivent être respectées.</p>	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p><i>[Delete paragraph; <u>abortion is not only about "individual conviction and conscience". Medicine has a lot to say concerning fetal life]</u></i> [AMV]</p> <p>Medically-indicated Abortion is a medical matter between the patient and the physician ...[AM]</p>	<p>L'interruption de grossesse est une question médicale entre la patiente et le médecin. Les opinions au sujet de l'interruption de grossesse relèvent de convictions individuelles et de conscience qui doivent être respectées.</p>

		<p>Abortion is a medical matter between the patient and the physician... [DMA]</p> <p>... Attitudes toward abortion are a matter of individual conviction and conscience that mustshould be respected. [BMA]</p> <p><i>[The BMA supports the right of doctors to have a conscientious objection to abortion and believes that such doctors should not be marginalised because of their beliefs. This is, however, a qualified right with some specific limitations. As noted in the new paragraph 8 - to save a woman's life – and, therefore, the term 'should' rather than 'must' would be preferable.]</i> [BMA]</p> <p>AbortionMedically-indicated abortion is a medical matter between the patient and the physician. Attitudes toward abortion are a matter of individual conviction and conscience andvalues that must be respected. [CGCM]</p> <p>Abortion is a medical matter between the patient and the physician. Attitudes toward abortion are a matter of individual conviction and conscience that must be respected. [CNOM]</p>	
<p>3.</p>	<p>Les circonstances dans lesquelles l'intérêt d'une femme peut être opposé à celui de son enfant à naître peuvent créer un dilemme sur le fait de savoir si la grossesse doit être, ou non, interrompue volontairement. La diversité des réponses à cette question est due en partie aux différentes convictions vis-à-vis de la vie du fœtus,</p>	<p>Circumstances where the interest of a woman is in conflict with the interests of her unborn fetus may create a dilemmaraise the question as to whether or not the pregnancy should be deliberately terminated. The diversity of responses attitudesattitudes to such situations is due in part to the diversity of attitudes differing viewsdiffering views towards the woman'sthe woman's autonomy andautonomy and the life of the fetus, for various reasons including cultural, religious and traditional. [SwMA]</p>	<p>Une situation dans laquelle la poursuite de la grossesse à terme peut mettre en danger la patiente peut créer un conflit entre la vie du fœtus et la santé de la femme enceinte. La diversité des réponses à un tel dilemme reflète la variété des normes culturelles, légales, traditionnelles et régionales relatives aux soins de santé à travers le monde.</p>

	<p>pour des raisons qui peuvent être culturelles, religieuses et traditionnelles.</p>	<p>Circumstances where the <u>interest life</u> of a woman is in conflict with the <u>interestslife</u> of her unborn fetus may create a dilemma as to whether or not the pregnancy should be deliberately terminated. The diversity of responses to such situations is due in part to the diversity of attitudes towards the life of the fetus, for various reasons including cultural, religious and traditional. [AMV]</p> <p>Circumstances - where the interest <u>in pursuing a pregnancy which puts the woman's life at risk</u> of a woman is in conflict with the interests of her unborn fetus - may create a dilemma as to whether or not the pregnancy should be deliberately terminated. The diversity of responses to such situations is due in part to the diversity of attitudes towards the life of the fetus, for various reasons including <u>medical,</u> cultural, religious and traditional. [CNOM]</p>	
	<p>RECOMMANDATIONS</p>		<p>RECOMMANDATIONS</p>
<p>4.</p>	<p>Les médecins doivent connaître la législation nationale relative à l'avortement et leurs obligations de compte-rendu. Les lois, normes et pratiques cliniques nationales ayant trait à l'avortement doivent protéger et favoriser la santé des femmes et leurs droits en tant qu'êtres humains, notamment leur consentement volontaire et éclairé, leur autonomie de décision et leurs droits à la confidentialité et la vie privée. Les associations médicales nationales devraient militer pour que les politiques sanitaires nationales défendent ces</p>	<p>Doctors should need to be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements. National laws, norms, standards, and clinical practice related to abortion should must promote and protect women's health and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy. National Mmedical Aassociations should advocate that national health policy upholds these principles. [SwMA]</p> <p>Doctors should be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements. National laws, norms, standards, and clinical practice should promote and protect every person's health related to abortion should promote and protect women's health and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy. National</p>	<p>Les médecins doivent connaître la législation nationale relative à l'interruption de grossesse et leurs obligations de compte-rendu. Les lois, normes et pratiques cliniques nationales ayant trait à l'interruption de grossesse doivent protéger et favoriser la santé des femmes et leurs droits en tant qu'êtres humains, notamment leur consentement volontaire et éclairé, leur autonomie de décision et leurs droits à la confidentialité et à la vie privée. Les associations médicales nationales devraient militer pour que les politiques sanitaires nationales défendent ces</p>

<p>principes.</p>	<p>medical associations should advocate that national health policy upholds these principles. [AMV]</p> <p>Doctors Physicians should be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements. National laws, norms, standards, and clinical practice related to abortion should promote and protect women’s health, <u>dignity</u>, and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy... [AM]</p> <p>Doctors should be aware of local abortion laws <u>and ethical norms</u>, regulations and reporting requirements <u>thereof</u>. National laws, norms, standards, and clinical practice related to abortion should promote and protect women’s health and their human rights, <u>as well as respect</u> voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, <u>maintaining medical</u> confidentiality and privacy. National medical associations should advocate that national health policy upholds, <u>promotes and complies with</u> these principles. [CGCM]</p> <p>Doctors should be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements <u>relating to medically-indicated termination</u>. National laws, norms, standards, and clinical practice related to <u>medically-indicated termination</u> should promote and protect women’s health and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy. ... [CNOM]</p>	<p>principes.</p>
	<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Women who decide to terminate pregnancy should not be punished. National Medical Associations and physicians should speak out against legislation and practices that are in opposition to this</u></p>	

		<p>fundamental right. <i>[It is important that women are not punished if they decide to terminate pregnancy]</i> [NMA]</p>	
<p>5.</p>	<p>Lorsque la loi permet l'interruption médicale de grossesse, l'acte médical doit être réalisé par un médecin compétent ou un autre professionnel de santé conformément aux principes de la médecine fondée sur les données probantes et les bonnes pratiques médicales dans un établissement agréé qui satisfait aux normes médicales applicables.</p>	<p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and good medical practice in an approved facility that meets necessary medical standards. [SwMA]</p> <p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and good current medical practice in an approved facility that meets necessary medical standards. [AMV]</p> <p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with ... [PCPD]</p> <p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with principles of evidence-based medicine principles and good medical practice in an approved facility that meets necessary medical standards. [GMA]</p> <p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and</p>	<p>Lorsque la loi permet l'interruption médicale de grossesse, l'acte médical doit être réalisé par un médecin compétent ou un autre professionnel de santé conformément aux principes de la médecine fondée sur les données scientifiques et les bonnes pratiques médicales dans un établissement agréé qui satisfait aux normes médicales applicables.</p>

		<p>good medical practice in an approved facilityappropriate health centre that meets necessary medical standards. [CGCM]</p> <p>Where the law allows medically indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and good medical clinical practice in an approved facility that meets necessary required medical standards. [AMA]</p>	
6.	<p>Les convictions du médecin comme celles de la patiente doivent être respectées.</p>	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p>The convictions of both the doctors and the patient and physician must be respected. [AM]</p> <p>The convictions of both the doctors and the patient must should be respected. [BMA]</p> <p><i>[See note on para 2.]</i> [BMA]</p> <p>The convictions and values of both the doctors and the patient must be respected. [CGCM]</p> <p><i>[Delete paragraph; combined with 7]</i> [AMA]</p>	<p>Les convictions du médecin comme celle de la patiente doivent être respectées.</p>
7.	<p>Les patients mis dans une situation difficile par leurs convictions morales doivent recevoir un soutien adapté et les traitements médicaux et psychologiques nécessaires.</p>	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p>Patients with moral convictions must be supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatment along with appropriate counselling and spiritual support if desired. [AM]</p> <p>Patients with moral convictions must be supported</p>	<p>Les patientes dont les convictions morales sont opposées à l'interruption médicale de grossesse doivent recevoir le soutien, voire le traitement, médical et psychologique nécessaires et adaptés, <u>ainsi qu'un soutien spirituel adéquat si elles le souhaitent.</u></p>

	<p>appropriately and offered provided with necessary medical and psychological treatment. [BMA]</p> <p>Patients with moral convictions [<i>Is meant: moral convictions against abortion?</i>] must be supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatment. [RDMA]</p> <p>Patients with moral convictions conflicts must be supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatment. [GMA]</p> <p>Patients with moral convictions <u>objections against abortion that need to undergo this treatment</u> must be supported appropriately and provided with necessary the appropriate medical and psychological treatment. [CGCM]</p> <p>Patients and physicians with moral convictions must be respected, supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatments, including psychological support. [AMA]</p> <p>Patients with moral convictions must be supported appropriately and provided with the necessary medical and psychological treatment. [CNOM]</p>	
	<p><u>The doctor must provide pregnant women with adequate, reliable and complete information on the evolution of pregnancy and fetal development. It is not in accordance with medical ethics to deny, hide or manipulate information to influence the mother's decision about the continuity of her pregnancy.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Abordé au point 4 sur le consentement éclairé.</i></p>

8.	<p>Les médecins disposent d'une clause de conscience s'ils sont opposés à l'avortement, mais cette clause ne leur donne pas le droit d'empêcher ou de refuser l'accès à des services d'avortement légaux : en retardant leur prise en charge, ils mettent en danger la santé et la vie des femmes. Dans le cas où il exerce sa clause de conscience, le médecin doit orienter la patiente vers un professionnel de santé qui accepte de pratiquer des interruptions de grossesse et qui est formé pour cela, dans le même établissement ou dans un autre facile d'accès, conformément à la loi nationale. Lorsqu'il n'est pas possible d'orienter la patiente vers un confrère, le médecin objecteur a l'obligation de procéder à une interruption de grossesse sûre ou à tout autre acte médical nécessaire pour préserver la vie de la patiente et éviter toute atteinte à sa santé¹.</p>	<p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, but that right does not entitle them to impede or deny Physicians who, for reasons of conscience, will not perform abortions must never in any way let their personal convictions interfere with or delay a woman's access to lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. In such cases, the physician must without delay refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, the physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman's life and to prevent serious injury to her the woman's health². [SwMA]</p> <p>Individual doctors <u>physicians</u> have a right to conscientious objection to providing medically-indicated abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to lawful medically-indicated abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk...Where referral is not possible, the physician who objects, if capable, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman's life and to prevent serious injury to her health. [AM]</p> <p><i>[Alternative language (1) also proposed for this paragraph, see the general comments at the top of the document:]</i> <u>Individual physicians have a right to conscientious objection to providing medically-indicated abortion, but</u></p>	<p>Les médecins ont le droit d'invoquer une clause de conscience s'ils ne souhaitent ni conseiller ni pratiquer un avortement. Ils peuvent donc se retirer à condition d'assurer la continuité des soins par un collègue qualifié. Dans tous les cas, les médecins ont l'obligation d'effectuer les actes nécessaires pour préserver la vie de la femme enceinte et d'empêcher tout risque grave pour sa santé.</p>
----	--	--	---

¹ Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé 2013).

² Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé, 2012

	<p><u>that right does not entitle those physicians to impede or deny access to lawful medically-indicated abortion services. In such cases, the physician must make the objection known to their patient and leave her free to consult another physician or other health professional. The physician may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague. The objecting physician may also announce publically the refusal to participate in abortion, warning women not to seek abortion services where they are not provided.</u> [AM]</p> <p><i>[Alternative language (2)]:</i> <u>Individual physicians have a right to conscientious objection to providing elective abortions while supporting medically indicated indirect abortions to save the life of mother. However, that right does not entitle those physicians to impede or deny access to lawful elective abortion services. In such cases, the physician must make the objection known to their patient and leave her free to consult another physician or other health professional. The physician may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague. The objecting physician may also announce publically the refusal to participate in elective abortions, warning women not to seek abortion services where they are not provided.</u> [AM]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection <u>to advising or performing an abortion; therefore, they may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague. In all cases, doctors must perform those procedures necessary to save the woman’s life and to prevent serious injury to her health</u> to providing abortion, but that right does not entitle them to</p>	
--	--	--

	<p>impede or deny access to lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. In such cases, the physician must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, the physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman's life and to prevent serious injury to her health. [AMV]</p> <p><i>... Where [Does this mean that if abortion is necessary to save the woman's life or health, that in that case the physician has to perform the abortion nonetheless? If so, it may be better in that situation not to speak of 'abortion', since the aim is not to terminate the pregnancy, but to save the woman's life or to prevent serious injury to her. The abortion is than a consequence of that procedure. A proposal to redefine this therefore is: If, in order to save the woman's life or to prevent serious injury to her health (maternal indication), it is necessary to perform a procedure that results in terminating the pregnancy, the physician who objects to providing abortion has to perform this procedure if referral to another physician is not possible.] ... [RDMA]</i></p> <p>... In such cases, the physician must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, tThe physician who objects, must may not refuse to provide medical care, including to provide safe abortion or</p>	
--	---	--

³ Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé, 2012

	<p>perform whatever procedure is necessary, <u>only when a delay would result in posing danger to life or serious harm</u> to save the woman's life and to prevent serious injury to her health'. [PCPD]</p> <p><i>[Alternatively, the second sentence of point 8 may be amended as follows:]</i> ... In such cases, the physician <u>should inform in due time the patient as well as the physician's employer of the objection to perform abortion</u>, must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law... [PCPD]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, <i>[If the abortion is a medical necessity, then physician should provide that service, so there should be no right to refuse in this case]</i> ... [TuMA]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, but that right does not entitle them <u>to they may not under any circumstances</u> impede or deny access to lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. <i>[Second and third sentences of this paragraph deleted and replaced by:]</i> <u>If the physician's convictions do not allow him or her to advise or perform an abortion, he or she may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague.</u> <i>[CMA: The CMA does not support mandatory referral, as recommended in this draft. We are unaware of any empirical evidence that such an approach is required in order to ensure equitable access to care. However, many physicians will see the obligation to refer</i></p>	
--	---	--

⁴ Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé, 2012

	<p><i>to a willing provider as being morally equivalent to the act of performing the procedure itself.]</i></p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing regarding abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to lawful abortion services healthcare services and professionals equipped to carry out the legal abortion because it delays care for women, putting their health and life at risk. ... Where referral is not possible, the objecting physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman's life and to prevent serious injury to her health⁵. [CGCM]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> <u>Neither physician or hospital personnel shall be required to perform any act that violates personally held moral principles. In general, physicians should refer a patient to another physician or institution to provide treatment the physician declines to offer.</u> [AMA]</p> <p>... In such cases, the physician must should refer the woman ... [IsMA]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to medically-indicated termination lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. In such cases, the physician must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily</p>	
--	--	--

⁵ Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé, 2012

		<p>accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, the physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman's life and to prevent serious injury to her health. <i>[Comment about this last sentence: This is not the case in France: French Medical Ethics Code: Article 18 (article R.4127-18 of the CSP): A doctor may only perform a voluntary termination of pregnancy in accordance with the law. He is always free to refuse to do so and, if so, must inform the person concerned of his decision in accordance with the law and within the timeframe required by law.]</i> [CNOM]</p>	
<p>9.</p>	<p>Les médecins doivent travailler avec la société en vue d'assurer qu'aucune femme ne perd la vie en raison de l'indisponibilité de services d'avortement thérapeutique, même dans des circonstances extrêmes.</p>	<p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life suffers harm because therapeutic abortion services are unavailable, even in extreme circumstances. [SwMA]</p> <p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic medically-indicated abortion and pregnancy services are unavailable, even in extreme circumstances. [AM]</p> <p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic abortion services no person loses his/her life because healthcare centers are unavailable, even in extreme circumstances. [AMV]</p> <p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic medically-indicated abortion services are unavailable, even in extreme circumstances. [RDMA, FMA, CGCM, DMA]</p>	<p>Les médecins doivent travailler avec les institutions et les autorités compétentes pour assurer qu'aucune femme ne subit de préjudice à cause de l'indisponibilité de services d'interruption médicale de grossesse.</p>

⁶ Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé, 2012

		<p><i>[Delete paragraph]</i> [PCPD]</p> <p>Physicians must work with <u>the relevant institutions and authorities</u> society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic <u>medically-indicated</u> abortion services are unavailable, even in extreme circumstances. [GMA]</p> <p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic <u>medically indicated</u> abortion services are unavailable, even in extreme circumstances. [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Public health systems must develop medical care systems that enable medically-indicated abortion in order to avoid putting the pregnant woman's health at risk in cases where this treatment is indicated.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Abordé plus haut.</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>In all his/her actions the doctor is obliged to safeguard the dignity and integrity of the women under his/her care.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Abordé au point 4.</i></p>

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° :	MEC 209/Ethics of Telemedicine COM REV/Apr2018	Original : anglais
Titre :	Proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'éthique en télémédecine	
Destination :	Comité d'éthique médicale 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	Dans le cadre du processus annuel de révision, il a été décidé lors du Conseil qui s'est tenu à Livingstone en avril 2017 de modifier en profondeur la prise de position de l'AMM sur l'éthique en télémédecine . L'association médicale sudafricaine (SAMA) s'est portée volontaire pour prendre en charge ce travail. Lors de sa 207 ^e session à Chicago en octobre 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de faire circuler la proposition de révision parmi les membres de l'AMM à des fins de commentaires.	
Politiques connexes :	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de position de l'AMM sur les principes directeurs pour l'utilisation de la télésanté dans les soins médicaux <i>adoptée par la soixantième Assemblée générale de l'AMM à New Delhi, en Inde, en octobre 2019</i> • Prise de position de l'AMM sur la santé mobile, adoptée lors de la soixante-sixième Assemblée générale de l'AMM à Moscou, en Russie, en octobre 2015 	

Abréviations :

MA	Membres associés
AMA	American Medical Association (États-Unis)
AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association (Grande-Bretagne)
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins (France)
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
IsMA	Israel Medical Association
KMA	Korean Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
NZMA	New Zealand Medical Association (Nouvelle-Zélande)
RDMA	Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas)
SAMA	South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	
BMA	Il serait bienvenu que le document précise sur quel type d'interaction entre médecin et patient il porte, par exemple, est-ce qu'il concerne l'ensemble de la gamme d'applications par téléphone permettant des consultations vidéo ? Si c'est le cas, ce document limite probablement les situations potentielles dans lesquelles ces services pourraient bénéficier à des patients et à l'ensemble du système de soins. <i>[nous avons commenté des paragraphes précis ci-dessous]</i>
CNOM	Le CNOM soutient cette proposition et remercie l'Association médicale sudafricaine pour son excellent travail.
DMA	L'Association médicale danoise soutient cette prise de position très pertinente. Nous avons deux propositions précises : D'abord tout à la fin de la partie 4.1 : nous proposons d'ajouter « accroissant ainsi les inégalités sociales face à la médecine », de façon à obtenir : « les techniques de télémédecine pourraient être trop onéreuses pour certains patients et donc limiter leur accès aux soins, accroissant ainsi les inégalités sociales face à la médecine ». Deuxièmement, dans la partie 7, nous ajouterions « capacités des patients », de façon à obtenir : « la télémédecine doit être adaptée aux capacités des patients et aux contextes locaux, y compris au cadre réglementaire local ». <i>[Note : ces commentaires ont été ajoutés dans le tableau ci-dessous]</i>
FMA	L'Association médicale finlandaise remercie la SAMA pour cette proposition de révision. Nous sommes conscients que la télémédecine n'est pas utilisée, ou pas dans la même mesure, dans tous les pays. Cependant, nous pensons que le recours à la télémédecine augmentera à l'avenir et qu'il constituera une solution de santé viable et économique. Nous proposons donc quelques modifications mineures au texte de manière à prendre en compte cette évolution progressive des pratiques de soin.

KMA	Pour ce qui concerne la responsabilité des médecins, il n'est pas réaliste de leur imposer une obligation de confirmer qu'un patient, un expert médical ou des proches du patient sont capables d'utiliser un système de télécommunication et de dispositifs de télémédecine étant donné qu'il ne s'agit pas là de leur domaine de compétence. Il conviendrait donc de modifier les éléments allant dans ce sens.
NMA	L'Association médicale norvégienne soutient ce document et propose une modification du point 4.1.
NZMA	Nous soutenons globalement cette proposition de révision et n'avons pas de modification précise à recommander. Nous observons toutefois que cette prise de position ne fait pas référence aux consultations dans une juridiction différente de celle où se trouve le patient. Nous pensons qu'il serait utile dans la prochaine version de tenter d'aborder les difficultés et les éventuels écueils des soins de santé et des avis médicaux à longue distance et notamment lorsque médecin et patient se trouvent dans des pays différents.
RDMA	Question préliminaire : L'Association médicale néerlandaise ne voit AUCUN changement dans cette version par rapport à celle qui avait été adoptée en 2007 et qui se trouve sur le site internet de l'AMM. Elles paraissent en tout point semblables. Laquelle est la bonne version ? Commentaire général : Cette prise de position ne fait pas de distinction entre 1) une situation dans laquelle la télémédecine est la seule possibilité et 2) une situation dans laquelle la télémédecine est un choix ou une préférence du médecin alors qu'il a la possibilité de recevoir le patient en consultation. Cette prise de position ne fait ainsi aucune distinction entre ce que l'on PEUT faire et ce que l'on DEVRAIT faire.
SwMA	Nous suggérons d'ajouter une référence aux politiques connexes de l'AMM dans le préambule (la prise de position de l'AMM sur la santé mobile et celle sur les principes directeurs pour l'utilisation de la télésanté dans les soins médicaux). Pour ce qui concerne la terminologie, nous ne sommes pas sûrs que le terme « télémédecine » soit le terme le plus adéquat et le plus actuel. Si ce n'est pas le cas, il pourrait être remplacé par « médecine numérique », « médecine en ligne » ou « techniques numériques de soins de santé » ou quelque chose comme cela ?

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

N°	Texte proposé : MEC 207/Ethics and Telemedicine/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Retraits : barré Commentaires seulement : <i>[italique]</i>	Révision proposée par : Rapporteur MEC 209/Ethics of Telemedicine REV/Apr2018
Titre	Prise de position de l'AMM sur l'éthique en télémédecine		Prise de position de l'AMM sur l'éthique en télémédecine
	DÉFINITION		DÉFINITION
1.	La télémédecine consiste à exercer la médecine à distance. Les interventions, le	Telemedicine is the practice of medicine over a distance and a new patient - physician relation instrument , in	La télémédecine consiste à exercer la médecine à distance. Les interventions, le diagnostic, les

	<p>diagnostic, les décisions thérapeutiques et les conseils reposent sur des données cliniques, sur des documents et sur d'autres supports d'information transmis par des systèmes de télécommunication.</p>	<p>which interventions, diagnostic and treatment decisions and medical recommendations are based on data, documents and other information transmitted through telecommunication systems <u>such as the internet, information networks, mobile telephones, social media or other media not requiring a personal presence of a similar nature as telemedicine refers to both the transfer of data between the physician and the patient and the transfer of data between physicians.</u> [CGCM]</p> <p>Telemedicine is the practice of medicine over a distance, in which interventions, diagnoses, tie and treatment <u>therapeutic</u> decisions, and <u>subsequent treatment</u> recommendations are based on <u>patient</u> data, documents and other information transmitted through telecommunication systems. [AMA]</p>	<p>décisions thérapeutiques et les recommandations quant à un éventuel traitement reposent sur des données cliniques relatives au patient, sur des documents et sur d'autres supports d'information transmis par des systèmes de télécommunication. Le terme « télémédecine » peut s'appliquer à une relation entre un médecin et un patient ou entre deux ou plusieurs médecins et d'autres professionnels de santé.</p>
	<p>PRÉAMBULE</p>		<p>PRÉAMBULE</p>
<p>2.</p>	<p>L'élaboration et la mise en œuvre de technologies d'information et de communication génèrent de nouvelles modalités en matière de soins aux patients. Ces instruments sont des façons différentes d'exercer la médecine. L'adoption de la télémédecine se justifie du fait de sa vitesse et des possibilités qu'elle offre d'atteindre des patients ayant un accès limité à l'assistance médicale, au-delà de sa capacité à améliorer les soins de santé.</p>	<p><i>[WE SUGGEST ANOTHER PARAGRAPH HERE:]</i> <u>The face to face clinical encounter is the paradigm for good Medicine. Doctors will try to protect this important aspect of the patient-doctor relationship.</u> [AMV]</p> <p><i>[Added text:]</i>... <u>It is used for patients who cannot see an appropriate physician because of inaccessibility due to distance, physical disability, employment, family commitments (including caring for others), cost, and physician schedules.</u> [AM]</p> <p>The development and implementation of information and communication technology are creating new modalities for providing care for patients. These <u>new methods of communication with</u> enabling tools <u>that provide new</u> offer different ways of practising medicine. The adoption</p>	<p>L'élaboration et la mise en œuvre de technologies d'information et de communication génèrent de nouvelles modalités en matière de soins aux patients. Le recours à la télémédecine peut servir aux patients qui ne peuvent pas consulter un médecin en temps utile pour des raisons de distance, de handicap physique, de travail, d'engagements familiaux (notamment de soins aux autres), de coûts ou d'emploi du temps du médecin. La télémédecine pourrait offrir un accès aux soins à des patients pour lesquels cet accès est difficile et permettre d'améliorer les soins de santé.</p>

	<p>of telemedicine and other telematic media is justified because of its speed, and its capacity to reachcontact patients with limited access to medical assistance, in addition to its power to improvethe possibility of improving health care. [CGCM]</p> <p>The development and implementation of information and communication technology are creating new ways modalities for providing patient care. care for patients. These enabling tools This continuum of technologies offers new and different ways of practising medicine. The adoption of telemedicine is justified should be encouraged because of its speed, and its capacity to reach patients with limited access to medical assistance, Telemedicine has the potential to in addition to its power to improve health care. [AMA]</p>	
New		La consultation en présence du médecin par un patient demeure la norme à privilégier dans les soins de santé. Le recours à la télémédecine ne permet pas à un médecin d’examiner concrètement un patient et pourrait conduire à un préjudice involontaire.
New		La prestation de services de télémédecine doit être cohérente avec les services rendus en présence du patient et doit être étayée par des données scientifiques.
New	<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Telemedicine is not only a patient - physician communication tool but also a patient - physician relationship tool, therefore distance medicine is a medical action with the same ethical considerations and demands as a medical action in person.</u> [CGCM]</p>	Les principes d’éthique médicale sur lesquels s’appuie la profession s’imposent également à la pratique de la télémédecine.

		<i>[Added paragraph:]</i> . [CGCM]	<i>(réunion des deux nouveaux paragraphes)</i>
3.	Les médecins doivent respecter les directives éthiques suivantes lorsqu'ils pratiquent la télémédecine.	Physicians must respect the following ethical guidelines when practising practicing telemedicine. [RDMA]	.
	PRINCIPES		PRINCIPES
4.	La relation médecin patient et la confidentialité		Les médecins doivent respecter les directives éthiques suivantes dans leur pratique de la télémédecine.
4.1	Une relation directe patient-médecin doit être basée sur une rencontre personnelle et une connaissance suffisante de l'histoire du patient. La télémédecine doit être prioritairement utilisée dans des situations dans lesquelles un médecin ne peut pas être présent physiquement dans un délai raisonnable. Les médecins doivent être conscients que certaines technologies de télémédecine peuvent être trop onéreuses pour des patients et donc hors de leur portée.	<p>The patient-physician relationship must should ideally be based on a personal encounter and sufficient knowledge of the patient's personal history. [SwMA]</p> <p>... Physicians must be aware that not all patients are data literate and that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access. [NMA]</p> <p><i>[Not all patients have the competence to handle the technology needed for performing telemedicine]</i> [NMA]</p> <p>4.1 The patient-physician relationship must be based on a personal encounter and sufficient knowledge of the patient's personal history. Telemedicine must assure that the elements of this personal encounter include the ability to interview, examine, and test, in an appropriately comprehensive manner. It should also provide for the diagnosis and treatment of the identified medical condition. [AM]</p> <p>4.2 Telemedicine should be employed primarily in situations in which an appropriate physician cannot be</p>	Une relation entre patient et médecin doit être basée sur un examen préalable personnel et une connaissance suffisante des antécédents médicaux du patient. La télémédecine doit être prioritairement utilisée dans des situations dans lesquelles un médecin ne peut pas être présent physiquement dans un délai raisonnable. Elle peut également être utilisée pour le suivi d'une maladie chronique ou d'un traitement initial qui s'est révélé sûr et efficace.

	<p>physically presentavailable within a safe and acceptable time period. Physicians must be aware that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access. [AM]</p> <p>... Physicians must be aware that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access and increase social inequality on medicine. [DMA]</p> <p>The patient-physician relationship must be based on a personal encounter and sufficient knowledge of the patient's personal history. <i>[Why is that necessary? What in case this personal encounter has not yet taken place? I would say: is preferably based on a former personal encounter]...</i> [RDMA]</p> <p>... Telemedicine should be employed primarily in situations in which a physician cannot be physically present within a safe and acceptable time period... <i>[This statement does not take account of the other circumstances in which telemedicine could be beneficial. For example, the long-term management of specific conditions where a face to face consultation would not be necessary or where attending for an appointment in person may be difficult for a patient because of reduced mobility.]</i> [BMA]</p> <p>... Telemedicine should be employed primarilycan be employed in increasing number of situations, although in many settings it is primarily used in situations in which a physician cannot be physically present within a safe and acceptable time period... [FMA]</p> <p>The patient-physician relationship must be based on a personal encounter a previous examination and sufficient</p>	<p>(fondé sur des données scientifiques)</p>
--	---	--

		<p>knowledge of the patient’s personal history medical records. Telemedicine should be employed primarily above all in situations in which a physician cannot be physically present within a safe and acceptable time period. Physicians and medical institutions must be aware that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access inaccessible and therefore ineffective for certain patients. [CGCM]</p> <p>The patient-physician relationship must be based on an personal-encounter established through a prior in-personal relationship that provides and sufficient knowledge of the patient’s personal history ... [AMA]</p> <p>... Physicians must be aware that certain telemedicine technologies can generate too important costs for could be unaffordable to patients and hence impede access. [CNOM]</p>	
<p>4.2</p>	<p>La relation médecin patient en télémédecine doit reposer sur une confiance et un respect mutuels. Il est donc essentiel que le médecin et le patient soient en mesure de s’identifier mutuellement lors d’un recours à la télémédecine.</p>	<p>The patient-physician relationship must be based on mutual trust and respect. It is therefore essential that the physician and patient be able to identify each other reliably when telemedicine is employed. [Added text] <u>This should be governed by the same ethical principles that regulate the practise of face-to-face medicine, with the defense of patient rights as well as due respect for healthcare professionals being guaranteed and in the event that the practice of telemedicine refers to a medical team, there must be a physician identified as responsible for the distance medical care.</u> [CGCM]</p>	<p>La relation entre médecin et patient en télémédecine doit reposer sur une confiance et un respect mutuels. Il est donc essentiel que le médecin et le patient soient en mesure de s’identifier mutuellement et de manière fiable lors d’un recours à la télémédecine. En cas de consultation entre deux ou plusieurs professionnels se trouvant dans des juridictions différentes, le médecin principal demeure responsable des soins apportés au patient et coordonne la relation à distance de ce dernier avec l’équipe médicale.</p>

		<i>[Added paragraph:]</i> <u>The use of telemedicine should always be preceded by the express consent of the patient, or, in the case of relatives or close friends with the prior identification of all the persons involved.</u> [CGCM]	<i>(le consentement est abordé ailleurs)</i>
New		<i>[Added paragraph:]</i> <u>In the practice of telemedicine, it is essential to preserve patient confidentiality and privacy. For this, the physician providing telemedicine services must adopt the appropriate technical and management measures to preserve the security of their services and patient rights. These measures must guarantee an appropriate level of the existing risk, in addition to the strictest protection of patient data and compliance with legal regulations on this matter. In any case, the use of telemedicine should guarantee the patient the same levels of protection as face-to-face medicine.</u> [CGCM]	<i>(cet aspect est abordé au point 4.4)</i>
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician will exercise caution to maintain his attitude and image in the use of new social media, especially on the internet and social networks, with language that is appropriate in form and content.</u> [CGCM]	<i>(cet aspect trouverait sa place dans le point traitant des médias sociaux)</i>
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>When telemedicine is implemented by the patient or by their relatives or close friends, they will always be attended and supervised by the physician responsible for their care.</u> [CGCM]	
4.3	Idéalement, la télémédecine doit être utilisée uniquement dans les cas où le patient et le médecin impliqué dans l'organisation ou la fourniture de	Ideally <u>Originally</u> , telemedicine should be ideally <u>was</u> employed only in cases in which a prior in-person relationship exists <u>existed</u> between the patient and the physician involved in arranging or providing the	<i>(retiré : cette question a été abordée plus haut)</i>

	<p>prestations par télémedecine se sont déjà rencontrés.</p>	<p>telemedicine service. <u>With changes in technology, this requirement is less necessary.</u> [AM]</p> <p><i>[This will depend on the needs of a patient, there are some interactions for which there is no specific need for a prior in-person relationship to exist or where a patient may prefer greater anonymity, without this engaging ethical issues.]</i> [BMA]</p> <p>Ideally, <u>In many cases the use of</u> telemedicine should be employed only in cases in which <u>benefits from</u> a prior in-person relationship exists between the patient and the physician involved in arranging or providing the telemedicine service. [FMA]</p> <p>... <i>[Added text:]</i> <u>In emergencies, the use of telemedicine is ethically acceptable.</u> [CGCM]</p> <p><i>[Delete paragraph; this is now in the first paragraph of this section]</i> [AMA]</p> <p>Ideally, <u>but not necessarily,</u> telemedicine should be employed only in cases in which... [CNOM]</p>	
<p>4.4</p>	<p>Le médecin doit avoir pour objectif d’assurer la confidentialité du patient et la sauvegarde des données. Les données obtenues au cours d’une consultation par télémedecine doivent être sécurisées par cryptage et d’autres mesures de sécurité afin d’éviter leur communication à des personnes non autorisées.</p>	<p>The physician must aim to ensure that patient confidentiality and data integrity are not compromised. Data obtained during a telemedical consultation must be secured through encryption and other security precautions must be taken to prevent access by unauthorized persons <u>unauthorized access and breaches of identifiable patient data.</u> [AM]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> <u>The physician and the health institutions where the medicine is practised must take extreme measures to ensure patient confidentiality, secrecy and safety, with special</u></p>	<p>Le médecin doit avoir pour objectif d’assurer la confidentialité, l’intégrité et la conservation des données relatives au patient. Les données obtenues au cours d’une consultation de télémedecine doivent être sécurisées pour éviter qu’elles ne soient consultées par un tiers non autorisé, via des mesures de sécurité perfectionnées conformes à la législation locale. La transmission électronique des informations doit également être sécurisée.</p>

		<p><u>attention to the privacy configuration of the telematic media and encryption of files, personal access codes and security measures of a similar nature.</u> [CGCM]</p> <p>... Data obtained during a telemedical consultation must be secured through encryption and other <u>appropriate security protocols</u> security precautions must be taken to prevent access by unauthorized persons. [AMA]</p> <p>The physician must aim to ensure that patient confidentiality <u>of the information exchanged during the consultation</u> and data integrity are not compromised. [CNOM]</p>	
4.5		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician who practices telemedicine must always consider the principle of patient autonomy and have their informed consent.</u> [CGCM]</p>	<p>Le consentement éclairé du patient suppose que toutes les informations nécessaires relatives aux caractéristiques de la télémédecine lui soient pleinement expliquées, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le fonctionnement de la télémédecine ; • la manière dont se prennent les rendez-vous ; • la protection de la confidentialité des données ; • l'éventualité d'une défaillance technique, y compris des dispositifs de sécurisation des données ; • les protocoles de contact pendant les consultations virtuelles ; • les politiques de prescription, et • la coordination des soins avec d'autres professionnels de santé, de manière claire et compréhensible, sans influencer les choix du patient.

		<i>[Added paragraph:]</i> <u>When patient information is transmitted by telecommunication systems between physicians, the principles of confidentiality and medical secrecy in face-to-face patient-physician relationships must be maintained.</u> [CGCM]	<i>(question abordée ailleurs)</i>
			Les médecins doivent être conscients que certaines technologies de télémédecine peuvent être trop onéreuses pour des patients et donc hors de leur portée. Inequitable access to telemedicine can further widen the health outcomes gap between the poor and the rich.
New 5		<p><u>5. Autonomy of the Physician</u></p> <p><u>5.1 A physician is not obligated to provide treatment or counseling via telemedicine.</u></p> <p><u>5.2 Telemedicine can potentially infringe on the physician’s autonomy owing to 24/7 virtual availability. The physician’s autonomy must take into consideration the limitations of the physician’s ability to advise; provide care remotely; availability and the extent of his or her referrals.</u></p> <p><u>5.3 The physician will exercise discretion regarding whether cases brought for consultation are appropriate for telemedicine. In this context, the physician should consider the degree of prior acquaintance with the patient and his or her medical history. In certain cases, the physician may choose to refer the patient to in-person medical treatment.</u></p>	<p>5. Autonomie du médecin et possibilité de travailler sans être dérangé</p> <p>5.1 Un médecin ne saurait avoir recours à la télémédecine si cela est contraire aux dispositions légales ou éthiques de son pays d’exercice.</p> <p>5.2 La télémédecine peut mettre à mal le besoin du médecin de travailler sans être dérangé du fait d’une disponibilité virtuelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le médecin doit informer ses patients de sa disponibilité et les renvoyer vers d’autres services comme les urgences lorsqu’il n’est pas disponible.</p> <p>5.3 Le médecin doit exercer son autonomie professionnelle pour décider de si une consultation virtuelle serait plus appropriée qu’une consultation en sa présence.</p>

		<u>5.4 A physician may discontinue treatment via telemedicine, at his or her discretion, if he/she believes that the treatment or remote consultation harms the quality of care provided to the patient.</u> [IsMA]	5.4 Le choix de la plateforme de télémédecine utilisée relève de l'autonomie et de la discrétion du médecin.
(New 6)	Responsabilités du médecin		6. 6. Responsabilités du médecin
5.1 (start 6.1)	Un médecin dont on demande les conseils par télémédecine doit également conserver les détails des conseils fournis ainsi que les données et les autres informations sur lesquels ses conseils sont basés.	<p>A physician whose advice is sought through the use of telemedicine shouldmust keep a detailed record of the advice he/she delivers as well as the information he/she received and on which the advice was based. [SwMA]</p> <p>A physician whose advice is sought through the use of telemedicine systems should keep a detailed record of the advice he/she delivers as well as the information he/she received and on which the advice was based. [CGCM]</p> <p>A physician whose advice is sought through the use of telemedicine should keep a detailed record of the advice he/she delivers as well as the information he/she received and on which the advice was based <u>in order to ensure traceability.</u> [CNOM]</p>	Un médecin dont on demande les conseils via une application de télémédecine doit également conserver le détail des conseils fournis ainsi que les données et les autres informations sur lesquels ses conseils sont basés pour assurer le suivi de la thérapie.
5.2	Le médecin a pour obligation de s'assurer que le patient et les professionnels de santé ou les membres de la famille sont capables d'utiliser le système de télécommunication nécessaire et les instruments qui s'y rapportent. Le médecin doit assurer que le patient a compris les conseils et les propositions de traitement donnés et que la continuité des soins est garantie.	<p>It is the obligation ofThe physician need to ensure that the patient and the health professionals or family members caring for the patient are able to use the necessary telecommunication system and necessary instruments... [SwMA]</p> <p>... The physician, <u>as in any other patient-physician encounter,</u> must seek to ensure that the patient has understood the advice and treatment suggestions given</p>	Si la décision est prise d'avoir recours à la télémédecine, il convient d'assurer que les utilisateurs (qu'ils soient patients ou professionnels de santé) sont capables d'utiliser le système de communication nécessaire. Le médecin doit veiller à ce que le patient ait compris les conseils et les propositions de traitement donnés et à garantir la continuité des soins.

		<p>and that the continuity of care is guaranteed. [AM]</p> <p>It is the obligation of the physician to ensure <i>[Only in case that this patient is his/her responsibility and that the physician exclusively is reachable trough telecommunication.</i></p> <p><i>Part from that: what does this obligation actually mean? It seems unreasonable and impossible that the physician has to buy / provide for the telecommunication system and necessary instruments for the patient.]... [RDMA]</i></p> <p>... The physician must seek to ensure that the patient has understood the advice and treatment suggestions given and that the continuity of healthcare is guaranteed. [CGCM]</p> <p>... The physician must seek to ensure that the patient has understood the advice and treatment suggestions given and take steps to promote continuity of care. that the continuity of care is guaranteed. [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician must always inform the patient of the risks of telemedicine services regarding the security of their data, their privacy and the measures adopted to protect them. He/She will also inform the patient about the data stored in his/her medical records and the security measures for protection and custody thereof. Likewise, the circumstances and deadlines for deleting this data must be foreseen.</u> [CGCM]</p>	
<p>5.3</p>	<p>Le médecin demandant les conseils d'un confrère ou un second avis demeure responsable du traitement, des décisions et des recommandations donnés au patient.</p>	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p>... <i>[Added text:]</i> <u>If the second opinion is requested of another physician through a telecommunications system, the privacy and confidentiality of the patient's</u></p>	<p>Un médecin qui demande les conseils d'un confrère ou un second avis demeure responsable du traitement, des décisions et des recommandations donnés au patient.</p>

		<u>clinical and personal details should also be safeguarded in this system.</u> [CGCM]	
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician must adopt measures to prevent unauthorised access to communications in telemedicine in order to protect confidentiality and contents.</u> [CGCM]	<i>(question abordée ailleurs)</i>
5.4	Un médecin doit être conscient des difficultés spécifiques et des incertitudes éventuelles lorsqu’il est en contact avec le patient par le biais d’un moyen de télécommunication et en tenir compte. Un médecin doit être préparé à recommander un contact direct patient-médecin s’il juge que la situation l’impose.	<p>A The physician should be aware of and respect the special difficulties and uncertainties that may arise when he/she is in contact with the patient through means of tele-communication. A The physician must be prepared to recommend direct patient-doctor contact when he/she feels that the situation calls for it. [SwMA]</p> <p>... A physician must be prepared to recommend direct patient-doctor contact when he/she feels that the situation calls for it <u>appropriate and necessary.</u> [AM]</p> <p>A physician should be aware of and respect the special difficulties and uncertainties that may arise when <u>using telemedicine technologies.</u> he/she is in contact with the patient through means of tele-communication. A physician must be prepared to recommend direct patient-doctor contact when he/she <u>believes it is in the patient’s best interests.</u> feels that the situation calls for it. [AMA]</p>	Un médecin doit être conscient des difficultés spécifiques et des incertitudes éventuelles qui se posent lorsqu’il est en contact avec le patient par télécommunication et en tenir compte. Il doit être prêt à recommander une consultation en sa présence s’il estime qu’elle est dans l’intérêt du patient.
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician must make sure that they are aware of, and meet, any relevant licensing requirements that may exist under the circumstances. This might include those in the jurisdiction where the physician is located, as well as the jurisdiction where the patient is located.</u> [CMA]	Les médecins ne sauraient pratiquer la télémédecine que dans les pays/juridictions pour lesquels ils disposent d’une autorisation d’exercer. Les consultations interjuridictions ne peuvent être autorisées qu’entre deux médecins.

			Les médecins doivent assurer que leur responsabilité civile professionnelle couvre la pratique de la télémédecine.
6. <i>New</i> 7	Qualité des soins		6. Qualité des soins
6.1 <i>start</i> 7.1	Il convient d'évaluer constamment la qualité des soins afin d'assurer les meilleurs diagnostic et traitement possible par la télémédecine.	<p>QualityHealthcare quality assessment measures must be used regularly to ensure patient security and the best possible diagnostic and treatment practices andduring telemedicine procedures. Quality must be the cornerstone of communications in telemedicine. Information regarding professional practice should always be clear and understandable and should be disseminated respecting the deontological principles that should prevail in all areas. [CGCM]</p> <p>... [Added text]: The delivery of telemedicine services must follow evidence-based practice guidelines to the degree they are available, to ensure patient safety, quality of care and positive health outcomes. [AMA]</p>	Il convient d'évaluer régulièrement la qualité des soins dispensés par télémédecine afin d'assurer la sécurité du patient et les meilleurs diagnostic et traitement possibles. La prestation de services de soins par télémédecine doit respecter les principes d'une pratique fondée sur les données scientifiques disponibles afin d'assurer la sécurité du patient et la qualité des soins aux fins d'une amélioration de l'état de santé de ce dernier. Comme pour toutes les interventions de santé, l'efficacité, l'efficience, la sécurité, la faisabilité et le rapport qualité-prix de la télémédecine doivent être évalués.
6.2	Les possibilités et les faiblesses de la télémédecine dans les cas d'urgence doivent être connues. Si la télémédecine est indispensable dans un cas d'urgence, les conseils et les propositions de traitement seront fonction du niveau de risque pour le patient, du savoir-faire et des capacités des personnes qui entourent le patient.	<p>... If it is necessary to use telemedicine in an emergency situation, the advice and treatment suggestions are influenced by the level of threat toseverity of the patient's medical condition and the know-how and capacity of the persons who are with the patient. [SwMA]</p> <p>... are influenced by the level of threat to the patient and the know-how and capacity of the persons who are with the patient. [What does this mean for the physician's responsibility?] [RDMA]</p> <p>The possibilities and weaknesses of telemedicine in</p>	Il convient d'identifier dûment les avantages et les inconvénients de la télémédecine dans les situations d'urgence. S'il est indispensable de recourir à la télémédecine dans un cas urgent, les conseils et les propositions de traitement dépendront de la gravité de l'état du patient et du savoir-faire et des capacités des personnes qui entourent le patient. Les structures qui proposent des services de télémédecine doivent établir des protocoles d'aiguillage vers des services d'urgence.

		<p>emergencies must be duly identified acknowledged. If it is necessary to use telemedicine in an emergency situation, the advice and treatment suggestions must be proportional. are influenced by the level of threat to the patient and the know-how and capacity of the persons who are with the patient They will be adapted both to the patient's level of vital risk and to the knowledge and healthcare capabilities of the people with the patient. [CGCM]</p> <p>... If it is necessary to use telemedicine in an emergency situation, the advice and treatment suggestions are influenced by the level of threat to the patient and the competencies know-how and capacity of the persons who are with the patient. <i>[Added text]:</i> Entities that deliver telemedicine services must establish protocols for referrals for emergency services. [AMA]</p>	
	<p>RECOMMANDATION</p>	<p>RECOMMENDATIONS [AMA]</p>	<p>RECOMMENDATIONS</p>
<p>7.</p>	<p>La télémédecine doit être adaptée aux contextes locaux, y compris au cadre réglementaire local.</p>	<p>Telemedicine should be tailor-made appropriately adapted to local contexts including regulatory frameworks. [SwMA]</p> <p><i>[Added paragraph:]</i> Physicians and other health care professionals should be involved in the development of telemedicine tools, to ensure usability and that the tools meet health care needs. Physicians and other health care professionals should also receive sufficient education to ensure appropriate and efficient use of telemedicine tools. [SwMA]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> Telemedicine should accommodate local cultures and traditions with international, national and regional regulatory controls to assure standards of quality medical care. [AM]</p>	<p>La télémédecine doit être adaptée aux cadres réglementaires locaux, ce qui peut comprendre l'obtention de licence pour les plateformes de télémédecine, dans l'intérêt des patients.</p>

		<p>Telemedicine should be tailor-made to patient competencies and local contexts, including regulatory frameworks. [DMA]</p> <p>Telemedicine should be tailor-made to local contexts including and should include regulatory frameworks. [CGCM]</p> <p><i>[This paragraph with the following changes should be the third item (currently numbered 9.) of the section “RECOMMENDATIONS”; see below about the next items:]</i> Telemedicine should be tailor-made adhere to local medical practice laws and contexts including regulatory frameworks. [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph]:</i> <u>NMAs will guarantee disciplinary procedures against physicians who violate the ethical and deontological norms of the place where they exercise remote, electronic communications regardless of the place and country in which the patient with whom they are related is located.</u> [CGCM]</p>	
<p>8.</p>	<p>L’AMM et les Associations médicales nationales doivent encourager la mise en place d’une législation nationale et d’accords internationaux sur des sujets relatifs à la pratique de la télémédecine.</p>	<p>The WMA and National Medical Associations should encourage the development of national legislation and international agreements on subjects related to the practice of telemedicine-, <u>while protecting the patient-physician relationship, confidentiality, and quality of medical care.</u> [AM]</p> <p><u>Where appropriate,</u> the WMA and National Medical Associations should encourage the development of national legislation and international agreements on subjects related to the practice of telemedicine. [FMA] <i>[FMA notes that separate legislation for the practice of telemedicine is not always necessary since it is covered by</i></p>	<p>Le cas échéant, l’AMM et les associations médicales nationales devraient encourager l’élaboration de normes éthiques, de guides pratiques, de législations nationales et d’accords internationaux sur des sujets relatifs à la télémédecine, tout en protégeant la relation entre médecin et patient, la confidentialité et la qualité des soins médicaux.</p>

		<p><i>general legislation on practice of medicine.]</i></p> <p><i>[This paragraph with the following changes should be the fourth item (currently numbered 10.) of the section “RECOMMENDATIONS”; see below about the next items:]</i> The WMA and National Medical Associations should encourage the development of national legislation, practice guidelines, and international agreements on subjects related to the practice of telemedicine. [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> National Medical Associations should urge prevention of outside agencies limiting patient and physician choice of the specific technology utilized, as long as it complies with national and regional regulation and law. [AM]</p>	
9.	Comme toutes les autres pratiques médicales, la télémédecine doit s’appuyer sur des données scientifiques.	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p><i>[This paragraph with the following changes should be the fifth item (currently numbered 11.) of the section “RECOMMENDATIONS”; see below about the next items:]</i> The delivery of telemedicine services must be consistent with in-person services and Similar to all other medical practices, telemedicine must be backed up supported by evidence. [AMA]</p>	<i>(déplacé dans le préambule et les autres recommandations)</i>
10.	La télémédecine ne saurait être considérée comme une alternative bon marché aux soins de santé en présence du médecin.	<p>Telemedicine mustshould not be viewed as a cost-effective substitute forequal to face-to-face healthcare and should not be introduced solely to cut costs. [SwMA]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> While physicians and supporting institutions need adequate compensation, telemedicine should not be used as an intentional way to increase earnings and thereby increase cost to the medical system. [AM]</p>	La télémédecine ne devrait pas être considérée comme équivalente aux soins dispensés en personne et ne devrait pas être utilisée dans le seul but de diminuer les coûts ou comme une incitation perverse à offrir des services superflus et à accroître les revenus des médecins.

		<p><i>[This statement presumably seeks to protect against inappropriate substitutions of telemedicine for face-to-face healthcare on cost grounds alone. As currently drafted however, it could also be interpreted as ruling out switching the method of delivery where it might be cost-effective and either have no substantive impact on the quality of care offered or be beneficial to the patient.]</i> [BMA]</p> <p>Telemedicine must not be viewed as a can be a cost-effective substitute option but it must not hinder patient's access to face-to-face healthcare where needed. [FMA]</p> <p>Telemedicine must not be viewed solely as a cost-effective substitute for face-to-face healthcare. [CGCM, AMA]</p> <p><i>[This paragraph with the above change should be the sixth item (currently numbered 12.) of the section "RECOMMENDATIONS"; see below about the next items]</i></p> <p><i>[Added text:]</i> <u>In addition to enabling immediate access to certain patients, it makes it possible to cut waiting times for healthcare.</u> [CGCM]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Physician relationships and collegiality depend upon educational changes addressing the appropriate use of telemedicine and the courtesies surrounding referrals.</u> [AM]</p>	<p>Le recours à la télémédecine exige que la profession identifie explicitement les conséquences de cette technique sur les relations collégiales et les modèles d'aiguillage, et les gère au mieux.</p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>New technologies and styles of practice integration may require new guidelines and standards.</u> [AM]</p>	<p>L'intégration des nouvelles techniques et pratiques pourrait exiger l'élaboration de nouveaux principes et de nouvelles normes.</p>

<p>11.</p>	<p>Les médecins doivent promouvoir des stratégies éthiques de télémédecine qui favorisent l'intérêt des patients.</p>	<p>Physicians should lobby for also maintain the principles of medical ethics when practicing ethical telemedicine strategies in the best interest of patients. [CGCM]</p> <p><i>[Move this paragraph with the following changes to the first item (currently numbered 7.) of the section "RECOMMENDATIONS":] Physicians should lobby for ethical telemedicine strategies practices that are in the best interests of patients. [AMA]</i></p>	<p>Les médecins doivent promouvoir, en matière de télémédecine, des stratégies éthiques qui favorisent l'intérêt des patients.</p>
<p>12.</p>	<p>Le principe de consentement éclairé du patient exige que les patients reçoivent toutes les informations nécessaires concernant la consultation par télémédecine, c'est-à-dire son fonctionnement, la manière de prendre rendez-vous, les questions de confidentialité, les risques de défaillance technique, y compris la divulgation d'informations confidentielles, les protocoles de contact pendant les consultations virtuelles, les politiques relatives aux prescriptions et la coordination des soins avec d'autres professionnels de santé, le tout de manière claire et compréhensible, sans influencer les choix du patient.</p>	<p><u>The patient must consent to the use of telemedicine.</u> Proper informed consent requires that all necessary information regarding the telemedicine visit be explained fully and in a clear and understandable manner, to patients including explaining how telemedicine works, how to schedule appointments, privacy concerns, the possibility of technological failure including confidentiality breaches, protocols for contact during virtual visits, prescribing policies, and coordinating care with other health professionals in a clear and understandable manner, without influencing the patient's choices. [SwMA]</p> <p>... confidentiality breaches <i>[Why? What does this mean for the physician if this is beyond his control (as it in fact often is...)?]</i>... [RDMA] ... without influencing the patient's choices <i>[And if the patient does not agree, does the physician have the obligation to offer a face-to-face consult?]</i>... [RDMA]</p> <p><i>[Added text:]</i>... <u>This information may be provided by physicians, technology providers, hospitals, academic centers, medical practice administrators and others involved in providing care to the patient.</u> [AM]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> <u>The use of</u></p>	<p><i>(déplacé entre 4 et 5)</i></p>

	<p><u>telemedicine should always be conditional based on the existence of adequate information and patient consent. The functioning of telecommunication systems, the means to request medical attention, the possible risks of their use, the contact protocols during virtual visits, the means of prescription and the coordination of care with other health professionals should always be transmitted in a clear and understandable way without influencing patient decisions.</u> [CGCM]</p> <p><i>[Move this paragraph with the following changes to the second item (currently numbered 8.) of the section "RECOMMENDATIONS":] Proper informed consent requires that all necessary information regarding the <u>distinctive features of telemedicine</u> visit be explained fully to patients including, but not limited to:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • explaining how telemedicine works, • how to schedule appointments, • privacy concerns, • the possibility of technological failure including confidentiality breaches, • protocols for contact during virtual visits, • prescribing policies, and • coordinating care with other health professionals in a clear and understandable manner, without influencing the patient's choices. <p>[AMA]</p>	
--	---	--

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° :	MEC 209/Licensing of Physicians Fleeing Prosecution COM REV/Apr2018	Original : anglais
Titre :	Proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale grave	
Destination :	Comité d'éthique médicale 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie Du 26 au 28 avril 2018	Actions requisies : pour étude
Note :	Dans le cadre du processus annuel de révision de ses politiques, le Conseil, réuni à Livingstone en avril 2017, a décidé que la prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale grave devait être révisée en profondeur. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM, France) s'est porté volontaire pour prendre en charge ce travail. Lors de sa 207 ^e session à Chicago en octobre 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de faire circuler la proposition de révision parmi les membres de l'AMM à des fins de commentaires.	

Légende :

Abréviations :

AMA	American Medical Association (États-Unis)
-----	---

AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association (Grande-Bretagne)
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CMA	Canadian Medical Association
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
GMA	Bundesärztekammer (German Medical Association, association médicale allemande)
MA	Membres associés
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
RDMA	Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas)
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	
MA	Il semble que les paragraphes 3 et 5 ne soient pas cohérents : le paragraphe 3 porte sur les médecins qui ont été reconnus coupables, alors que le paragraphe 5 concerne ceux qui sont accusés d'avoir commis une infraction. Cette incohérence devrait soit disparaître soit être expliquée plus précisément. Le pays d'accueil devrait avoir la possibilité d'évaluer en toute indépendance les charges qui pèsent contre le médecin pour s'assurer qu'elles sont valables et qu'elles n'ont pas été inventées à des fins politiques. Nous soutiendrons ce document une fois résolue l'incohérence entre le paragraphe 3 et le paragraphe 5.
AMA	La prise de position telle que rédigée contient trop de termes et de concepts qui ne sont pas définis. Dans le texte, les termes « allégations » et « condamnations » sont utilisés indifféremment alors qu'ils recouvrent des réalités très différentes. Pour recentrer le propos, nous avons éliminé les idées de crimes de guerre et d'allégations de crimes. Si nous le souhaitons, nous pourrions rédiger un document séparé sur l'autorisation d'exercer des médecins condamnés pour crimes de guerre ou crimes contre l'humanité, mais nous ne devrions pas faire coexister ces crimes avec les condamnations portant sur d'autres types d'infractions. Nous proposons de modifier le titre de cette prise de position au profit de : Prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins faisant l'objet de condamnations criminelles.
AMV	Le document est accepté tel quel.
BMA	Dans l'ensemble nous soutenons l'esprit de ce document. Cependant en Grande-Bretagne il n'appartient pas à l'association médicale nationale d'assurer qu'un médecin étranger puisse exercer au Royaume-Uni, la responsabilité des autorisations d'exercer incombant à un organe réglementaire, le GMC. Cette prise de position devrait être renforcée : tout organisme chargé de délivrer aux médecins les autorisations d'exercer devrait avoir l'obligation de mener toutes les enquêtes nécessaires, dans la mesure du raisonnable, auprès du (ou des) pays dans lequel un médecin a

	obtenu le droit de pratiquer la médecine.
DMA	L'Association médicale danoise (DMA) n'a pas de commentaire sur le présent document.
FMA	L'Association médicale finlandaise (FMA) soutient la révision du présent document. Nous avons ajouté dans le tableau ci-dessous quelques commentaires sur le texte.
GMA	L'Association médicale allemande (GMA) a proposé quelques corrections (orthographe, typographie) au texte ci-dessous. <i>[Note : dans le tableau]</i> <i>Mots clés : Crime, Autorisation, Associations médicales, Autorisation d'exercice de la médecine, Poursuites, Procureur, Règlementation</i>
NMA	L'Association médicale norvégienne soutient le document tel quel.
RDMA	1) La présente prise de position n'est pas cohérente quant aux infractions qu'elle vise : parfois il est question « d'infractions pénales graves », d'autres fois il est question de « crimes de guerre et de crimes contre l'humanité ». Il serait préférable d'adopter une formulation cohérente. 2) Attention, être accusé de quelque chose (la culpabilité reste à déterminer), ce n'est pas être reconnu coupable de quelque chose. Est-il admissible de refuser à un médecin le droit d'exercer s'il n'est pas sûr qu'il soit coupable de ce dont il est accusé ?

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

N°	Texte proposé : MEC 208/Licensing of Physicians Fleeing Prosecution/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : gras/souligné Retraits : barré Commentaires seulement : <i>[italique]</i>	Révision proposée par : Rapporteur MEC 209/Licensing of Physicians Fleeing Prosecution REV/Apr2018
Titre	Proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins poursuivis pour infraction pénale	Prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins faisant l'objet de condamnations criminelles [AMA]	Prise de position de l'AMM sur l'autorisation d'exercer des médecins condamnés pour crimes graves
	PRÉAMBULE	PRÉAMBULE	PRÉAMBULE
1.	Les médecins ont le devoir éthique d'œuvrer pour le bien de leurs patients. Les médecins poursuivis pour infraction pénale grave ou	Les médecins ont le devoir éthique d'œuvrer pour le bien de leurs patients. Les médecins poursuivis pour ayant participé à des infractions pénales graves, des	Les médecins ont le devoir éthique d'œuvrer pour le bien de leurs patients. Les médecins jugés coupables de crimes graves, notamment de

	<p>ayant participé à des crimes de guerre ou crimes contre l'humanité, ont une pratique qui entre en infraction avec l'éthique médicale, les droits de l'homme et le droit international. Les médecins dans de telles situations ne sont pas dignes d'exercer la médecine.</p>	<p>crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ont une pratique qui contrevient à l'éthique médicale, aux droits humains et au droit international. Les médecins qui se trouvent dans de telles situations ne sont pas dignes d'exercer la médecine. [AM]</p> <p>Les médecins ont le devoir éthique d'œuvrer pour le bien de leurs patients. Les médecins poursuivis pour coupables d'infractions pénales graves, ou ayant participé à notamment de crimes de guerre ou de crimes contre l'humanité ont une pratique qui entre en infraction avec ont recouru à des pratiques qui contreviennent à l'éthique médicale, les droits humains et le droit international. Les médecins qui se trouvent dans de telles situations ne sont pas dignes d' et à ce titre sont indignes d'exercer la médecine. [SwMA]</p> <p>Les médecins ont le devoir éthique d'œuvrer pour le bien de leurs patients. Les médecins poursuivis pour ont participé à [qu'ils soient poursuivis ne signifient pas qu'ils soient coupables. Nous préférons donc une autre formulation] des infractions pénales graves, [qu'entend-on par « infractions pénales graves » ?] ou ayant participé à des infractions pénales graves, des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ont une pratique qui contrevient à l'éthique médicale, aux droits humains et au droit international... [RDMA]</p> <p>Les médecins qui se trouvent dans de telles situations ne sont pas dignes d'exercer éligibles à l'exercice de la médecine. [FMA]</p> <p>Les médecins qui se trouvent dans de telles situations ne sont pas dignes d'exercer la médecine. (faute</p>	<p>génocide, crimes de guerre ou crimes contre l'humanité* ont contrevenu à l'éthique médicale, les droits humains et le droit international et à ce titre sont indignes d'exercer la médecine.</p> <p>En raison du principe de présomption d'innocence, seuls les médecins qui ont été jugés coupables devraient être déclarés indignes d'exercer la médecine.</p> <p><u>Note de bas de page :</u> *tels que définis par le Statut de Rome de la Cour pénale internationale</p>
--	--	---	--

		<p>d'orthographe en anglais) [GMA]</p> <p><i>[Paragraphe non numéroté]</i> Les médecins poursuivis condamnés pour infraction pénale grave ou ayant participé à des crimes de guerre ou crimes contre l'humanité, ont une pratique qui entre en infraction avec ayant recouru à des pratiques qui contreviennent à l'éthique médicale, aux droits humains ou au droit international ne devraient pas être autorisés à exercer la médecine. Les médecins dans de telles situations ne sont pas dignes d'exercer la médecine. [AMA]</p>	
	RÉFLEXION	<p>RÉFLEXION [GMA] DISCUSSION [AMA]</p>	DISCUSSION
2.	<p>Les médecins sont, quel que soit leur pays d'exercice, soumis aux conditions d'exercice requises par ce pays. Les médecins qui demandent une autorisation d'exercice doivent justifier de leur aptitude professionnelle à la fois technique et morale auprès des organismes habilités à délivrer ces autorisations.</p>	<p>Les médecins sont, quel que soit leur pays d'exercice, soumis aux conditions d'exercice requises par ce pays. Il incombe à la personne sollicitant l'autorisation d'exercer la médecine de démontrer qu'elle possède toutes les qualités requises pour cette fonction. Les médecins qui demandent une autorisation d'exercice doivent justifier de leur aptitude professionnelle à la fois technique et morale auprès des organismes habilités à délivrer ces autorisations. [SwMA]</p> <p>Les médecins qui demandent une autorisation d'exercice doivent justifier de leur aptitude professionnelle à la fois technique et morale <i>[il est très difficile de prouver que vous N'AVEZ PAS fait quelque chose. Quelles modalités le groupe de travail envisage-t-il pour ce faire ?]</i> [RDMA]</p> <p>Les médecins sont, quel que soit leur pays d'exercice, soumis aux conditions d'exercice requises par ce pays. (modification ne concernant que l'anglais) [CMA]</p>	<p>Les médecins sont, quel que soit leur pays d'exercice, soumis aux conditions d'exercice requises par ce pays. Il incombe à la personne sollicitant l'autorisation d'exercer la médecine de démontrer qu'elle possède toutes les qualités requises pour cette fonction.</p>

		<p>Les médecins qui demandent une autorisation d'exercice doivent justifier de leur aptitude professionnelle à la fois technique et morale auprès des organismes habilités à délivrer ces autorisations. (fautes d'orthographe dans la version en anglais) [GMA]</p> <p>Les médecins aspirant à exercer la médecine sont, quel que soit leur pays d'exercice, soumis aux conditions d'exercice requises dans leur juridiction par ce pays. Les médecins qui demandent une autorisation d'exercice doivent justifier de leur aptitude professionnelle et de leur respect des normes éthiques requises à la fois technique et morale auprès d par les organismes habilités à délivrer ces autorisations dans le pays du médecin ou sa juridiction d'origine. [AMA]</p>	
3.	<p>Les médecins radiés auprès de leur organisme, après avoir été déclarés coupables de faute professionnelle grave ou ayant été condamnés pour acte criminel, ne peuvent être autorisés à exercer dans un autre pays. Les autorités compétentes doivent demander non seulement une justification des compétences mais aussi la preuve que le demandeur est toujours en état d'exercice légal dans son pays d'origine.</p>	<p>Les médecins radiés par leur organisme, après avoir été déclarés coupables de faute professionnelle grave ou pour condamnation pour crime pour ne peuvent devraient pas être autorisés à exercer dans un autre pays. Les autorités compétentes doivent de tous les pays devraient demander non seulement une justification des compétences mais aussi la preuve que le demandeur est toujours en état d'exercice légalement dans son pays d'origine. [SwMA]</p> <p>Les médecins radiés par leur organisme, après avoir été déclarés coupables de faute professionnelle grave ou pour condamnation pour crime liée à leur profession [<i>un médecin devrait-il être déclaré inapte à exercer quelle que soit l'infraction qu'il a commise ?</i>], ne peuvent pas être autorisés à exercer dans un autre pays.</p> <p>Les médecins radiés par leur organisme, après avoir été déclarés coupables de faute professionnelle grave ou</p>	<p>Les médecins jugés coupables de crimes graves ne doivent pas être autorisés à exercer dans un autre pays. Les autorités compétentes doivent s'assurer non seulement des compétences mais aussi de l'absence de condamnation pour crimes graves.</p>

		<p>pour condamnation pour crime, ne peuvent pas être autorisés à exercer dans un autre pays, quel qu’il soit... [CMA] (ambiguïté plus forte en anglais qu’en français, qui justifierait une modification en anglais, mais pas vraiment en français)</p> <p><i>[Déplacer ce paragraphe, avec les changements apportés, vers le paragraphe suivant, le numéro 4] Les médecins dont l’autorisation d’origine a été révoquée par radiés auprès de leur l’organisme compétent dans leur pays d’origine, après avoir été déclarés coupables de faute professionnelle grave ou ayant été condamnés pour un acte criminel, ne peuvent être autorisés à exercer dans un autre pays ou une autre juridiction. Les autorités compétentes du pays ou de la juridiction d’accueil doivent demander non seulement une justification vérification des compétences ayant permis d’obtenir l’autorisation initiale mais aussi la preuve vérifier que le demandeur est toujours en état d’exercice légal dans son pays ou sa juridiction d’origine. [AMA]</i></p>	
<p>4.</p>	<p>Cependant, il peut arriver que des médecins poursuivis pour des infractions pénales graves ou accusés par les organisations internationales, de crimes de guerre ou de crimes contre l’humanité parviennent à quitter leur pays et à obtenir de l’autorité compétente du pays d’accueil une autorisation d’exercer.</p> <p>Cette pratique est contraire à l’intérêt public et est préjudiciable à la sécurité du patient.</p>	<p>Cependant, il peut arriver que des médecins poursuivis pour des infractions pénales graves ou accusés par les organisations internationales, de crimes de guerre ou de crimes contre l’humanité parviennent à quitter leur pays où ces actes sont présumés avoir été commis et à obtenir obtiennent de l’autorité compétente du pays d’accueil d’un autre pays une autorisation d’exercer. Cette pratique est contraire à Cela va à l’encontre de l’intérêt public général, porte atteinte à la sécurité du patient et à la réputation des médecins et sape la confiance dont bénéficient ces derniers. [SwMA]</p> <p>Cependant, il peut arriver que des médecins poursuivis</p>	<p>Il peut arriver que des médecins jugés coupables de crimes graves, notamment de génocide, crimes de guerre ou crimes contre l’humanité, parviennent à quitter le pays où ces actes ont été commis et à obtenir de l’autorité compétente d’un autre pays une autorisation d’exercer.</p> <p>Cette pratique est contraire à l’intérêt général, porte atteinte à la réputation de la profession de médecin et peut nuire à la sécurité du patient.</p>

		<p>pour des infractions pénales graves... [BMA]</p> <p>Cependant, il peut arriver que des médecins poursuivis pour des infractions pénales graves <i>[Parfois des médecins sont poursuivis dans leur pays pour des raisons que l'AMM conteste, comme c'est actuellement le cas pour les membres du conseil de l'Association médicale turque. Que faire face à ces situations ?]</i> ... [RDMA]</p> <p>Cependant, il il peut arriver que des médecins poursuivis pour des infractions pénales graves... [CMA]</p> <p>Cette pratique est contraire à l'intérêt général, <u>porte atteinte à la réputation de la profession de médecin et peut</u> nuire à la sécurité du patient. [FMA]</p> <p>et à obtenir de l'autorité compétente du pays d'accueil une autorisation d'exercer... [GMA] (correction d'une faute d'orthographe absente en français)</p> <p><i>[Déplacer ce paragraphe avec les changements apportés au paragraphe précédent, qui porte le numéro 3]</i> Cependant, il il peut arriver que des médecins poursuivis pour des infractions pénales graves ou accusés par les organisations internationales, de crimes de guerre ou de crimes contre l'humanité condamnés pour une infraction parviennent à quitter leur pays et à obtenir une nouvelle autorisation d'exercer de l'autorité compétente du dans un autre pays ou une autre juridiction d'accueil. Cette pratique est contraire à l'intérêt général et met en danger le patient. [AMA]</p>	
		<p><i>[Nouveau paragraphe]</i> :... <u>Parfois les allégations portées à l'encontre de médecins sont motivées par</u></p>	

		<u>des objectifs politiques et non par des infractions réelles.</u> [AM]	
	RECOMMANDATIONS	RECOMMANDATIONS [AMA]	RECOMMANDATIONS
New		<u>[Nouveau paragraphe] : L'AMM recommande que les médecins ayant participé à des infractions pénales graves, à des crimes de guerre ou à des crimes contre l'humanité ne soient pas autorisés à adhérer à des organisations médicales nationales.</u> [AM]	L'AMM recommande que les médecins jugés coupables de crimes graves, notamment de génocide, crimes de guerre ou crimes contre l'humanité ne soient pas autorisés à adhérer à des organisations médicales nationales.
		<u>[Nouveau paragraphe] : Lorsque cela est possible, les organisations médicales nationales devraient avoir le pouvoir de révoquer l'autorisation d'exercer de médecins ayant participé à des infractions pénales graves, à des crimes de guerre ou à des crimes contre l'humanité.</u> [AM]	
5.	L'AMM recommande aux associations médicales nationales d'user de leur autorité pour s'assurer que les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité ne puissent obtenir une autorisation d'exercice tant qu'ils n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces allégations.	L'AMM recommande aux associations médicales nationales d' user de leur autorité pour s'assurer que les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ne puissent obtenir une autorisation d'exercice tant qu'ils n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces allégations L'AMM rappelle aux associations médicales nationales le devoir d'établir entre elles une communication efficace et d'informer les autorités nationales chargées de délivrer les autorisations d'exercer de faits graves leur permettant de prendre les mesures nécessaires. [AM] L'AMM recommande aux associations médicales nationales d' user de leur autorité pour s' travailler à assurer que les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses et crédibles de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ne puissent	L'AMM recommande aux associations médicales nationales d'user de leur autorité pour s'informer dans la mesure du possible si des médecins font l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité tout en respectant la présomption d'innocence.

		<p>obtenir une autorisation d'exercice tant qu'ils n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces aux allégations. <u>Lorsque des preuves attestent de la participation d'un médecin à de tels actes, il convient de porter ces preuves à l'attention des autorités compétentes.</u> L'AMM rappelle aux associations médicales nationales le devoir d'établir entre elles une communication efficace et d'informer les autorités nationales compétentes de faits graves leur permettant de prendre les mesures nécessaires. [SwMA]</p> <p>L'AMM recommande aux associations médicales nationales <u>ou aux organismes de régulation compétents</u> d'user... [BMA]</p> <p><i>[Texte ajouté] : <u>Tout organisme chargé de délivrer aux médecins les autorisations d'exercer devrait avoir l'obligation de mener toutes les enquêtes nécessaires, dans la mesure du raisonnable, auprès du (ou des) pays dans lequel un médecin a obtenu le droit de pratiquer la médecine.</u></i> [BMA]</p> <p>L'AMM recommande aux associations médicales nationales d'user de leur autorité pour s'assurer que les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ne puissent obtenir une autorisation d'exercice tant qu'ils n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces allégations <i>[Qu'en est-il des infractions pénales graves ? Quelle est la différence entre des « allégations » et des « allégations sérieuses » ? Fait-on une différence entre des allégations et des poursuites ? Si non, il conviendrait de</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>conserver une formulation cohérente. Qui décide que les réponses obtenues à des allégations sont satisfaisantes ? Une allégation suffit-elle ? Ne devrait-on pas s'attacher plutôt aux condamnations ? ...</i> [RDMA]</p> <p>L'AMM recommande aux associations médicales nationales d'user de leur autorité pour s'assurer que les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ne puissent obtenir une autorisation d'exercice tant qu'ils n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces allégations. (correction d'une erreur de typographie en anglais) L'AMM rappelle aux associations médicales nationales le devoir d'établir entre elles une communication efficace et d'informer les autorités de régulation nationales légalement compétentes de faits graves leur permettant de prendre les mesures nécessaires. (+ correction d'une erreur de typographie en anglais) [CMA]</p> <p>L'AMM recommande aux associations médicales nationales d'user de leur autorité pour s'assurer que les médecins faisant l'objet de poursuites pour infraction pénale grave ou d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité... [FMA]</p> <p>L'AMM recommande aux associations médicales nationales d'user de leur influence et, le cas échéant, de leur autorité pour s'assurer que les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ne puissent obtenir une autorisation d'exercice tant qu'ils</p>	
--	--	--	--

		<p>n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces allégations. ... [GMA]</p> <p>L'AMM recommande aux associations médicales nationales d'user de leur autorité pour s'assurer que les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, ne puissent obtenir une autorisation d'exercice tant qu'ils n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces allégations <u>ou n'ont pas été disculpés par la justice.</u> ... [CGCM]</p> <p>L'AMM recommande aux que toutes les associations médicales nationales <u>et tous les organismes de régulation compétents</u> d'user de leur autorité pour s'assurer <u>assurent</u> que <u>tous</u> les médecins faisant l'objet d'allégations sérieuses de participation à des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité <u>condamnés pour une infraction pénale, dans leur pays ou dans toute autre juridiction</u> ne puissent obtenir une autorisation d'exercice <u>de la médecine</u> tant qu'ils n'ont pas répondu de manière satisfaisante à ces allégations. <i>[Modifier et déplacer la phrase suivante pour créer un autre paragraphe, comme indiqué ci-après]</i> [AMA]</p>	
	<p>L'AMM rappelle aux associations médicales nationales le devoir d'établir entre elles une communication efficace et d'informer les autorités nationales compétentes de faits graves leur permettant de prendre les mesures nécessaires.</p>	<p>L'AMM rappelle aux <u>recommande que les</u> associations médicales nationales le devoir d'établir <u>établissent</u> entre elles une communication efficace et d'informer <u>qu'elles informent</u> les autorités nationales compétentes <u>chargées de délivrer les autorisations d'exercer des condamnations pénales prononcées à l'encontre de médecins</u> de faits graves leur permettant de prendre les mesures nécessaires. [AMA]</p>	<p>L'AMM recommande que les associations médicales nationales établissent entre elles une communication efficace et qu'elles informent les autorités nationales compétentes chargées de délivrer les autorisations d'exercer des condamnations pénales prononcées à l'encontre de médecins.</p>

New			L'AMM recommande aux associations médicales nationales ou aux organismes de régulation compétents de veiller à ce que les médecins jugés coupables de crimes graves, notamment de génocide, crimes de guerre ou crimes contre l'humanité ne puissent pas être autorisés à exercer.
-----	--	--	--

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no:	MEC 209/End of Life Japan/Apr2018	Original: English
Title:	Report of the Symposium on End-of-Life Questions in Japan 2017	
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The Symposium on End-of-Life Questions was held in Japan on September 14 and 15, 2017, with participation of the Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania (CMAAO) members and the two World Medical Association (WMA) Asian regional members, namely, the Chinese Medical Association and the Israel Medical Association. This report was prepared by Professor Tatsuo Kuroyanagi, lawyer and the legal adviser of the Japan Medical Association (JMA).	

Symposium on End-of-Life Questions Result Report

The Symposium on End-of-Life Questions was held on September 14 and 15, 2017, with participation of the Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania (CMAAO) members and the two World Medical Association (WMA) Asian regional members, namely, the Chinese Medical Association and the Israel Medical Association. The symposium generated certain achievements, and the following is the report of its results.

1. Introduction

The main purpose of this symposium was to investigate different opinions that exist among the WMA Asia-Pacific members and their home countries/jurisdictions with regard to the three WMA policies, namely WMA Declaration on Euthanasia, WMA Statement on Physician-Assisted Suicide, and WMA Resolution on Euthanasia.

The Japan Medical Association (JMA) planned this symposium because the WMA Executive Committee referred the investigation to the JMA. The JMA also carried out a questionnaire survey on five items of “End-of-Life Questions” in July 2017 to ensure fruitful discussion at the symposium and asked the member National Medical associations (NMAs) to present their views based on their answers to the questionnaire survey.

The JMA sent the questionnaire to 21 NMAs, and 19 submitted their answers. At the symposium, 17 NMAs presented their reports by further elaborating or partially modifying their answers.

This report of the questionnaire survey results was prepared based on the answers that the JMA received and the presentations made by each NMA during the symposium.

2. Target NMAs for the questionnaire survey

21 WMA members in the Asia-Pacific region were the target of the questionnaire survey, namely, 19 CMAAO members, the Chinese Medical Association and the Israel Medical Association. The JMA sent out the questionnaire to these 21 NMAs via e-mail, and asked them to submit their answers.¹

The 19 NMAs that submitted their answers in writing were; Australia, Bangladesh, Cambodia (absent), Hong Kong, India, Indonesia, Japan, Korea, Malaysia, Myanmar, Nepal, New Zealand (absent), Pakistan, Philippines, Singapore, Taiwan, and Thailand, which are CMAAO members, and China and Israel, which are non-CMAAO members. Two CMAAO members, Macau and Sri Lanka, did not submit their answers. New Zealand and Cambodia were unfortunately unable to attend the symposium but had submitted detailed answers via e-mail.

3. Background

The WMA has made it clear that it is against euthanasia and physician-assisted-suicide (PAS). However, legislations allowing these procedures have been enacted in Switzerland in the past and in the Netherlands, Belgium, Luxemburg, and some states in the United States in recent years. In Switzerland legislation has allowed PAS, but not euthanasia. In addition, on February 6, 2015, the Supreme Court of Canada ruled that the crime of aiding suicide as stipulated in the Penal Code is unconstitutional in view of respecting the patients' right of self-determination, and this ruling has led to a legislation that approves PAS.

During the Meeting in Oslo in 2015, the WMA Council re-confirmed the opinions on the issue of active euthanasia and PAS. The overwhelming majority of the members wished to maintain the current position of opposing such practice. The Council Meeting in Taipei in 2016 decided to hold regional discussions on this issue especially in the Asian, African and Latin American regions.

4. Questions addressed in the symposium (questionnaire items)

As mentioned in the Introduction, the core purpose of the investigation and deliberation of this symposium was to study the reality concerning "Euthanasia and Physician-assisted-suicide" among the WMA Asia-Pacific members and their home countries/jurisdictions. Upon consulting with the WMA Secretariat in advance, the following four categories of questions were prepared.

- Q-1 Questions regarding Euthanasia and Physician-assisted Suicide
- Q-2 Questions regarding Advance directive (Living Will)
- Q-3 Questions regarding Withholding or Withdrawing of Life-sustaining Treatment
- Q-4 Questions regarding Palliative Care including End-of-life Care

In order to prevent confusion due to different understandings of the terminology, the titles of WMA policy documents related to each question were listed in marginal notes when preparing the

¹ It should be noted that the JMA also sent out the questionnaire to three other NMAs that are also the WMA members in the Asia-Pacific region, namely, Fiji, Samoa, and Vietnam, and requested to submit their answers. However, the JMA received no confirmation of reception nor any answers from them, so they were excluded from the survey.

text of the questions; respondents were asked to follow the definitions provided in these policy documents, if any. In referring to the policy documents, the Powerpoint file created and provided by WMA General Secretary Otmar Kloiber, which he used at the Latin American symposium in March 2017, was used as a reference, and some relevant texts of the policy documents that were mentioned in this Powerpoint file were extracted and noted in the questionnaire text as needed.

After these four questions were sent out, Question 5 that concerns the adult guardianship program with the right of medical consent and other legal measures was added later, in light of poor legal interventions available in Japan in case of providing highly invasive treatment in daily medical practice for extremely aged patients with dementia who lost the ability of self-determination or providing critical procedure involved in the end-of-life care.

5. Grouping at the symposium

The original plan was to divide the participating NMAs alphabetically and have them orally discuss the written opinions of each in groups. However, after examining the pre-submitted answers and receiving considerably delayed answers from two NMAs, the JMA decided to divide the NMAs into four groups based on the similarities in legal systems and religions. CMAAO Council Chair Dr. Yeh Woei Chon (Singapore), Vice Chair Dr. Kar Chai Koh (Malaysia), and advisor Dr. Dong-Chun Shin (Korea) were asked to serve as the symposium chairs (facilitators), and they reviewed all the answers of NMAs the night before the symposium.

The names and titles of the rapporteurs of the four groups are shown in the table in Attachment 2.

Stakeholders of the participating NMAs and other experts also joined the groups, including WMA Secretary General Otmar Kloiber, German Medical Association President Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, International Manager Dr. Ramin Parsa-Parsi, and the immediate past American Medical Association President Dr. Andrew Gurman. They had lively discussion during this 2-day symposium.

On the second day of the symposium, a summary table of all answers by question, which the JMA had prepared based on the submitted responses, was distributed to everyone involved so that each could verify and/or modify the answers by question item. The sorting (or classification) contained in the summary shown in Attachment 1 was produced through such a process.

6. Answers

The answers to the above five questions are summarized below. Please refer to the report in Attachment 1 for details.

6-1. Answer to Question 1

Question 1 asked if there is any law or court ruling that tolerates a physician's involvement in euthanasia and/or assisted suicide.

All member associations answered "No" to this question.

However, we learned from the Australian Medical Association that the State of Victoria will be voting on a euthanasia bill in coming months. There is an appetite for euthanasia and PAS in numerous Australian states and New Zealand where several parliamentary bills have been defeated.

6-2. Answer to Question 2

Question 2 asked whether legislation on Advanced Directive exists or not.

We also asked about "Orders Not to Attempt Resuscitation (DNAR)" and the practice of appointing a legal representative in relation to this question.

As for the existence of legislation, the result showed half of the member countries and participating countries have such legislation. It is worth noting that the practice of "advanced care planning" with physicians at its core is becoming popular.

6-3. Answer to Question 3

Question 3 asked about withholding or withdrawing of a life support system. This question also concerns the WMA Declaration of Lisbon on Patient's Rights, in which death with dignity is endorsed as a form of practicing the right of self-determination by a patient. We observed a subtle difference in opinion on the ideas of "withholding" and "withdrawing," so we should carefully examine each answer over time.

6-4. Answer to Question 4

Question 4 asked about "palliative care." Enriched palliative care is expected to improve the pain management in the end-of-life care, which may resolve the issue raised in Question 1. However, the uses of narcotic drugs such as morphine and opioids, which are commonly used in palliative care, are strictly regulated by the authorities in many countries, and it appeared that this area of medical care is still being developed.

The involvement of religion was also asked in relation to this question, and the response in general implied that religion plays a role in most countries and jurisdictions.

6-5. Answer to Question 5

The responses from several member associations, namely Australia, Korea, New Zealand and Taiwan, suggest that this problem is being addressed.

7. Summary

At the CMAAO General Assembly Tokyo in 2017, all of the NMAs have opposed euthanasia and PAS. With the exception of Australia and New Zealand, there is no significant desire in the civil society of the Asia/Oceania region to discuss the concept of euthanasia and PAS. All the NMAs support the creation of Advanced Directive and advanced care planning with physicians for the terminally-ill patients.

Additional Note 1. Observations as the symposium organizer

The main purpose of this symposium was not about consolidating opinions but finding facts. The core of the questions concerns the life or death at the end of life. Naturally, the natural environment, culture, religion, and social structure of different countries/jurisdiction are deeply involved in the NMAs' answers in the survey. In terms of religion alone, there are Judaism, Christianity (Catholicism and Protestantism), Islam, Hinduism, Buddhism (Hinayana and Mahayana), Taoism, Confucianism, etc.—some accept reincarnation, some believe in the absolute being, and their beliefs in life and death are very variable. When asked about the role of religion in the questions relating to palliative care, the NMAs' answers and explanations suggested strong influence of religion. The Bangladesh's answer was "Most of the people believe one God and it helps." Indonesia answered "Belief in One and Only God," "Life is given by God and cannot be taken away except by Him or His permission," and "Important to save the soul, to be prepared for life after death." Pakistan, which adapts the Talqueen practice for every terminal Moslem patients (Pukovisa 2017), answered "Pakistan, an orthodox religious country—this issue not only can be discussed but presently there is no room to make any kind of legislation in this regards." Cambodia's answer was "Buddhism is major religion and any act to prolong survival is a good thing." Nepal answered "Dominated by Hindu and Buddhist religion, people believe in afterlife in hell or heaven." Thailand answered "Buddhism plays an important role. Buddhists in Thailand claim suicide as sin." Again, these answers indicate that the answers to Question 1 are also strongly influenced by religion.

In addition, the oral reports and the Powerpoint slides used during presentation suggested that the family and community bonds are extremely firm in the island regions in Oceania such as Indonesia, Philippines, Malaysia and the countries/jurisdictions in the Southeast Asian region such

as Pakistan, India, Bangladesh, Myanmar, Thailand, and Cambodia. It was also indicated that the idea of self-determination that developed in the Western countries has not necessarily fully infiltrated in these areas.

In relation to Question 1, which was the main theme of this survey, a voice of question was raised about the use of the word “(active) euthanasia” and the fact that the Supreme Court of India used the word “passive euthanasia,” which the Indian Medical Association quoted in their answers. The definitions and implications of the words “euthanasia = die Euthanasie” and “physician-assisted-suicide” are often interpreted differently depending on the users, which suggests that they need to be set straight within the WMA to avoid confusion in future discussions. The WMA Resolution on Euthanasia that was adapted by the 2002 Washington General Assembly states “The World Medical Association has noted that the practice of active euthanasia with physician assistance, has been adopted into law in some countries” in its third sentence. On this point, the well-established law dictionary in America, the Black’s Law Dictionary, lists “active euthanasia” and “passive euthanasia” as the antonym in its 7th edition (1999) and the latest edition (10th edition; 2014) (Attachment 3). It should also be noted that although the word “physician-assisted-suicide” was used in the questionnaire this time, a criminal type of ‘murder at the victim’s request’ separately from ‘physician-assisted-suicide’ exists in many jurisdictions including Japan. In the present wording of the policy documents, however, this criminal type is supposed to be excluded. If this type is to be included, perhaps the word “physician-assisted-dying” could be introduced and listed together with “physician-assisted-suicide” to indicate ascertainment. To note, putting its propriety aside, the aforementioned dictionary by Black is using the word “passive euthanasia” to mean “the act of allowing a terminally ill person to die by either withholding or withdrawing life sustaining support such as a respirator or feeding tube,” as the Supreme Court of India did.

Lastly, we are deeply grateful to Dr. Otmar Kloiber for his support throughout the planning and holding of the symposium. We also thank Dr. Yeh Woei Chon, Chair of CMAAO, Dr. Kar Chai Koh, Vice-Chair and Dr. Dong Chun Shin, Advisor for overseeing the proceedings of the symposium and consolidating opinions.

This report was prepared by JMA Legal Advisor Professor Tatsuo Kuroyanagi in cooperation with the International Affairs Division staff of JMA, Mr. Yuji Noto, Mr. Hisashi Tsuruoka, Ms. Mieko Hamamoto, Ms. Rei Kobayashi and Ms. Michiyo Takano. It should be noted that Kuroyanagi solely bears the responsibility for wording and content of this report.

Additional Note 2. Conflict of Interest Statement

The author of this report is Professor Tatsuo Kuroyanagi, Legal Adviser of the Japan Medical Association. There is no financial or commercial interest connected to this work.



THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no:	MEC 209/End of Life Nigeria/Apr2018	Original: English
Title:	Report of the WMA African region meeting on End-of-Life Questions in Nigeria 2017	
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The Symposium on End-of-Life Questions was hosted by the Nigerian Medical Association in Abuja, Nigeria on 1 st and 2 nd February 2018. This report was prepared by Nigerian Medical Association.	

REPORT OF THE WMA AFRICAN REGION MEETING ON END OF LIFE ISSUES

PREAMBLE

As part of the efforts of the World Medical Association (WMA) to generate open regional discussions on the dilemmas related to End of Life issues, particularly with respect to Palliative care, Euthanasia and Physician assisted suicide, the WMA Council meeting held in Livingstone, Zambia in the month of April 2017, encouraged the African region of the WMA to organize an African Region meeting on End of Life issues.

Arising from the foregoing, the Coalition of African Medical Associations gave the nod to the Nigerian Medical Association to host the WMA African Region Meeting on End of Life issues. Accordingly, the WMA African Region meeting on End of Life issues (Palliative care, Euthanasia and Physician assisted suicide) was hosted by the Nigerian Medical Association in Abuja, Nigeria on the 1st and 2nd of February 2018.

The End of Life meeting which held at the Transcorp Hilton Hotel and Towers, Abuja, had as its theme ‘An Excursion into the End of Life Spectrum: Defining the boundaries between Palliative care, Euthanasia and Physician assisted suicide’. It was graced by some invited dignitaries as well as the Secretary General of WMA (Dr. Otmar Kloiber) who made a presentation on WMA policy on End of Life issues. It also had in attendance Presidents and delegates of National Medical Associations from Nigeria, Zambia, Kenya, South Africa, Cote D’Ivoire and Botswana.

Activities conducted during the meeting included Welcome cocktail, formal opening ceremony, Scientific sessions with presentations by various Guest speakers on End of Life issues, Breakout technical sessions, sight-seeing/visitations and a closing dinner.

The formal opening ceremony was chaired by the Senate President, Senator Dr. Bukola Saraki (who was represented by Senator Dr. Lanre Tejuosho), while the Minister of Health, Prof. I.F. Adewole (who was also in attendance) represented both Nigeria's President (Muhammadu Buhari GCFR) and Nigeria's Vice President (Prof. Yemi Osinbajo).

OBSERVATIONS

The meeting made the following observations:

- 1) There is no specific policy or legislation on Euthanasia and Physician assisted suicide in Africa.
- 2) Aside from countries such as Nigeria, Zambia, Kenya, Uganda, South Africa and Botswana with some initiatives, policies, guidelines and practices on palliative care, there is a dearth of policy guidelines and legislation on palliative care in most African countries.
- 3) In African culture, tradition and religion, life is held sacred and families never abandon their loved ones at the end of life.
- 4) Palliative care is generally accepted in African culture, tradition, and religion.
- 5) Involvement of Physicians in Euthanasia and Physician assisted suicide flies in the face of the Physicians' Pledge and ethics governing the medical profession.
- 6) There is a low level of awareness on End of Life issues among African populations and medical/health professionals.
- 7) There is a dearth of standard health care systems and medical personnel equipped to deliver palliative care.
- 8) There is a high poverty rate; poor access to affordable, equitable and quality health care; and poor access to palliative care in most African countries.

RESOLUTIONS

- 1) National Medical Associations in Africa are unanimously opposed to Euthanasia and Physician assisted suicide in any form.
- 2) National Medical Associations in Africa support policies and legislations permitting and strengthening palliative care.
- 3) There is need for improved political will and commitment to palliative care by African Governments.
- 4) African National Medical Associations (NMAs), Non-Governmental Organizations (NGOs), etc. need to embark on enlightenment and advocacy campaigns to orientate various arms of government and policy makers, as well as the general public on the importance and availability of palliative care.
- 5) There is need for increased awareness amongst care givers, patients and other stakeholders, with the capacity of Physicians and other relevant health professionals to deliver palliative care continuously built.

6) There is great need for strengthening of African healthcare systems, universal health coverage, improved budgetary allocation to health, and integration of palliative care and other chronic medical conditions into the health care financing/health insurance schemes of African countries.



09.03.2018

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no:	MEC 209/End of Life Brazil/Apr2018	Original: English
Title:	Report of the WMA South American region meeting on End-of-Life Questions in Brazil 2017	
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The Symposium on End-of-Life Questions was hosted by the Brazilian Medical Association in Rio de Janeiro in 2017. This report was prepared by Brazilian Medical Association.	

Latin American Meeting on End-of-Life Ethical Dilemmas

CONCLUSIONS

Medicine in recent decades has had and continues to enjoy dizzying advances. However, they are not all successes. On the one hand, the life expectancy is greatly advanced, but on the other hand, the times of suffering, the trials and useless treatments, the solitude of the patient, the lack of answers, and in an endless way the suffering of the agony.

Human dignity is linked to the life of each individual and the radical equality of all human beings from the beginning, regardless of their concrete conditions. Life is always dignified, unworthy are the conditions in which many human beings live and are unworthy the decisions and behaviors that provoke them, produce or cause them.

The medical science put at the service of suffering and sick who are no longer cured, is where palliative care is developed when trying to give the technical and human attention that the patients need in terminal situation, with the best possible quality and looking for the professional excellence.

After palliative medicine emerges with force, it does not seek to lengthen or shorten life, it only seeks the patient's greater well-being respecting the moment of death, but accompanying to the end. Today its services must be a right or at least an attainable service for all patients.

It is well known that hope is energy to live, on the contrary, contempt, lack of affection, marginality annul the interest in life, are the prelude to death that especially affects the most disadvantaged and weakest on which often society, far from offering comfort and understanding, multiplies the feelings of uselessness, incapacity, dependence and, consequently, it worsens its state and now offers the way out to end up in an organized manner with life.

Death occurs at a certain moment in life, so it can neither be worthy nor unworthy, what can be worthy or unworthy are the conditions of life that have preceded it.

Volunteering is not enough to guarantee the freedom and dignity of the person. The human being will often find himself in situations of vulnerability where he can manifest his will, but he does not do it freely. That is why his dignity must be defended against third parties and even against their own decisions.

Pity and compassion must be the engine for all lives to make sense, that no one dies in solitude, or mobilize so that no one suffers avoidable pains. However, if the doctor is prepared not only to cure but also to kill, the ethics of medical practice and the trust that the patient must have in his doctor will be very battered.

With euthanasia, a social message is sent to the most severely disabled patients, who can be morally coerced, even if it is silent and indirectly, to request a faster end, since they are considered a useless burden for their families and for society. In such a way that patients weaker or in worse circumstances would be the most pressured to request euthanasia.

The request for euthanasia by the patients is reduced by improving the training of professionals in the treatment of pain and in palliative care. A permissive legislation with euthanasia would restrain the involvement, both scientific and care, of some doctors and health professionals in the care of patients with no possibility of cure that require a considerable dedication in time and human resources.

Societies should be aware of the risks of legislation allowing euthanasia where the social climate can lead doctors and family members to slip into its application in cases of unconscious or incapable patients who have not expressed their authorization, this is the phenomenon of the "slippery slope" that has led in the Netherlands to its application in people who had not requested it or did not meet the legal requirements.

At present it is not that there is a legal vacuum in relation to the regulation of this matter, but what is regulated is the duty of the physician to preserve life, as correlative to the fundamental right of all citizens. That duty of the physician must be exercised in accordance with the rules that indirectly regulate the Lex Artis, which refers to the laws that order the health professions and the rigorous fulfillment of the ethical obligations.

The medical profession faced to the social debate on euthanasia has agreed to recognize that cases of petition for euthanasia are exceptional when providing quality medical care and that the debate on the decriminalization of euthanasia revolves around the social consequences of legislating for these cases.

By vocation, training and mentalization, he or she who chooses medicine as a reason for being knows that all his/her efforts, all the knowledge, are to save the lives of their patients and save as much suffering as possible, cannot be dedicated simultaneously to end someone's life for whose life he/she has fought. Euthanasia in any case should be a medical activity.

The sick at the end of life need a helping hand not to precipitate their death, nor to prolong their agony with the therapeutic obstinacy, but to be with them and relieve their suffering with palliative care while their death arrives.

Rio de Janeiro, 18 March 2017



THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no: Title:	MEC 209/End of Life Europe/Apr2018 Report on the WMA European Region Conference on End-of-Life Questions 2017	Original: English
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The WMA together with the German Medical Association and the Pontifical Academy for Life organized a two-day WMA European Region Conference on End-of-Life Questions, which took place in the Vatican's Aula Vecchia del Sinodo on 16 and 17 November 2017	

Report on the WMA European Region Conference on End-of-Life Questions

The two-day WMA European Region Conference on End-of-Life Questions took place in the Vatican's Aula Vecchia del Sinodo on 16 and 17 November 2017. Around 150 participants gathered from Europe and beyond, including WMA leaders and members, experts in palliative care, ethicists, lawyers and religious leaders. The presentations on euthanasia and physician assisted suicide (PAS) and the views expressed covered the full spectrum of opinion. The purpose of the event, which was co-organised by the WMA, the German Medical Association and the Pontifical Academy for Life, was to explore ethical dilemmas relating to end-of-life issues to assist the WMA in deciding whether or not to amend its policy on these issues.

In an address prepared by Pope Francis and read by Cardinal Peter Turkson, the Pope said it was clear that not adopting, or else suspending, disproportionate measures, meant avoiding overzealous treatment. From an ethical standpoint, this was completely different from euthanasia, which was always wrong, in that the intent of euthanasia was to end life and cause death.

In his introductory remarks, Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, President of the German Medical Association, explained that the WMA had always had a very clear position on end-of-life issues – it condemned euthanasia and PAS as unethical. He later added that he found none of the arguments in favour of PAS compelling. Like euthanasia, PAS was unethical and must be condemned by the medical profession. Medical ethics should not simply follow public opinion.

Archbishop Vincenzo Paglia, President of the Pontifical Academy for Life, reiterated that Pope Francis's message reaffirmed and added precision to previous papal texts about end-of-life care.

WMA President Dr. Yoshitake Yokokura referred to the symposium on end-of-life held by the Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania in Tokyo in September, where most national medical associations had opposed euthanasia and PAS.

But Dr. René Héman, Chairman of the Royal Dutch Medical Association, took a different view. He quoted the recently revised Declaration of Geneva and the pledge that 'I will respect the autonomy and dignity of my patient'. He explained the situation in the Netherlands, where euthanasia was still a punishable offence and was forbidden unless specific requirements were met. These include instances where there has been a voluntary and well considered request, where there is unbearable suffering and no prospect of improvement and where one other independent physician has been consulted. Also, there has to be a conviction that no other reasonable solution for the patient's situation is available and that the termination of life or assisted suicide are performed with due care. Dr Héman said it would never be good to end a person's life, but sometimes it would be worse not to. He argued that euthanasia was based on the principles of respect for a patient's autonomy and on compassion.

Dr. Yvonne Gilli, from the Swiss Medical Association, outlined the situation in Switzerland, where there had been an increase in the rate of assisted suicides in the last ten years. She referred to revised guidelines just issued by the Swiss Academies of Arts and Sciences, which included more focus on guiding physicians through a professional dialogue with a dying patient. They made more specific recommendations on palliative sedation and on assisted suicide.

A discussion on theological approaches, featuring representatives of the Catholic, Jewish, Islamic and Orthodox Christian faiths, all of whom expressed opposition to euthanasia and PAS, was followed by presentations on the legal aspects of end-of-life issues.

Prof. John Keown, Professor of Christian Ethics at the Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, explained the common and criminal law relating to euthanasia and PAS and relating to withholding and withdrawing life-preserving treatment for competent and incompetent patients. Prof. Dr. Volker Lipp, Professor of Civil Law, Procedural Law, Medical Law and Comparative Law, at Georg-August-Universität, Göttingen spoke about the diversity in various legal systems. He examined the various definitions of the term "euthanasia" and said care should be taken about using it as it was an ambiguous concept.

Dr. Laurence Lwoff, Head of the Bioethics Unit, Human Rights Directorate, Council of Europe, talked about the Council of Europe Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations. This gave rise to complex situations relating to equity of access to health care, professional obligations, free and informed consent and previously expressed wishes.

Presentations were followed by lively panel discussions and robust question and answer sessions. Dr. Jeff Blackmer, from the Canadian Medical Association, defended the role of doctors in Canada, where medically assisted dying became legal in 2016.

The first day concluded with speeches from Prof. Dr. Leonid Eidelman, President of the Israeli Medical Association and President elect of the WMA, and Prof. Pablo Requena, Professor of Moral Theology at the Pontifical University of the Holy Cross, and the delegate of the Vatican Medical Association at the WMA.

Dr. Eidelman referred to the experience of the Netherlands and said that one of the most important factors separating physicians who did or did not accept PAS and euthanasia was whether they saw their actions as similar to or different from other regular medical treatments they gave their patients. Was it a regular medical intervention like treatment with antibiotics or was it something extraordinary demanding a different attitude? In his view physicians should not be involved in PAS or euthanasia for several reasons. Many requests disappeared with symptom control and psychological support.

Prof. Requena said that compassion was not a good reason for euthanasia and unbearable suffering was not a medical reason. He said he doubted that society had the moral sense to protect physicians on this issue. That was why it was important that physicians protected themselves and that medical societies and the WMA continued to oppose euthanasia as a medical aid. Finally, he quoted the Hippocratic Oath, which stated 'I will not give a lethal drug to anyone if I am asked nor will I advise such a plan'.

The second day began with the question 'Is there a right to determine one's own death?' The opening speaker was Prof. Dr. Urban Wiesing, from the Institute for Ethics and History of Medicine at the University of Tuebingen in Germany, who argued for the concept of plurality, saying that there was no consensus on end-of-life issues from an ethical point of view. He said the answer to ethical plurality was a political one. He argued that there was no slippery slope involved as a result of PAS. Nor was there any loss of trust in physicians.

Prof. Dr. Christiane Druml, Chairperson of the Austrian Bioethics Commission and UNESCO Chair of Bioethics at the Medical University of Vienna, said it was a clear and undisputed principle that treatments which were not or no longer indicated or treatments which the patient refused must not be performed. But there were still cases where disproportionate treatment was initiated. Medical interventions which provided no benefit for the patient or which were more burdensome than potentially beneficial to the patient were ethically and medically unjustified because they came at a disproportionate burden.

Dr. Anne de la Tour, President of the French Society of Palliative Care spoke about end stage decisions on medication, feeding and terminal sedation, and the differences between sedation and euthanasia.

Dr. Gunnar Eckerdal, from the Department of Oncology at Sahlgrenska University Hospital in Sweden, talked in more detail about the role of nutrition. He said that treatment without clinical indication should be stopped. Treatment that was not going to give effect should not be started. He argued that PAS and euthanasia were not secure and involved wrong diagnoses and wrong prognoses, as well as underdiagnosed and undertreated depression.

Dr. Marco Greco, President of the European Patients' Forum, said his organisation did not have an official position on euthanasia and PAS. But empowerment was a multi-dimensional process that helped people gain control over their own lives and increased their capacity to act on issues that they themselves defined as important. He emphasised the importance of the partnership between patients and those caring for them. Shared decision-making was absolutely fundamental.

Dr. Heikki Pälve, former CEO of the Finnish Medical Association, spoke about dealing with public opinion from his recent experience in Finland. He said that public opinion had been strongly in favour of euthanasia as were 46 per cent of physicians. But the national medical association was opposed. This created difficulties. He believed that euthanasia fundamentally changed and to some degree also damaged trust in the health care system and said that the slippery slope argument was a fact, and a very undesirable one.

The conference concluded with a lively panel discussion on whether there was a need to change WMA policy, featuring speakers on both sides of the argument and questions from the audience.

Summary

Throughout the meeting, proponents of right-to-die policies emphasised that their intention was to protect physicians in their own countries who are acting within the law, not to change or influence policies in other countries. They based their arguments on the concepts of patient self-determination, dignity and compassion. Those who were opposed to euthanasia and PAS, representing the majority of attendees, rejected these procedures as being diametrically opposed to the ethical principles of medicine and expressed concern that they could lead to misuse or abuse, e.g. in the case of mentally or psychologically incapacitated people. They also expressed concern that these procedures could cause damage to the complete trust which characterises the patient-physician relationship or lead to social pressure for the elderly or those with chronic illness to end their lives.

The majority of attendees ultimately advocated for the retention of the existing policies of the WMA on euthanasia and PAS.

Despite disagreements during the many intentionally transparent and open debates held throughout the event, participants were united in their support for high-quality, accessible palliative care and their belief that PAS and euthanasia should never be seen as a cost-saving measure.

This report is based on an article by Nigel Duncan, which originally appeared in the December 2017 issue of the World Medical Journal, and contains supplementary material.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : MEC 209/Genetic and Medicine/Apr2018	Original : anglais
Titre : Proposition pour une révision approfondie de la prise de position de l'AMM sur la génétique et la médecine	
Destination : Comité d'éthique médicale 209^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Les membres de l'Association médicale danoise estiment qu'il serait opportun de réviser radicalement la prise de position de l'AMM sur la génétique et la médecine, car de notre point de vue, la version actuelle de la prise de position ne reflète pas suffisamment les questions éthiques qui se font jour avec le développement et l'utilisation du séquençage haut débit dans la médecine personnalisée.

L'objectif d'une révision majeure serait triple :

- traiter dans la prise de position et de manière approfondie les conséquences éthiques de l'utilisation du séquençage haut débit en médecine personnalisée ;
- mettre à jour la prise de position quant aux questions éthiques que posent la génétique et la médecine qui y étaient déjà abordées ;
- établir une cohérence entre cette prise de position et les principes éthiques en matière de bases de données de santé et de biobanques décrits dans la Déclaration de Taïpei.

Caractéristiques de la médecine personnalisée relevant de l'éthique

Il n'existe pas de définition précise du terme « médecine personnalisée¹ » qui fasse consensus, mais l'un de ses principaux aspects est qu'elle vise à adapter le traitement de chaque patient, souvent en identifiant les caractéristiques génétiques soit du patient, soit de sa maladie, puis en y adaptant le traitement. L'objectif est d'améliorer notre capacité de diagnostic et de classification des maladies afin de les prévenir ou de les traiter plus précisément, plus efficacement et avec le moins d'effets secondaires possible².

¹ Parfois également dénommée « médecine de précision » ou « médecine génomique ».

² La médecine personnalisée peut également recouvrir des adaptations du traitement selon d'autres caractéristiques de la personne que génétiques. Dans ce cas, nous accorderons toutefois une certaine attention aux caractéristiques génétiques, car c'est l'intérêt pour celles-ci qui soulève des questions éthiques.

La médecine personnalisée suscite des questions éthiques, à la fois de par son essor et de par son emploi, notamment parce que les deux supposent un séquençage étendu du génome.

En effet, le développement de la médecine personnalisée implique que de grands groupes de participants voient leur génome séquencé et que les données issues de ce processus soient explorées et analysées avec d'autres types de données de santé en vue d'identifier des corrélations et des modèles qui pourraient s'avérer significatifs d'un point de vue clinique.

Les informations issues d'un séquençage étendu, voire complet, du génome présentent généralement les caractéristiques suivantes :

- de très grandes quantités de données de santé sont produites pour chaque participant et le développement de la médecine personnalisée requiert le séquençage du génome de très nombreuses personnes ;
- la signification complète des données n'est pas connue au moment du séquençage, ce qui signifie qu'à plus long terme, ces données pourraient être utilisées pour produire encore plus d'informations au sujet de chacune des personnes ;
- le risque de découvertes secondaires ou fortuites est élevé et il pourrait s'y trouver des informations sur d'autres risques de santé ;
- les données issues du séquençage du génome d'une personne contiennent des informations sur les autres personnes ayant un lien génétique avec cette personne ;
- en raison de la nature des données issues du séquençage du génome, les données ne peuvent être complètement anonymisées ;
- les informations génétiques produites par le séquençage pour chacune des personnes sont permanentes.

Prise séparément, chacune de ces caractéristiques peut se retrouver dans d'autres types d'informations de santé : par exemple, on fait régulièrement des constatations annexes lors d'examens radiologiques.

L'association de toutes ces caractéristiques rend cependant les données issues de séquençages étendus du génome particulièrement sensibles et impose le respect de règles éthiques appropriées.

Nécessité d'un groupe de travail pour réviser la prise de position actuelle

Pour ces raisons, et parce que la médecine personnalisée est appelée à se développer et son utilisation à se généraliser dans les années à venir, nous pensons qu'il serait opportun de lancer un processus de révision approfondie de la prise de position de l'AMM sur la génétique et la médecine. Nous proposons donc que l'AMM crée un groupe de travail chargé de cette révision, dont les membres de l'Association médicale danoise seraient ravis de prendre la responsabilité.

Nous sommes conscients que la révision de la prise de position actuelle est prévue en 2019, mais compte tenu de l'essor rapide de la médecine personnalisée et du séquençage haut débit, nous pensons qu'il serait judicieux de lancer ce processus dès à présent.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : MEC 209/Biosimilar Medicinal Product/Apr2018	Original : anglais
Titre : Proposition de prise de position de l'AMM sur les médicaments biosimilaires	
Destination : Comité d'éthique médicale 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note	Cette prise de position de l'AMM est proposée au comité par l'Association médicale israélienne

PREAMBULE

1. L'expiration des brevets portant sur certains médicaments originaux a conduit à l'élaboration et à l'autorisation de copies, dénommées « médicaments biosimilaires » ou « biogénériques » qui ne sont pas identiques, mais similaires à un médicament biologique déjà agréé, connu comme le « biomédicament de référence ».
2. Compte tenu du fait que les médicaments biosimilaires sont fabriqués à partir d'organismes vivants, il peut exister des différences mineures entre ces derniers et leur biomédicament de référence. La fabrication de médicaments biosimilaires tend à être plus complexe que celle des molécules chimiques. Dès lors, la substance active dans le médicament biosimilaire peut comporter un degré mineur de variabilité. Les médicaments biosimilaires ne sont pas toujours interchangeables avec leur produit de référence, s'ils ont reçu un agrément réglementaire.
3. Les médicaments biosimilaires ne sont pas exactement des médicaments génériques. Un médicament générique est une copie exacte du produit pharmaceutique actuellement sous licence, mais dont le brevet a expiré et doit contenir « les mêmes ingrédients actifs que la formule originale ». Un médicament biosimilaire est un produit différent dont la structure est similaire, mais pas identique à la formule d'origine, et qui suscite une réponse clinique similaire. Par conséquent, les médicaments biosimilaires peuvent causer une réponse immunitaire non souhaitée. Les médicaments génériques sont

interchangeables avec leur médicament d'origine, les médicaments biosimilaires non.

4. Les médicaments biosimilaires sont disponibles en Europe depuis environ une décennie, suite à l'agrément de l'Agence européenne du médicament (EMA) en 2005. L'emploi du premier médicament biosimilaire a été approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis en 2015.
5. Les médicaments biosimilaires ont transformé les perspectives des patients atteints d'une maladie chronique débilitante en mettant à leur disposition un produit d'une efficacité similaire à un médicament innovant à moindre coût.
6. Les médicaments biosimilaires permettront en outre à des patients qui n'avaient pas accès au biomédicament d'origine d'accéder au traitement. Un meilleur accès mondial à des traitements biosimilaires peut contribuer à réduire l'infirmité, la morbidité et la mortalité associées à plusieurs maladies chroniques.
7. Toutefois, le coût potentiellement moins élevé des médicaments biosimilaires pourrait entraîner un risque que les compagnies d'assurance favorisent les médicaments biosimilaires au détriment du biomédicament de référence, même s'ils ne sont pas adaptés au patient.

RECOMMANDATIONS

1. Les associations médicales nationales devraient travailler avec leurs gouvernements à l'élaboration et à l'actualisation d'instructions nationales relatives à la sécurité des médicaments biosimilaires.
2. Les associations médicales nationales devraient défendre la délivrance de traitements biosimilaires qui sont aussi sûrs et efficaces que leurs produits de référence.
3. Les associations médicales nationales devraient militer contre toute autorisation accordée aux compagnies d'assurance et aux mutuelles de promouvoir l'interchangeabilité des médicaments biosimilaires et des biomédicaments de référence ou le remplacement automatique des uns par les autres, deux écueils qui pourraient porter préjudice aux patients.
4. Les médecins doivent assurer que les dossiers médicaux des patients indiquent exactement le médicament biosimilaire administré.

5. Les médecins ne sauraient prescrire un médicament biosimilaire à des patients traités avec succès avec le biomédicament de référence.
6. Les médecins devraient sensibiliser le grand public aux questions relatives aux médicaments biosimilaires et promouvoir l'étiquetage clair et précis de ces produits.

19.03.2018

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : MEC 209/Policy Review 2008/Apr2018	Original : anglais
Titre : Examen annuel des politiques de 2008 : recommandations reçues sur les documents du MEC	
Destination : Comité d'éthique médicale 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Le processus de révision des politiques de l'AMM suppose l'examen de toutes les politiques adoptées ou révisées pour la dernière fois il y a dix ans.

La première étape du processus de révision consiste à demander aux Membres constituants leur avis sur le traitement de ces politiques, à savoir a) réaffirmation, b) quelques modifications mineures ou rédactionnelles avant réaffirmation, c) révision majeure ou d) suppression et archivage. Le 6 février 2018, un mémo a été adressé aux Membres constituants pour leur demander de recommander une classification des politiques de 2008. Les résultats de cette enquête sont présentés ci-après.

1) Liste des membres ayant répondu (26) :

Australian Medical Association (AuMA)	Norway Medical Association (NMA, Norvège)
Bangladesh Medical Association (BaMA)	Royal Dutch Medical Association (RDMA, Pays-Bas)
Canadian Medical Association (CMA)	Consejo General de Colegios Medicos de España (CGCM)
Conseil national de l'ordre des médecins (France)	Swedish Medical Association (SwMA, Suède)
Danish Medical Association (DMA, Danemark)	Taiwan Medical Association (TMA)
Israeli Medical Association (IsMA)	Medical Association of Thailand (MAT)
Japan Medical Association (JMA)	Turkish Medical Association (TuMA)
Korean Medical Association (KMA)	British Medical Association (BMA, Grande-Bretagne)
Kuwait Medical Association (KuMA, Koweït)	Vatican Medical Association (AMV)
German Medical Association (GMA, Allemagne)	Pakistan Medical Association (PkMA)
Austrian Medical Chamber (AMC, Autriche)	Finnish Medical Association (FMA, Finlande)
Rwanda Medical Association (RMA)	American Medical Association (AMA, États-Unis)

Colegio Médico de México (CMM, Mexique)	South African Medical Association (SAMA)
---	--

2) Abréviations des politiques

Peine capitale :	Résolution de l'AMM sur la participation de médecins à la peine capitale
Torture :	Résolution de l'AMM sur la responsabilité des médecins dans la documentation et la dénonciation des actes de torture ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants
Code d'éthique :	Code international d'éthique médicale de l'AMM

3) Commentaires spécifiques des Membres constituants

Peine capitale :

L'Association médicale japonaise (JMA) estime que les résolutions ne devraient pas être modifiées en profondeur parce qu'elles sont censées refléter l'époque de leur adoption. Cette résolution devrait être réaffirmée sans modification.

L'Association médicale de Corée (KMA) estime que cette résolution devrait être fusionnée avec la résolution de l'AMM visant à réaffirmer l'interdiction faite aux médecins de participer à la peine capitale.

L'Association médicale suédoise (SwMA) rejoint le secrétariat sur l'idée que cette résolution devrait être fusionnée avec la résolution de l'AMM visant à réaffirmer l'interdiction faite aux médecins de participer à la peine capitale.

L'Association médicale de Grande-Bretagne (BMA) convient qu'il n'est pas utile que nous disposions de deux documents proclamant à peu près la même chose.

Torture :

La JMA estime que la citation de tous les documents connexes est une longue procédure et qu'elle n'est pas nécessaire.

La KMA estime que si un médecin constate que l'un de ses patients a été torturé ou a subi une autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant, il devrait considérer comme étant une obligation éthique d'en faire un constat précis et d'en rendre compte aux autorités compétentes. Cependant, il est nécessaire de prendre des précautions supplémentaires, les patients comme les médecins pouvant subir des représailles ou voir des informations personnelles divulguées.

La SwMA estime que cette résolution comporte une longue introduction, dans laquelle sont citées bon nombre de déclarations, conventions et résolutions. Pour mettre davantage en valeur les recommandations effectives, peut-être pourrions-nous abrégier l'introduction et si nécessaire déplacer les références de certains documents vers une annexe ou des notes de bas de page ?

L'Association médicale des Pays-Bas (RDMA) estime qu'il est important de situer cette résolution par rapport aux autres textes existants. Plus généralement, nous pensons que l'AMM devrait éviter d'adopter plusieurs résolutions, prises de position ou déclarations sur le même sujet.

L'Association médicale danoise (DMA) recommande une *révision en profondeur* de cette résolution. Bien que ce document contienne de nombreux messages importants, ils ne sont pas communiqués adéquatement. Par exemple, les documents ne devraient pas s'ouvrir sur une

quinzaine de références à d'autres documents sans explication claire de la pertinence de ces messages.

L'Association médicale des États-Unis (AMA) recommande une refonte majeure de ce document. Cette politique gagnerait à être totalement reformatée dans le style habituel de l'AMM et comporte trop de références à des documents connexes au début du document.

Code d'éthique :

La JMA est d'accord avec le secrétariat de l'AMM. Il est vrai que le Code international d'éthique médicale est désormais complété par d'autres politiques éthiques et requiert une révision approfondie. L'AMM pourrait commencer en interne ce processus de révision en tenant compte de la Déclaration de Genève.

La RDMA ne voit pas a priori de nécessité d'une réécriture complète. Cependant, nous estimons qu'il serait très utile de comparer tous les différents documents de l'AMM relatifs à l'éthique médicale et à la conduite des médecins. Peut-être serait-il possible de fusionner certains d'entre eux ? Il est également très important que les messages qu'ils contiennent soient cohérents. Nous proposons donc d'entamer un processus plus général de comparaison des documents de l'AMM. Outre ce processus, nous sommes d'accord de reporter le processus de révision du Code d'éthique médicale pendant la durée de mise en œuvre de la Déclaration de Genève.

(DMA) Le secrétariat de l'AMM recommande que la décision relative à ce document soit reportée pour éviter toute confusion pendant la durée de la réception de la Déclaration de Genève. Tout en convenant qu'il est nécessaire d'éviter toute confusion, la DMA estime qu'il serait opportun de décider d'une révision approfondie de ce texte et d'entamer le processus de révision après la réunion de Riga. La révision de ce document important doit être menée avec soin et elle suppose un travail interne considérable de l'AMM. D'ici à ce que le document soit prêt pour une consultation publique, nous pensons que le risque de confusion avec la Déclaration de Genève sera minime. Nous, membres de la DMA serions fiers de participer au processus de révision, alors que nous venons de terminer la révision de nos propres principes éthiques.

L'Association médicale turque (TuMA) estime qu'il serait utile de réviser avec soin ce document une fois achevée la mise à jour de la Déclaration de Genève.

L'Association médicale finlandaise (FMA) convient de reporter le processus de révision d'une année. Mais le travail en interne pourrait commencer plus tôt.

4) Classification des Membres constituants

Nom de la politique	Peine capitale	Torture	Code d'éthique
Membres constituants			
AMA	Fusionner	C	Reporter
AMC	Fusionner	B	Reporter
AMV	Fusionner	B	Reporter
AuMA	C	B	Reporter
BaMA	A	A	A
CMA	A	B	Reporter
CGCM		B	Reporter
CMM		B	Reporter
CNOM	C	B	Reporter
DMA	B	C	C
FMA	Fusionner	B	Reporter
GMA	A	B	C
IsMA	Fusionner	B	Reporter
JMA	A	A	Reporter
KMA	Fusionner	B	Reporter
KuMA	Fusionner	A	C
NMA	Merge	B	
PkMA	A	B	Postpone
RDMA	Merge	B	Postpone
RMA	A	B	B
SAMA	B	A	
SwMA	Fusionner	B	Reporter
TMA	A	B	
MAT	A	A	A
TuMA	Fusionner	B	C
BMA	Fusionner	B	C
TOTAL	24	26	23

5) Résumé de la classification

Nom de la politique	Peine capitale	Torture	Code d'éthique
Classification			
Réaffirmation (a)	8	5	2
Réaffirmation avec modification mineure (b)	1	19	1
Révision majeure (c)	2	2	5
Suppression et archivage (d)			
	12 (fusionner)		15 (reporter la décision)

Classification proposée sur la base des recommandations des membres	Fusionner avec la résolution de l'AMM visant à réaffirmer l'interdiction faite aux médecins de participer à la peine capitale	B	Reporter la décision
--	--	----------	-----------------------------

À la lumière de ces réponses, il est demandé au Comité de recommander au Conseil une classification de ces politiques pour le Comité d'éthique médicale.

Le secrétariat peut s'occuper des politiques qui ne requièrent que des modifications mineures, qui seront transmises aux associations membres à des fins de commentaires et examinées en vue des réunions du Comité et du Conseil d'octobre 2018. Les Membres constituants sont invités à se porter volontaires, individuellement ou en groupes de travail pour prendre en charge les révisions plus approfondies. Les recommandations visant à supprimer et à archiver les politiques seront adressées à l'Assemblée qui se réunira en octobre 2018, qui prendra une décision définitive.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° FPL 209/Agenda/Apr2018 : Titre : Ordre du jour du comité des finances et du planning	Original : anglais
Destination : Comité des finances et du planning 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note : Cet ordre du jour a été révisé sur les points 3.1, 3.3 et 5.2.	

Jeudi 26 avril 2018

Membres du comité

Dr Moojin Choo	Dr Toru Kakuta
Dr Louis Francescutti	Dr Mari Michinaga
Dr Andrew W. Gurman	Dr Andreas Rudkjoebing
Dr René Héman (Président)	Dr Julio Trostchansky
Dr Miguel Roberto Jorge	Dr Walter Vorhauer

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ardis Dee Hoven, *Présidente du Conseil*
Dr Frank Ulrich Montgomery, *vice-président du Conseil*
Dr Andrew Dearden, *trésorier*

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Yoshitake Yokokura, *Président*
Dr Leonid Eidelman, *Président-élu*
Dr Ketan Desai, *Président sortant*
Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*
Mme Marie Collegrave-Juge, *conseillère juridique*
M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*
Mme Joelle Balfé, *modératrice*
Mme Sunny Park, *responsable du comité*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

1.1 Ouverture de la séance par la Présidente du Conseil

1.2 Compte-rendu de la précédente réunion qui s'est tenue à Chicago, aux États-Unis, du 11 au 14 octobre 2017

Approuver : le compte-rendu du comité des finances et du planning
(FPL 207/Report/Oct2017)

1.3 Remarques d'ouverture du Président du comité

2. FINANCES

2.1 Cotisations des adhérents

Étudier : le compte-rendu relatif au paiement des cotisations par les adhérents pour 2018 (FPL 209/Dues Report/Apr2018)

Recevoir : le compte-rendu oral sur les arriérés de cotisation

2.2 Bilan financier

Étudier : le bilan financier pré-vérifié pour 2017
(FPL 209/FinStat 2017/Apr2018)

3. PLANNING

3.1 Programme stratégique de l'AMM

Étudier : rapport oral du Secrétaire général sur le projet de programme stratégique 2020

3.2 Réunions statutaires de l'AMM

Étudier : le calendrier des prochaines réunions de l'AMM
(FPL 209/WMA Future Meetings/Apr2018)

3.3 Réunions spéciales de l'AMM

Recevoir : les rapports d'étape oraux suivants :

- 1) celui des réunions de l'AMM à Genève au cours de l'Assemblée mondiale de la santé, du 21 au 26 mai 2018 ;
- 2) celui de l'Association médicale islandaise au sujet de la conférence de l'AMM sur l'éthique médicale qui se tiendra du 1^{er} au 4 octobre 2018 à Reykjavik, en Islande ;
- 3) celui la 13e conférence mondiale de l'UNESCO sur la bioéthique, l'éthique médicale à la législation relative à la santé, qui se tiendra à Jérusalem (Israël) du 27 au 29 novembre 2018 ;

- 4) celui sur le 14^e Congrès mondial de bioéthique et la 7^e Conférence nationale de bioéthique qui se tiendront à Bangalore, en Inde du 3 au 7 décembre 2018 et auxquels participera éventuellement l'AMM

4. ADHÉSIONS

4.1 Statut de Membre constituant

Étudier : les candidatures au statut de membres constituants (le cas échéant)

4.2 Statut de membre associé

Étudier : le rapport des membres associés de l'AMM pour 2017
(FPL 209/AM Membership/Apr2018)

Recevoir : le rapport du président des membres associés
(FPL 209/Chair of AM Report/Apr2018)

Recevoir : le rapport du réseau des jeunes médecins (JDN)
(FPL 209/JDN Report/Apr2018)

Recevoir : le rapport du réseau des Présidents sortants et des Présidents du Conseil
(PPCN) (FPL 209/PPCN Report/Apr2018)

5. GOUVERNANCE

5.1 Comité d'étude

Recevoir : le rapport oral du président du Comité d'étude

5.2 Processus de nomination aux postes de la présidence de l'AMM

Étudier : une proposition en faveur de l'introduction, dans le processus de nomination aux postes de la présidence de l'AMM, d'une déclaration des candidats eux-mêmes (FPL 209/Nominating process/Apr2018)

6. SENSIBILISATION

6.1 World Medical Journal

Recevoir : le rapport du rédacteur en chef du *World Medical Journal*
(FPL 209/WMJ Report/Apr2018)

6.2 Relations publiques

Recevoir : le rapport relatif aux relations publiques pour la période courant d'octobre 2017 à mars 2018
(FPL 209/PR Report/Apr2018)

7. AUTRES DOSSIERS

8. LEVÉE DE LA SÉANCE

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : FPL 207/Report/Oct2017	Original : anglais
Titre : Rapport du Comité des finances et du planning	
Destination : Comité des finances et du planning 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Mercredi 11 octobre 2017

Membres du comité

Dr MooJin Choo	Dr Toru Kakuta
Dr Louis Francescutti	Dr Mari Michinaga
Dr Andrew W. Gurman	Dr Andreas Rudkjoebing
Dr René Héman (Président)	Dr Julio Trostchansky
Dr Miguel Roberto Jorge	Dr Walter Vorhauer

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ardis Dee Hoven, *Présidente du Conseil*
Prof. Dr Frank Ulrich Montgomery, *Vice-président du Conseil*
Dr Andrew Dearden, *trésorier*

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ketan Desai, *Président*
Sir Michael Marmot, *Président sortant*
Dr Yoshitake Yokokura, *Président-élu*
Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*
Mme Marie Colegrave-Juge, *conseillère juridique*
M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*
Mme prof. Vivienne Nathanson, *modératrice*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

- 1.1 La Présidente du Conseil a ouvert la séance à 11 h 40.
- 1.2 Le Comité a **approuvé** le rapport de la réunion précédente, qui s'est tenue à Livingstone, en Zambie, du 20 au 22 avril 2017 (FPL 206/Report/Apr2017).
- 1.3 La Présidente a remercié l'Association médicale mondiale d'accueillir cette réunion. Elle a fait observer que l'ordre du jour était très chargé et que le Comité des finances et du planning était l'un des poumons de l'organisation et qu'il lui permettait de mener à bien sa mission.

2. FINANCES

2.1 Bilan financier

- 2.1.1 Le Comité a étudié le bilan comptable de 2016, après audit (FPL 207/FinStat 2016/Oct2017). Le trésorier, le Dr Andrew DEARDEN, a attiré l'attention des membres sur plusieurs points du bilan.

Le trésorier a également fait observer que nombre de membres avaient fait part de leur préoccupation sur le fait que l'AMM accepte des fonds de la part de l'industrie pharmaceutique. Il a souligné que nous devons être transparents sur l'origine et les montants de nos financements, et sur les projets et les activités que ces fonds servent à financer. Le Secrétaire général a déclaré que l'AMM s'était engagée à éviter toute influence indue sur ses travaux et que les informations relatives aux soutiens financiers figuraient dans le rapport du Secrétaire général au Conseil. Conformément à la loi des États-Unis, ces informations sont également publiées sur les sites internet des donateurs. Le trésorier a insisté sur le fait que ces fonds provenant de sources extérieures ne finançaient pas les activités fondamentales de l'AMM, ni les réunions statutaires. Ils ne servent à financer que les projets spéciaux, notamment les efforts de formation et les autres réunions.

RECOMMANDATION

- 2.1.1.1 Le bilan financier pour 2016, après audit (FPL 207/FinStat 2016/Oct2017) devrait être approuvé par le Conseil et transmis à l'Assemblée générale pour être approuvé et adopté.
- 2.1.2 Le Comité a **reçu** le rapport oral relatif aux arriérés de cotisation pour 2016. Le trésorier a indiqué avoir reçu 99,35 % des contributions pour 2016.

2.2 Budget de l'AMM et cotisations des membres dues

- 2.2.1 Le Comité a **étudié** la proposition budgétaire de l'AMM pour 2018 et l'a comparée à l'état des dépenses pour 2016 (FPL 207/Budget 2018/Oct2017).

Le trésorier a passé au crible les détails du rapport, y compris certaines des nouvelles activités proposées qui seraient envisageables compte tenu de la

bonne santé financière de l'AMM. L'Association médicale canadienne a demandé au trésorier de clarifier si les nouveaux projets proposés pourraient être réalisés par le personnel actuel de l'AMM ou s'il serait nécessaire d'embaucher de nouvelles personnes au sein du Secrétariat de l'AMM. Le Secrétaire général a répondu que certaines des activités pourraient être réalisées par le personnel actuel, mais qu'il était prévu d'embaucher de nouvelles personnes pour prendre en charge une partie de l'augmentation des tâches. Il a présenté à cette occasion la nouvelle responsable de la communication et de l'information de l'AMM, Mme Madga MIHAILA.

RECOMMANDATION

- 2.2.1.1 Le bilan financier pour 2018, après audit (FPL 207/Budget 2018/Oct2017) devrait être approuvé par le Conseil et transmis à l'Assemblée générale pour adoption.
- 2.2.2 Le Comité a **reçu** le rapport relatif aux cotisations des adhérents pour 2017 (FPL 207/Dues Report/Oct2017) et aux arriérés de cotisations. Ce document sera transmis à l'Assemblée générale pour information.
- 2.2.3 Le Comité a reçu le rapport sur les catégories de cotisation auprès de l'AMM pour 2018 (FPL 207/Dues Categories 2018/Oct2017). Ce document sera transmis à l'Assemblée générale pour information.
- 2.2.4 Le Comité a **reçu** le rapport oral du groupe de travail sur les finances. Le trésorier a indiqué que le groupe de travail examinerait la politique de l'AMM relative aux soutiens financiers, un examen qui doit être fait régulièrement pour assurer que cette politique est claire et actuelle. Il a fait observer que grâce à l'excédent financier accumulé, le lancement de la plateforme de formation pourrait avoir lieu fin 2017 ou début 2018.

Le Secrétaire général a rendu compte de la situation au Venezuela et a demandé au Comité d'appuyer la demande du groupe de travail sur les finances de renoncer à la cotisation de l'Association médicale vénézuélienne pour 2017 et de considérer l'Association comme étant en règle.

RECOMMANDATION

- 2.2.4.1 Le Comité recommande au Conseil de renoncer à la cotisation de l'Association médicale vénézuélienne.

2.3 Commissaire aux comptes

Le Comité a **étudié** le rapport oral et la recommandation du trésorier de reconduire KPMG comme commissaire au compte pour l'audit du bilan financier de l'AMM pour 2017.

RECOMMANDATION

- 2.3.1 Le Comité recommande que le Conseil reconduise KPMG en tant que commissaire aux comptes pour l'audit du bilan financier de l'AMM pour 2017.

3. PLANNING

3.1 Plan stratégique de l'AMM

Le Secrétaire général a signalé que le Conseil lui avait demandé de retarder l'élaboration du nouveau programme stratégique, en attendant les résultats du groupe de travail sur la gouvernance, qui a achevé son mandat. Les recommandations contenues dans le rapport final du groupe de travail seront intégrées au prochain programme stratégique. L'ébauche de ce programme stratégique sera présentée lors de la session du Conseil en avril 2018.

3.2 Réunions statutaires de l'AMM

Le Comité a **examiné** le calendrier et l'organisation des futures réunions statutaires de l'AMM (FPL 207/WMA Future Meetings/Oct2017).

- 3.2.1 Le Secrétaire général a informé le Comité qu'en raison des troubles politiques et sociaux récents, des exactions commises contre des médecins, des militants des droits humains et des personnes critiques du régime turc, le Comité exécutif avait recommandé que l'AMM revienne sur sa décision de l'année dernière de tenir son Assemblée générale de 2019 à Istanbul. Le Secrétaire général a déploré cette proposition en soulignant que l'AMM comptait, par l'organisation de son Assemblée générale à Istanbul, apporter son soutien à l'Association médicale turque. Plusieurs membres ont fait écho au Secrétaire général et regretté cette proposition. Le Secrétaire général a poursuivi en signalant que l'Association médicale géorgienne avait accepté d'accueillir l'Assemblée générale en 2019 plutôt qu'en 2020. Le Comité exécutif recommande donc de reporter à une date indéterminée l'invitation de l'Association médicale turque et d'accepter l'offre de l'Association médicale géorgienne d'accueillir l'Assemblée générale de 2019.

Le Secrétaire général a précisé que ce report serait reconsidéré si la situation en Turquie se stabilisait. Il a ajouté que l'AMM publierait un communiqué de presse afin d'expliquer la décision de l'AMM de ne pas se rendre à Istanbul en 2019 et de réaffirmer notre appui entier et constant à l'Association médicale turque.

RECOMMANDATION

- 3.2.1.1 Le Conseil recommande à l'Assemblée de reporter à une date indéterminée l'invitation de l'Assemblée médicale turque d'accueillir une réunion en 2019 et d'accepter l'offre de l'Association médicale géorgienne d'accueillir l'Assemblée générale de 2019.
- 3.2.2 Le Comité a étudié l'invitation de l'Association médicale portugaise d'accueillir la 215^e session du Conseil de 2020.

RECOMMANDATION

- 3.2.2.1 Le Comité recommande d'accepter l'invitation de l'Association médicale portugaise d'accueillir la 215^e session du Conseil à Porto en 2020.
- 3.2.3 Le Comité a étudié l'invitation de l'Association médicale allemande d'accueillir la 73^e Assemblée générale de 2020.

RECOMMANDATION

- 3.2.3.1 Le Comité recommande d'accepter l'invitation de l'Association médicale allemande d'accueillir la 73^e Assemblée générale à Berlin en 2020.
- 3.2.4 Au sujet de la décision du Conseil d'avril 2017 de recommander que l'Assemblée générale de 2021 se tienne en Chine, le Secrétaire général a informé le Comité que les préoccupations relatives au libre accès de la presse aux réunions et à la liberté des communications électroniques (c'est-à-dire la méthode par laquelle l'AMM organise l'évènement et transmet ses documents) n'avaient pas été dissipées. Il a indiqué qu'il pensait que ces deux problèmes pourraient être résolus mais qu'il convenait de s'en occuper.

À la demande du Comité exécutif, le Secrétaire général a informé le Comité que la World Heart Federation s'était vue refuser à la dernière minute de se réunir en Chine à moins que son membre taïwanais accepte de modifier son nom. Si cela venait à se produire pour l'AMM, l'AMM et tous les participants risqueraient de perdre la somme qu'ils ont consacré à la réunion, au voyage, aux frais d'inscription, etc. soit plus de 500 000 euros. Au cours de la discussion, il était clair que la divergence de positions entre l'Association médicale chinoise et l'Association médicale taïwanaise au sujet du nom de cette dernière n'était pas résolue. Le Secrétaire général a rappelé au Comité que l'AMM avait précédemment décidé de ne pas interférer dans la situation politique interne de ces pays et a souligné que l'AMM n'avait ni mandat ni statut qui lui donnerait le droit d'exiger quoi que ce soit au sujet du nom de l'un de ses membres. Au cours de cette discussion, plusieurs membres ont soutenu cette décision dans leurs commentaires. Le Secrétaire général a informé le Comité que la recommandation du Comité exécutif que les deux associations médicales, éventuellement avec l'aide d'un modérateur offert par l'AMM, essaient dans l'année à venir de parvenir à un accord sur ce sujet et que le Comité attende jusqu'à 2018 pour décider d'un éventuel changement de programme s'il venait à considérer que l'Assemblée générale de 2021 ne pourrait pas se tenir en Chine.

Les associations médicales de Chine et de Taiwan ont convenu de discuter entre elles de la question du nom de l'Association médicale taïwanaise, éventuellement avec l'appui de l'AMM.

La décision d'avril 2017 par laquelle le Conseil recommandait que l'Assemblée générale de 2017 accepte l'invitation de l'Association médicale

chinoise d'accueillir la réunion de 2021 reste à l'ordre du jour (GA Council Report-Provisional Annex/Oct2017, Item 4.1) et sera présentée à l'Assemblée lors de la session plénière.

3.3 Réunions spéciales de l'AMM

Le Comité a reçu le rapport oral du Secrétaire général concernant deux réunions :

- 3.3.1 Le Dr Jon SNÆDAL a informé le Comité que l'Association médicale islandaise et l'AMM tiendra une conférence sur l'éthique médicale en parallèle de l'Assemblée générale de l'AMM qui se tiendra à Reykjavik, en Islande, du 1^{er} au 4 octobre 2018.
- 3.3.2 2) la [13^e conférence mondiale de l'UNESCO sur la bioéthique, l'éthique médicale à la législation relative à la santé](#), qui se tiendra à Jérusalem (Israël) du 27 au 29 novembre 2018.
- 3.3.3 Les inscriptions pour le cours sur le leadership, qui se tiendra du 3 au 8 décembre 2017, sont désormais fermées. Cette réunion se tiendra avec la coopération de la clinique Mayo et le soutien financier de Bayer et Pfizer.

4. ADHÉSIONS

4.1 Statut de Membre constituant

- 4.1.1 Le Comité a étudié la candidature de la chambre médicale tchèque (FPL 207/Apply-Czech/Oct2017). Le Secrétaire général a expliqué que l'Association médicale tchèque, qui a longtemps fait partie de l'AMM, avait récemment démissionné de l'AMM car elle reconnaissait que la Chambre médicale tchèque était plus représentative des médecins du pays et qu'il valait mieux que ce soit cette dernière qui fasse partie de l'AMM pour représenter la République tchèque.

RECOMMANDATION

- 4.1.1.1 La Chambre médicale tchèque devrait être admise comme Membre constituant de l'AMM.
- 4.1.2 Le Comité a étudié la candidature de l'Association des médecins biélorusse (FPL 207/Apply-Belarus/Oct2017). Le Secrétaire général a expliqué que l'AMM était en contact avec cette association depuis de nombreuses années et se félicitait de sa candidature auprès de l'AMM. L'organisation dispose d'un conseiller juridique, qui est un membre de son conseil d'administration et qui était auparavant membre de l'association. Cela ne constitue pas un obstacle selon le règlement de l'AMM et ne saurait empêcher son adhésion à l'AMM.

RECOMMANDATION

- 4.1.2.1 L'Association des médecins biélorusse devrait être admise comme Membre constituant de l'AMM.

- 4.1.3 Le Comité a étudié la candidature de l'Association médicale pakistanaise (FPL 207/Apply-Pakistan/Oct2017). Le Secrétaire général a informé le Comité que cette Association était auparavant un membre de l'AMM. Grâce au travail du Président de l'AMM, le Dr Ketan Desai, l'Association a été convaincue de rejoindre l'AMM. L'Association médicale pakistanaise compte six membres honoraires qui ne sont pas médecins mais qui font état de « mérites exceptionnels ». Nous ne pensons pas que cela soit un obstacle à l'adhésion de l'Association à l'AMM.

RECOMMANDATION

- 4.1.3.1 L'Association médicale pakistanaise devrait être admise au sein de l'AMM comme Membre constituant.

- 4.1.4 Le Comité a étudié la candidature de la Chambre médicale nationale de Russie (NMC) (FPL 207/Apply-Russia/Oct2017).

Le Secrétaire général a expliqué que la Chambre médicale russe comprenait les organisations de 79 régions russes sur 82. Les trois dernières devraient rejoindre la NMC ultérieurement cette année. Il a estimé que la NMC était la plus représentative des organisations représentant des médecins en Russie, et qu'elle comptait de nombreux atouts, comme son autonomie, sa volonté de guider et de superviser la conduite des médecins et de diffuser des normes éthiques exigeantes. Suite à un examen attentif de cette candidature par la conseillère juridique de l'AMM, Mme Marie COLEGRAVE, il a été recommandé que l'AMM accueille favorablement cette candidature. En réponse à une demande de l'Association médicale danoise, le Secrétaire général a fourni un aperçu des évaluations de l'AMM sur la NMC et les raisons pour lesquelles elle était la plus représentative des associations russes. En réponse à une question de l'Association médicale canadienne, le Secrétaire général a expliqué que les cotisations versées par la NMC seraient d'abord faibles. Il a indiqué au Président de la NMC qu'il comptait augmenter le montant des cotisations, à mesure que la santé financière de l'organisation s'améliorerait. Le Dr Peteris Apinis, Président de l'Association médicale lettone, a indiqué qu'il connaissait bien cette organisation et son président, qui est une autorité très respectée en Russie.

Le Secrétaire général a fait observer qu'il demeurait le problème de l'ancien membre de l'AMM, la Société médicale russe (RMS), qui apparemment croit toujours faire partie de l'AMM bien qu'elle ait été officiellement radiée début 2017 pour non-paiement de ses cotisations. La RMS a adressé une lettre à l'AMM, la menaçant de poursuites en justice si cette dernière acceptait un nouveau membre pour représenter la Russie. Le Comité exécutif a discuté en profondeur de cette question et a conclu que cette situation ne faisait pas obstacle à l'admission de la NMC parmi les membres.

RECOMMANDATION

- 4.1.4.1 La Chambre médicale nationale russe devrait être admise comme Membre constituant de l'AMM.

5. GOUVERNANCE

5.1 Étude de la gouvernance

Le Comité a reçu le rapport du Groupe de travail sur l'étude de la gouvernance (FPL 207/Governance Review/Oct2017), établi par son président, le professeur Dr Rutger J. van der GAAG.

Le professeur van der GAAG a indiqué que le groupe de travail était arrivé au bout de son mandat. Il a examiné des recommandations supplémentaires qui s'étaient fait jour lors de la réunion du groupe de travail de la veille et qui ne figurent pas dans le rapport écrit. Plusieurs associations médicales nationales et la Présidente du Conseil ont félicité le Président pour sa conduite excellente et avisée du groupe de travail et a pris acte avec satisfaction des progrès réalisés et de la confiance qui s'est instaurée malgré les nombreuses difficultés auxquelles a fait face ce groupe de travail.

La Présidente a admis qu'un grand travail restait à faire pour la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail. Elle a informé le Comité qu'elle transmettrait le rapport du groupe de travail au Comité exécutif afin qu'il soit discuté et qu'il en soit tiré un programme d'action décrivant les activités à court et à long terme et les étapes que l'AMM devra mettre en œuvre pour progresser sur les thèmes identifiés. Elle a insisté sur l'importance de lier ce programme au programme stratégique et de se montrer créatifs, proactifs et ouverts aux débats pour réaliser ces changements. La Présidente du Conseil a remercié le groupe de travail et son Président pour leur travail acharné.

RECOMMANDATION

- 5.1.1 Le Comité recommande d'accepter le rapport du groupe de travail et de le présenter à l'Assemblée générale à des fins d'information et de débat.

5.2 Comité d'étude

Le Président du Comité d'étude, le Dr Mark PORTER, a signalé que suite à la constitution du Comité à Livingstone, celui-ci avait étudié les nouvelles propositions de politiques pour cette réunion et avait entamé une coopération avec le Secrétariat sur le processus de révision décennale des politiques.

5.3 Révision des Statuts et règlement de l'AMM

- 5.3.1 Le Comité a étudié la proposition de révision du règlement applicable aux Membres associés de l'AMM (FPL 207/AM Rules/Oct2017).

Le Secrétaire général a recommandé que les étudiants en médecine et les jeunes médecins bénéficient d'une adhésion gratuite en tant que Membres associés pendant les cinq premières années. Cette adhésion ne leur donnera pas accès à des produits de l'AMM autres que l'accès à la zone réservée aux membres sur le site internet et ne leur donnera pas de droit de vote aux réunions des Membres associés.

RECOMMANDATION

- 5.3.1.1 La proposition de révision des règles applicables aux Membres associés de l'AMM (FPL 207/AM Rules/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour approbation.
- 5.3.2 Le Comité a étudié l'annexe au document de mission du Réseau des jeunes médecins (FPL 207/JDN ToR Appendix/Oct2017) qui a trait aux procédures d'élection nécessaires à l'accroissement du nombre de membres.

RECOMMANDATION

- 5.3.2.1 L'annexe au mandat du Réseau des jeunes médecins (FPL 207/JDN ToR Appendix/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil.

6. SENSIBILISATION

6.1 Rapport des Membres associés

Le Comité reporté l'étude du rapport du Président des Membres associé (FPL 207/Chair of AM Report/Oct2017), le Dr Joseph HEYMAN, au Conseil.

6.2 Réseau des Présidents sortants et des Présidents du Conseil

Le Comité a reporté l'étude du Rapport du Réseau des Présidents sortants et des Présidents du Conseil (PPCN) (FPL 207/PPCN Report/Oct2017) au Conseil.

6.3 Rapport du Réseau des jeunes médecins

Le Comité a reporté l'étude du rapport du Réseau des jeunes médecins (JDN) (FPL 207/JDN Report/Oct2017) rédigé par sa Présidente, la Dre Caline MATTAR, au Conseil.

6.4 World Medical Journal

Le Comité a reporté l'étude du rapport du rédacteur en chef du WMJ (FPL 207/WMJ/Oct2017), le Dr Peteris APINIS, au Conseil.

6.5 Relations publiques

Le Comité a reporté l'étude du rapport sur les relations publiques pour la période courant de mai à septembre 2017 (FPL 207/PR Report/Oct2017) réalisé par l'attaché de presse de l'AMM, M. Nigel DUNCAN, au Conseil.

7. AUTRES DOSSIERS

Aucune autre question n'a été soulevée.

8. LEVÉE DE LA SÉANCE.

La séance a été levée à 14 h 55.

12.10.2017

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no:	FPL 209/Dues Report/Apr2018	Original:
Title:	Report on Membership Dues Payment for 2018	English
Destination:	Finance and Planning Committee 209th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For Information
Note:	This document is composed of two parts, comparison of membership dues paid and number of declared members paid (Annex 1) for 2016, 2017 and 2018 as of 5 April 2018.	

COMPARISON OF MEMBERSHIP DUES PAID IN 2018, 2017 AND 2016

CONSTITUENT MEMBERS - COUNTRY

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60	Rate Classes	Rate Classes	Rate Classes
Category D -	2,15	A-D/member	A-D/member	A-D/member

1. Current year

AFRICA

ANGOLA	B	-	C	-	-	C	
CABO-VERDE	B	-	B	-	-	B	
CAMEROON	B	-	B	-	-	B	
CONGO	A	6 000	A	-6 000	-	A	
CÔTE D'IVOIRE	B	95	B	-95	95	B	
EGYPT	B	-	B	-	-	B	
ETHIOPIA	A	-	A	-	-	A	
GHANA	1 055	B	1 055	B	-	1 055	B
GUINEA	A	120	A	-	-	A	
KENYA	B	713	B	-	-	B	
LESOTHO	B	-	B	-	-	B	
MALAWI	A	-	A	-	40	A	
MALI	A	-	A	-	-	A	
MOZAMBIQUE	A	-	A	-	-	A	
NAMIBIA	C	-	C	-	-	C	
NIGERIA	14 250	B	14 250	B	-	14 250	B
RWANDA	80	A	A	-	-	A	
SÉNÉGAL	A	544	A	-544	-	B	
SOMALIA	***	A	-	A	-	A	
SOUTH AFRICA	14 040	C	14 040	C	-	14 040	C
SUDAN	B	-	B	-	-	B	

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member

TANZANIA		A	- A	- A
TUNISIA	433	B	633 B	- C
UGANDA		A	40 A	40 A
ZAMBIA	950	B	950 B	950 B
ZIMBABWE	***	- A	- A	- A
Sub-total	30 809		38 440	-6 879
				17 505

ASIA

BANGLADESH	570	B	570 B	-	412 B
CHINA	***	20 000 C	80 000 C	-60 000	3 555 C
INDIA	71 250	B	71 250 B	-	71 250 B
ISRAEL	53 750	D	52 500 D	1 250	52 500 D
KUWEIT	2 150	D	2 100 D	50	2 102 D
MYANMAR	380	B	285 B	95	285 B
NEPAL		A	163 A	-163	163 A
PAKISTAN	475	B	**	475	**
SRI LANKA		B	- B	-	- B
VIETNAM		B	422 B	-422	- B
Sub-total	148 575		207 290	-58 715	130 267

EUROPE

ALBANIA	3 200	C	3 200 C	-	1 920 C
ANDORRA		D	- D	-	- D
ARMENIA		B	- B	-	- B
AUSTRIA	15 093	D	14 742 D	351	14 742 D
AZERBAIJAN		C	- C	-	- C
BELARUS		C	**		
BELGIUM	4 934	D	4 820 D	115	4 820 D
BULGARIA		C	- C	-	- C
CROATIA	1 500	D	- D	1 500	1 575 D
CYPRUS		D	- D	-	- D
CZECH REP.	***	12 900 D	** D	12 900	1 680 D
DENMARK	32 250	D	31 500 D	750	31 500 D
ESTONIA	1 075	D	1 050 D	25	1 050 D
FINLAND	27 950	D	27 300 D	650	27 300 D
FRANCE	107 715	D	105 210 D	2 505	105 210 D
GEORGIA	259	B	437 C	-177	272 B
GERMANY	***	112 875 D	220 500 D	-107 625	220 500 D
GREECE	10 750	D	10 500 D	250	10 500 D
HUNGARY	6 450	D	6 300 D	150	6 300 D
ICELAND	1 828	D	1 785 D	43	1 785 D
IRELAND	1 505	D	1 470 D	35	1 470 D
ITALY		D	12 600 D	-12 600	12 600 D
KAZAKHSTAN		C	240 C	-240	240 C
LATVIA	3 118	D	3 045 D	73	3 045 D

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60			
Category D -	2,15			
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member
LIECHTENSTEIN	D	- D	-	- D
LITHUANIA	D	- D	-	- D
LUXEMBOURG	D	1 275 D	-1 275	1 296 D
MACEDONIA	C	- C	-	- C
MALTA	1 075 D	1 050 D	25	1 050 D
MONTENEGRO	C	- C	-	- C
NETHERLANDS	128 153 D	124 121 D	4 032	33 128 D
NORWAY	32 250 D	31 500 D	750	31 500 D
POLAND	897 D	876 D	21	876 D
PORTUGAL	D	5 250 D	-5 250	5 250 D
ROMANIA	16 000 C	15 040 C	960	14 400 C
RUSSIA	*** C	11 200 C	-11 200	- D
SERBIA	C	16 002 C	-16 002	- C
SLOVAKIA	D	479 D	-479	479 D
SLOVENIA	6 927 D	6 829 D	98	- D
SPAIN	*** D	105 000 D	-105 000	105 000 D
SWEDEN	43 215 D	42 210 D	1 005	42 210 D
SWITZERLAND	38 732 D	36 863 D	1 869	36 863 D
TURKEY	1 600 C	1 600 C	-	1 600 C
UKRAINE	95 B	95 B	-	B
UNITED KINGDOM	219 300 D	214 200 D	5 100	214 200 D
UZBEKISTAN	B	- B	-	67 B
VATICAN	108 D	105 D	3	105 D
Sub-total	831 753	1 058 392	-226 639	934 531

LATIN AMERICA

ARGENTINA	D	700 D	-700	4 200 D
BAHAMAS	D	- D	-	- D
BELIZE	160 C	**		
BOLIVIA	B	422 B	-422	422 B
BRAZIL	80 800 C	80 800 C	-	80 800 C
CHILE	4 504 D	4 400 D	105	4 400 D
COLOMBIA	C	- C	-	- C
COSTA RICA	C	600 C	-600	1 609 C
EL SALVADOR	B	- B	-	- B
HAITI	A	- A	-	100 A
MEXICO	C	533 C	-533	533 C
PANAMA	566 C	803 C	-237	- C
PERU	C	- C	-	- C
TRINIDAD AND TOBAGO	D	420 D	-420	420 D
URUGUAY	D	4 110 D	-4 110	5 273 D
VENEZUELA	*** C	- C	-	- D
Sub-total	86 030	92 788	-6 917	97 757

NORTH AMERICA

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60			
Category D -	2,15			
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member
CANADA	64 715 D	63 210 D	1 505	63 210 D
USA	260 150 D	254 100 D	6 050	254 100 D
Sub-total	324 865	317 310	7 555	317 310
PACIFIC				
AUSTRALIA	44 406 D	45 555 D	-1 149	39 297 D
FIJI	C	- C	-	- C
HONG KONG	2 043 D	1 995 D	48	1 995 D
INDONESIA	B	- B	-	- B
JAPAN ***	D	317 100 D	-317 100	317 100 D
KOREA	37 625 D	36 750 D	875	36 750 D
MALAYSIA	2 400 C	2 400 C	-	2 400 C
NEW ZEALAND	400 D	2 100 D	-1 700	2 100 D
PHILIPPINES	B	713 B	-713	661 B
SAMOA	B	- B	-	- B
SINGAPORE	516 D	504 D	12	504 D
TAIWAN	D	23 125 D	-23 125	23 125 D
THAILAND	1 066 C	1 066 C	-	1 066 C
Sub-total	88 455	431 307	-342 852	424 998
TOTAL	1 510 487	2 145 527	-634 447	1 922 369

2. Previous years

Belgium (2006-2012)	2 002 D	2 002 D		2 002 D
Panama (2015-2016)		1 556 C		
Russia (2015)				5 250 D
Rwanda (2015-2017)	44 A			
Tunisia (2015-2016)		2 066 B		
Ukraine (2015, 2016)		185 B		
Uzbekistan (2013-2015)				189 D
Vietnam (2016)		422 B		
Sub-total	2 046	6 231		7 441
TOTAL	1 512 533	2 151 758	-639 225	1 929 810

** Not member at that time

***** Note by the Secretary General:**

The following statutory members have formal special arrangements with the WMA:

- Due to the current impossibility to transfer money out of Zimbabwe, the technical inability to collect our dues, the extreme inflation rate in the country and after having consulted with the Zimbabwe Medical Association the Secretary General considers the Zimbabwe Medical Association in Good Standing without having received dues so far but considers that ZIMA pays its annual dues (20 EUR) till the financial situation changes.

Membership rate per member

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60			
Category D -	2,15			
	Euro	Euro	Euro	Euro
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member

- Due to the war in Somalia, the Secretary General considers the Somalia Medical Association is in good standing and waived the membership dues since 2011.
- German Medical Association pays its dues in two equal parts on January 1st and July 1st.
- Japan Medical Association pays its dues in with its new business year in April.
- Spanish Medical Association pays its dues in two equal parts on February 1st and August 1st.
- The Czech Medical Association resigned in April 2017 and the Czech Medical Chamber joined the membership in October 2017.
- The membership of the Russian Medical Society was terminated in April 2017 following procedure according to WMA Bylaws, Chapter 1, Section 5B and the National Medical Chamber of Russia joined the membership in October 2017.
- Due to the financial crises in Venezuela, the membership dues of Venezuela Medical Association was waived for the years 2013 to 2017.
- Chinese Medical Association pays its dues by three installments. 1st installment was received on 4 April 2018.

COMPARISON OF DECLARED MEMBERS IN 2018, 2017 AND 2016

CONSTITUENT MEMBERS - COUNTRY

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
1. Current year				
AFRICA				
ANGOLA	-	-	-	-
CABO-VERDE	-	-	-	-
CAMEROON	-	-	-	-
CONGO	-	15 000	-15 000	-
CÔTE D'IVOIRE	-	100	-100	100
EGYPT	-	-	-	-
ETHIOPIA	-	-	-	-
GHANA	1 111	1 111	-	1 111
GUINEA	-	300	-300	-
KENYA	-	750	-750	-
LESOTHO	-	-	-	-
MALAWI	-	-	-	100
MALI	-	-	-	-
MOZAMBIQUE	-	-	-	-
NAMIBIA	-	-	-	-
NIGERIA	15 000	15 000	-	1 352
RWANDA	200	-	200	-
SÉNÉGAL	-	1 360	-1 360	-
SOMALIA	-	-	-	-
SOUTH AFRICA	8 775	8 775	-	8 775
SUDAN	-	-	-	-
TANZANIA	-	-	-	-
TUNISIA	456	666	-210	-
UGANDA	-	100	-100	100
ZAMBIA	1 000	1 000	-	1 000
ZIMBABWE	50	50	-	50
Sub-total	26 592	44 212	-17 620	12 588
ASIA				
BANGLADESH	600	600	-	434
CHINA	12 500	50 000	-37 500	2 222
INDIA	75 000	75 000	-	75 000
ISRAEL	25 000	25 000	-	25 000
KUWEIT	1 000	1 000	-	1 000
MYANMAR	400	300	100	300
NEPAL	-	407	-407	407
PAKISTAN	500	**	500	**
SRI LANKA	-	-	-	-
VIETNAM	-	444	-444	-
Sub-total	115 000	152 751	-37 751	104 363
EUROPE				

ANNEX

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
ALBANIA	2 000	2 000	-	1 200
ANDORRA	-	-	-	-
ARMENIA	-	-	-	-
AUSTRIA	7 020	7 020	-	7 020
AZERBAIJAN	-	-	-	-
BELARUS	-	**	-	**
BELGIUM	2 295	2 295	-	2 295
BULGARIA	-	-	-	-
CROATIA	697	-	697	750
CYPRUS	-	-	-	-
CZECH REP.	6 000	**	6 000	800
DENMARK	15 000	15 000	-	15 000
ESTONIA	500	500	-	500
FINLAND	13 000	13 000	-	13 000
FRANCE	50 100	50 100	-	50 100
GEORGIA	273	273	-	286
GERMANY	52 500	105 000	-52 500	105 000
GREECE	5 000	5 000	-	5 000
HUNGARY	3 000	3 000	-	3 000
ICELAND	850	850	-	850
IRELAND	700	700	-	700
ITALY	-	6 000	-6 000	6 000
KAZAKSTAN	-	150	-150	150
LATVIA	1 450	1 450	-	1 450
LIECHTENSTEIN	-	-	-	-
LITHUANIA	-	-	-	-
LUXEMBOURG	-	607	-607	617
MACEDONIA	-	-	-	-
MALTA	500	500	-	500
MONTENEGRO	-	-	-	-
NETHERLANDS	59 606	59 105	501	15 775
NORWAY	15 000	15 000	-	15 000
POLAND	417	417	-	417
PORTUGAL	-	2 500	-2 500	2 500
ROMANIA	10 000	9 400	600	9 000
RUSSIA	-	7 000	-7 000	-
SERBIA	-	10 001	-10 001	-
SLOVAKIA	-	228	-228	228
SLOVENIA	3 222	3 252	-30	-
SPAIN	-	50 000	-50 000	50 000
SWEDEN	20 100	20 100	-	20 100
SWITZERLAND	18 015	17 554	461	17 554
TURKEY	1 000	1 000	-	1 000
UKRAINE	100	100	-	-
UNITED KINGDOM	102 000	102 000	-	102 000
UZBEKISTAN	-	-	-	70
VATICAN	50	50	-	50
Sub-total	390 395	511 152	-120 757	447 912

LATIN AMERICA

ANNEX

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
ARGENTINA	-	333	-333	2 000
BAHAMAS	-	-	-	-
BELIZE	100	**	100	**
BOLIVIA	-	444	-444	444
BRAZIL	50 500	50 500	-	50 500
CHILE	2 095	2 095	-	2 095
COLOMBIA	-	-	-	-
COSTA RICA	-	375	-375	1 005
CUBA	-	-	-	-
EL SALVADOR	-	-	-	-
HAITI	-	-	-	250
MEXICO	-	333	-333	333
PANAMA	353	502	-149	-
PERU	-	-	-	-
TRINIDAD AND TOBAGO	-	200	-200	200
URUGUAY	-	1 957	-1 957	2 522
VENEZUELA	-	-	-	-
Sub-total	53 048	56 739	-3 691	59 349
NORTH AMERICA				
CANADA	30 100	30 100	-	30 100
USA	121 000	121 000	-	121 000
Sub-total	151 100	151 100	-	151 100
PACIFIC				
AUSTRALIA	20 653	21 692	-1 039	18 712
FIJI	-	-	-	-
HONG KONG	950	950	-	950
INDONESIA	-	-	-	-
JAPAN	-	151 000	-151 000	151 000
KOREA	17 500	17 500	-	17 500
MALAYSIA	1 500	1 500	-	1 500
NEW ZEALAND	186	1 000	-814	1 000
PHILIPPINES	-	750	-750	696
SAMOA	-	-	-	-
SINGAPORE	240	240	-	240
TAIWAN	-	11 011	-11 011	11 011
THAILAND	666	666	-	666
Sub-total	41 695	206 309	-164 614	203 275
TOTAL	777 830	1 122 263	-344 433	978 587

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : FPL 209/WMA Future Meetings/Apr2018	Original : anglais
Titre : Calendrier et dispositions pour les futures réunions de l'AMM	
Destination : Comité des finances et du planning 209^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

1. POINTS À ÉTUDIER

1.1 Dates de réunion

Une enquête a été adressée aux membres en janvier 2018 et les dates suivantes semblaient les plus commodes pour les prochaines réunions de 2021/2022 :

- 1.1.1 218^e session du Conseil (lieu à définir) : **du 22 au 24 avril 2021**
- 1.1.2 72^e Assemblée générale (lieu à définir) : **13-16 octobre 2021**
- 1.1.3 221^e session du Conseil (lieu à définir) : **du 7 au 9 avril 2022**

1.2 Nouvelles invitations reçues :

- 1.2.1 de l'Association médicale rwandaise (Rwanda Medical Association, RMA), à **Kigali**¹
 - de préférence pour la **71^e Assemblée générale, en octobre 2010**
 - ou années vacantes proches pour la session du Conseil, c'est-à-dire avril 2021 ou 2022
- 1.2.2 de l'Association médicale britannique (British Medical Association, BMA), à **Londres**²
 - pour la **71^e Assemblée générale, en octobre 2010**
 - ou pour les années suivantes, y compris 2021 et 2022
- 1.2.3 du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM France) à **Paris**³

¹ Le Secrétariat a reçu son questionnaire complété et a pu vérifier que Kigali pouvait être ville d'accueil de la session du Conseil ou de l'Assemblée générale de l'AMM.

² Le Secrétariat a reçu son questionnaire complété et a pu vérifier que Londres pouvait être ville d'accueil de l'Assemblée générale de l'AMM. Notre seule réserve est qu'il pourrait être difficile pour les représentants russes d'obtenir un visa en raison de la situation politique actuelle.

³ Le Secrétariat a reçu son questionnaire complété et a pu vérifier que Paris pouvait être ville d'accueil de la session du Conseil de l'AMM.

- pour la **221^e session du Conseil d'avril 2022**

Le Secrétariat lancera une enquête au sujet des dates de réunion et un appel à invitations pour les futures réunions au cours du mois de juin 2018. Pour être étudiées lors de la 210^e session du Conseil à Reykjavik en octobre 2018, les invitations devront parvenir au secrétariat avant le 31 août 2018.

1.3 Assemblée générale de Beijing (ou Shanghai) de 2021

Pour faire suite à la décision prise par l'Assemblée générale en octobre 2017, l'invitation de l'Assemblée médicale chinoise a été reportée jusqu'à l'Assemblée générale de 2018.

2. DATES ET LIEUX DES ASSEMBLÉES ET DES SESSIONS DU CONSEIL DE L'AMM DE 2005 À 2021

Les lieux de l'Assemblée générale de l'AMM obéissent en principe à un système de rotation mondiale. L'Assemblée générale de l'AMM se tient donc dans chacune des six régions de l'AMM tous les six ans.

Année	Dates	Région	Lieu	Note
2005	12-15 octobre	Amérique latine	Santiago, Chili	
2006	12-15 octobre	Afrique	Sun City, Afrique du Sud	
2007	3-6 octobre	Europe	Copenhague, Danemark	150 ^e anniversaire
2008	15-18 octobre	Pacifique	Séoul, Corée	100 ^e anniversaire
2009	13-15 mai	Asie	Tel-Aviv, Israël	
	14-17 octobre	Asie	New Delhi, Inde	
2010	20-22 mai	Europe	Évian-les-Bains, France	
	13-16 octobre	Amérique du Nord	Vancouver, Canada	
2011	7-9 avril	Pacifique	Sydney, Australie	
	12-15 octobre	Amérique latine	Montevideo, Uruguay	
2012	26-28 avril	Europe	Prague, République tchèque	
	10-13 octobre	Pacifique	Bangkok, Thaïlande	
2013	4-6 avril	Pacifique	Bali, Indonésie	
	16-19 octobre	Amérique latine	Fortaleza, Brésil	
2014	24-26 avril	Pacifique	Tokyo, Japon	
	8-11 octobre	Afrique	Durban, Afrique du Sud	
2015	16-18 avril	Europe	Oslo, Norvège	
	14-17 octobre	Europe	Moscou, Russie	
2016	28-30 avril	Amérique latine	Buenos Aires, Argentine	
	19-22 octobre	Pacifique	Taipei, Taiwan	
2017	20-22 avril	Afrique	Livingstone, Zambie	
	11-14 octobre	Amérique du Nord	Chicago, États-Unis	
2018	26-28 avril	Europe	Riga, Lettonie	
	3-6 octobre	Europe	Reykjavik, Islande	100 ^e anniversaire
2019	25-27 avril	Amérique latine	Santiago, Chili	
	23-26 octobre ⁴	Europe	Tbilissi, Géorgie	30 ^e anniversaire en 2019

⁴ En attente de l'approbation de l'AG

2020	16-18 avril	Europe	Porto, Portugal	
	21-24 octobre			
2021	22-24 ⁵ avril			
	13-16 ⁶ octobre	Asie	Beijing (Pékin), Chine ⁷	106 ^e anniversaire en 2021
2022	7-9 avril ⁸			
	5-8 ou 12-15 octobre ⁹	Europe	Berlin, Allemagne	75 ^e anniversaire en 2022

- Toutes les réunions à venir sont indiquées sur [cette page](#).

3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉUNIONS STATUTAIRES

3.1 Assemblée générale de Reykjavik en 2018

- Dates : du mercredi 3 au samedi 6 octobre 2018
- Lieux de réunion : [Harpa conference center](#)
- Hébergement à l'hôtel : [Hilton Reykjavik Nordica](#)
- Calendrier préliminaire :
 - les réunions préliminaires du Comité exécutif, des groupes de travail et du Réseau des jeunes médecins se tiendront le lundi 1^{er} octobre et/ou le mardi 2 octobre, avant la session ;
 - les trois **comités permanents** et le **Comité de vérification des pouvoirs** se réuniront le mercredi 3 octobre ;
 - **Session scientifique : la Conférence sur l'éthique médicale organisée par l'AMM et l'Association médicale islandaise** se tiendra au centre de congrès d'Harpa du 1^{er} au 4 octobre ; la session scientifique du 4 octobre sera remplacée par la Conférence sur l'éthique médicale ;
 - une **excursion** d'une demi-journée aura lieu le jeudi 4 octobre pour les personnes accompagnant les participants ;
 - la principale réunion du **Conseil** se tiendra le vendredi 5 octobre ;
 - la **session protocolaire** de l'Assemblée aura lieu après la session du Conseil, le vendredi 5 octobre ;
 - une **excursion** d'une demi-journée est prévue le vendredi 5 octobre pour tous les participants ;
 - la **session plénière** de l'Assemblée se tiendra le samedi 6 octobre.

1 ^{er} oct.	2 oct.	3 oct.	4 oct.	5 oct.	6 oct.
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

⁵ En attente de l'approbation du Conseil

⁶ En attente de l'approbation de l'AG et du Conseil

⁷ En attente de l'approbation de l'AG (voir point 1.3)

⁸ En attente de l'approbation du Conseil

⁹ En attente de l'approbation de l'AG et du Conseil : l'Association médicale allemande a demandé de suspendre la décision jusqu'à octobre 2018 afin d'avoir le temps de chercher le lieu le plus adapté

IcMA Conference on Medical Ethics	1 ^{er} jour de conférence	2 ^e jour de conférence	3 ^e jour de conférence (journée entière)		
Réunions de l'AMM en amont (Comité exécutif et groupes de travail)	Réunions de l'AMM en amont (les réunions des groupes de travail ouvertes sont prévues en parallèle de la Conférence sur l'éthique médicale)	Conseil de l'AMM	Session scientifique de l'AMM	AG et session protocolaire de l'AMM	AG plénière de l'AMM

- Interprétation :
L'interprétation simultanée sera assurée en anglais, en espagnol, en français et en japonais.
- Temps collectifs :
 - la réception de bienvenue pour tous les participants sera offerte par l'Association médicale islandaise, le mercredi 3 octobre ;
 - l'Association médicale islandaise offrira le dîner à tous les participants le vendredi 5 octobre ;
 - le dîner de l'Assemblée de l'AMM pour tous les participants sera offert par l'Association médicale mondiale le samedi 6 octobre.
- Pour plus d'informations, veuillez consulter la page du site internet de l'AMM qui y est consacrée. Les inscriptions seront ouvertes à partir de mai 2018.

3.2 212^e session du Conseil, avril 2019

- Dates : du jeudi 25 samedi 27 avril 2019
- Hôtel : [Hotel Santiago \(Mandarin Oriental\)](#) à Santiago, au Chili
- Calendrier préliminaire :
 - les **réunions préliminaires du Comité exécutif, des groupes de travail et du Réseau des jeunes médecins** se tiendront le mercredi 24 avril, un jour avant la session ;
 - la réunion commencera par la **session plénière d'ouverture du Conseil**, le jeudi 25 avril ;
 - les **trois comités permanents** se réuniront le jeudi 25 avril et le vendredi 26 avril ;
 - la **session plénière du Conseil** se tiendra le samedi 27 avril.
- Interprétation :
L'interprétation simultanée sera assurée en anglais, en espagnol, en français et en japonais.
- Temps collectifs :

- la réception de bienvenue pour tous les participants sera offerte par l'Association médicale chilienne, le jeudi 25 avril ;
 - le dîner du Conseil sera offert par l'Association médicale mondiale le vendredi 26 avril ;
 - l'excursion d'une demi-journée et le dîner pour tous les participants sera offert par l'Association médicale chilienne le samedi 27 avril.
- Pour plus d'informations, veuillez consulter la page du site internet de l'AMM qui y est consacrée. Les inscriptions seront ouvertes à partir d'octobre 2018.



17.04.2018

ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE

Document n° : Titre :	FPL 209/AM Membership/Apr2018 Rapport des Membres Associés pour 2017	Original: Anglais
Destination:	Comité des finances et du planning 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requisies : A recevoir

1. Ce rapport couvre la période se terminant le 31 décembre 2017.
2. Le nombre total de Membres Associés ayant réglé leur inscription est de 1,115. La ventilation régionale des 1,115 Membres Associés (dont 25 membres à vie) est la suivante :

Japon : 647 à jour de leur cotisation
Tous les autres pays : 468 membres à jour de leur cotisation dans les autres régions dont 25 membres à vie et 137 IFMSA/JDN statut de membre gratuit
3. Les formulaires de candidature de membre associé doivent être délivrés uniquement par l'AMM en direct ou par une Association Médicale Nationale qui est un Membre Constituant de l'AMM. Le formulaire doit être retourné, avec le montant de la cotisation dû, au Secrétariat de l'AMM.
4. Les étudiants en médecine et les jeunes médecins (c'est-à-dire les personnes qui ont obtenu leur diplôme de médecine il y a au plus cinq ans) bénéficieront du titre de Membre associé de l'AMM. Aucune cotisation ne leur sera demandée mais aucun produit, service ou publication (autre que les documents électroniques) ne leur sera fourni. Ces membres ne disposeront pas du droit de vote.
5. Les inscriptions en ligne pour les différents types de membres sont disponibles sur le [site de l'AMM](#).



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : FPL 209/Chair of AM Report/Apr2018 Titre : Rapport du président des Membres associés (octobre 2017 - mars 2018)	Original : anglais
Destination : Comité des finances et du planning 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : à recevoir

Lors de notre session à Chicago, nous avons eu le plaisir de donner un dîner informel très réussi sur le thème « rencontre les Membres associés », avec le soutien de l'Association médicale américaine. Nous avons décidé de renouveler cette rencontre informelle à Riga. Elle se tiendra le soir du 25 avril et sera ouverte à toutes les personnes qui assistent au Conseil. Nous avons demandé aux participants de bien vouloir s'inscrire à l'avance. Un grand merci à l'Association médicale lettone de nous avoir aidés à organiser cette soirée.

À la fin de notre réunion à Chicago, nous étions 85 membres actifs dans notre groupe Google, qui nous sert de plateforme de discussion. Ce groupe compte désormais 195 membres, soit près du double de ce que nous étions il y a six mois. Les débats sur chacun des documents qui ont circulé à l'occasion de cette réunion ont été animés. L'un de ces documents a, à lui seul, donné lieu à plus de cinquante commentaires ! Les discussions, ouvertes à tous les membres associés, étaient à la fois courtoises et éclairantes. Un résumé de nos commentaires figure sur chacun des documents.

Nous avons organisé une conférence le 26 mars, qui a rassemblé les présidences des Réseaux des jeunes médecins, des Présidents sortants et des Présidents du Conseil, des Membres associés et le Secrétaire général. Nous cherchions de nouvelles idées de coordination des trois composantes des Membres associés pour que l'expérience du groupe soit plus profitable, à la fois aux Membres associés eux-mêmes et à l'AMM. Vous trouverez ci-dessous un bref compte-rendu de cette réunion.

Étaient présents :

Dana Hanson, Président du Réseau des Présidents sortants et des Présidents du Conseil (PPCN)

Jon Snædal, secrétaire du PPCN

Caline Mattar, Présidente du Réseau des jeunes médecins (JDN)

Yassen Tcholakov, chargé des affaires médico-sociales au sein du JDN

Otmar Kloiber, Secrétaire général de l'Association médicale mondiale (AMM)

Joe Heyman, Président des Membres associés de l'AMM

- 1) Nous avons discuté de nouvelles manières de promouvoir les politiques de l'AMM parmi les personnes qui sont affiliées aux membres constituants (associations médicales nationales). Nous avons conclu qu'un membre constituant pourrait proposer lors de la réunion du Conseil une résolution qui encouragerait les associations médicales nationales à s'inspirer des

politiques de l'AMM lorsqu'elles envisagent la rédaction d'une nouvelle politique ou d'une nouvelle version d'une politique existante.

- 2) Nous allons essayer de proposer un ordre du jour en vue d'une réunion des Membres associés en Islande, qui pourrait être diffusée aux membres absents.
- 3) Nous avons envisagé la possibilité d'intégrer d'autres membres associés lorsqu'une politique spécifique est en discussion dans l'un des groupes de travail des Membres associés. Nous avons envisagé que les présidences représentées lors de la rencontre communiquent entre elles entre les réunions afin que chacune reste informée de l'actualité des Membres associés.
- 4) Nous souhaitons introduire dans les discussions au sein du groupe Google des sujets qui ne font pas l'objet de politiques pour qu'ils soient abordés par l'ensemble des Membres associés.
- 5) Nous avons passé en revue les obstacles qui pourraient empêcher la retransmission de la session scientifique aux Membres associés qui ne pourraient pas y assister. Pour l'instant nous ne pouvons pas la retransmettre à tout le monde parce que les intervenants s'expriment dans des langues différentes, que nos logiciels ne le permettent pas et que nous ne connaissons pas de moyen bon marché de lever ces obstacles.
- 6) Nous avons discuté des relations qu'entretient l'AMM avec les sociétés internationales des différentes spécialités, qui nous semblent saines.
- 7) Nous avons parlé de l'éventualité de recruter de nouveaux Membres associés. Nous avons actuellement trois types de membres : a) ceux qui ont une activité relevant de la médecine internationale, b) ceux qui ont une activité relevant de la santé publique et c) les personnes qui sont Membres associés pour d'autres raisons. Nous devrions nous concentrer sur le recrutement de personnes qui s'intéressent à la santé publique ou aux questions d'éthique médicale.
- 8) Nous avons évoqué la possibilité de diffuser nos réunions via GoToMeeting, Zoom et Adobe Connect afin de pouvoir impliquer plus facilement les membres qui ne peuvent assister aux réunions.
- 9) Nous avons envisagé d'ajouter à l'intention des Membres associés une heure de réunion ou une autre réunion pour organiser une table ronde.
- 10) Nous souhaitons trouver une forme de réunion officielle et régulière entre le président des Membres associés et le comité exécutif pour que le premier puisse être informé des activités et actualités de l'AMM et que ce dernier puisse être informé en retour de l'actualité des Membres associés.
- 11) Nous avons essayé d'envisager un rôle que pourraient jouer les étudiants en médecine et qui ne fasse pas concurrence aux activités de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA).
- 12) Nous avons essayé d'imaginer des manières d'encourager les membres du Conseil à rejoindre les Membres associés.
- 13) Nous avons abandonné les réunions régionales des Membres associés pour le moment.

Présenté par le Dr Joe Heyman, président des Membres associés, avec mes respectueuses salutations.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : FPL 209/JDN Report/Apr2018 Titre : Rapport du réseau des jeunes médecins (JDN) (octobre 2017 – mars 2018)	Original : anglais
Destination : Comité des finances et du planning 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : à recevoir

Au cours de la période de référence, les groupes de travail du réseau des jeunes médecins (JDN) ont poursuivi leurs activités, notamment sur les thèmes des conditions de travail et des soins médicaux apportés aux patients atteints de troubles psychiatriques.

De plus, le groupe de travail sur les échanges médicaux au niveau mondial s'emploie actuellement à sonder les membres du réseau sur leurs intérêts et à cartographier les initiatives existantes. L'étude est actuellement en phase pilote.

Le groupe de travail sur la résistance antimicrobienne travaille quant à lui sur une nouvelle campagne sur ce sujet dans les médias sociaux, en collaboration avec le Secrétariat de l'AMM, en vue de promouvoir la politique de l'AMM et son cours sur la résistance antimicrobienne pendant la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques, qui se déroulera en novembre. Dans cette perspective, le groupe de travail se réjouit de la prochaine révision de la politique ad hoc de l'AMM.

Dans le cadre de la remise à plat du fonctionnement interne du réseau, une proposition de nouveau mandat est actuellement à l'étude pour encadrer les groupes de travail du JDN. Elle sera présentée pour discussion lors de la réunion qui se tiendra à Riga.

Les membres du JDN ont participé au Quatrième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, qui a eu lieu à Dublin, et notamment à l'organisation de la partie du forum adressée aux jeunes.

Nous continuons d'organiser des réunions mensuelles de l'équipe de direction en plus de la téléconférence générale des membres afin d'assurer une meilleure coordination des activités et un suivi approprié. Nous continuons de roder notre système de gestion des comptes-rendus, qui regroupe les rapports intermédiaires rédigés par les responsables du JDN en avril, et les rapports annuels présentés en septembre. Les groupes de travail du JDN vont également commencer à rendre compte de leurs activités deux fois par an. Le prochain rapport sera donc remis avant le début de la réunion de Riga.

Nous avons défini l'ordre du jour de notre réunion à Riga et nous sommes en train de mettre au point un nouveau format qui devrait permettre le renforcement des capacités. Dans le cadre de cette rencontre, nous organiserons un atelier consacré au changement climatique et un autre sur

l'exercice des responsabilités dans les soins de santé, en coopération avec les anciens élèves de la formation de l'AMM sur l'initiative CPW (Caring Physicians of the World, médecins exemplaires dans le monde).

Le Réseau des jeunes médecins poursuit son soutien aux collaborations régionales. Il existe un groupe de jeunes médecins très actif en Amérique latine qui continue d'évoluer et de nouveaux membres du Moyen-Orient rejoignent notre réseau. Le JDN travaille également à l'établissement d'une coopération étroite avec les jeunes médecins européens de l'EJD (European Junior Doctors), sur plusieurs thèmes d'intérêt commun.

Pour ce qui concerne la formation médicale, le JDN poursuit sa collaboration avec la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine (World Federation for Medical Education). Le Réseau sera représenté à la rencontre de la fédération par sa présidente, la Dre Caline Mattar et par la Dre Audrey Fontaine, qui est chargée des questions relatives à l'enseignement de la médecine au sein du JDN.

Le JDN poursuit son partenariat avec l'IFMSA, avec laquelle il continue de coopérer étroitement.

Depuis la dernière réunion, nous avons observé au sein de notre réseau une augmentation du nombre de jeunes médecins représentant une association nationale. Nous attachons une grande importance à la coopération avec les associations médicales nationales, afin d'accroître la participation des jeunes médecins issus des organisations nationales.

Le présent rapport a été préparé par la Dre Caline Mattar, présidente du Réseau des jeunes médecins.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : FPL 209/PPCN Report/Apr2018 Titre : Rapport du réseau des Présidents sortants et des Présidents du Conseil (PPCN, octobre 2017 - mars 2018)	Original : anglais
Destination : Comité des finances et du planning 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : à recevoir

Le Réseau des Présidents sortants et des Présidents du Conseil a poursuivi ses travaux cette année.

Les Dr Dana Hanson, président et Jón Snaedal, secrétaire du PPCN, ont participé à la conférence des présidences organisée par les Membres associés de l'AMM le 26 mars dernier (voir le document FPL 209/Chair of AM Report/Apr2018).

Le Dr Yank Coble continue d'organiser et de soutenir la formation sur le leadership de l'AMM avec la clinique Mayo du campus de Jacksonville. La dernière a eu lieu en décembre 2017.

Le Dr Yoram Blachar continue de participer à l'organisation de la conférence mondiale de l'UNESCO sur la bioéthique, l'éthique médicale et la législation relative à la santé. La prochaine réunion, la treizième, se tiendra à Jérusalem, en Israël du 27 au 29 novembre 2018.

Le Dr Jón Snaedal a pris la tête de l'organisation de la Conférence sur l'éthique médicale, qui se tiendra sous l'égide de l'AMM et de l'Association médicale islandaise en parallèle de l'Assemblée générale 2018 de l'AMM, à Reykjavik. Pour ce faire, le Dr Snaedal s'appuie sur son expérience de président du collège international pour la médecine centrée sur la personne (International College for Person Centered Medicine, ICPCM), qui coorganise avec l'AMM sa conférence annuelle sur la médecine centrée sur la personne depuis 2006. La dernière a eu lieu à Genève du 8 au 11 avril 2018.

Le Dr Mukesh Haikerwal poursuit ses travaux de promotion de l'AMM sur les médias sociaux. Il promeut activement notre organisation auprès des associations médicales africaines, qu'elles soient ou non déjà membres de l'AMM. Le Dr Haikerwal a représenté l'AMM lors de l'Assemblée de la fédération mondiale pour une automédication responsable (World Self-Medication Industry, WSMI) à Sydney en octobre 2017.

Les membres du PPCN jouent en outre un rôle de conseil sur des sujets actuels de travail sur demande du secrétariat.

Nous remercions vivement le Dr Kloiber et le personnel de leur soutien.

Présenté par le Dr Dana Hanson, président du PPCN.



04.04.18

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

<p>Document n° :</p> <p>Titre :</p>	<p>FPL 209/Nominating process/Apr2018</p> <p>Proposition pour l'introduction dans le processus de nomination aux postes de la Présidence de l'AMM d'une déclaration sur l'honneur concernant les candidats</p>	<p>Original : anglais</p>
<p>Destination :</p>	<p>Comité des finances et du planning 209^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018</p>	<p>Actions requises : pour étude</p>
<p>Note :</p>	<p>Cette proposition émane de l'Association médicale britannique.</p>	
<p>Résumé :</p>	<p>La présente proposition vise à introduire dans le processus de nomination aux postes de la Présidence de l'AMM une déclaration sur l'honneur concernant les qualifications et la moralité des candidats.</p> <p>Il convient en effet de procéder à des vérifications approfondies pour assurer que les candidats aux postes de la présidence ne portent pas atteinte à la réputation de l'AMM. Une telle déclaration permettrait d'assurer que la réputation de l'Association est préservée et que la présentation d'un candidat par un membre constituant est fondée sur des principes de transparence et d'ouverture.</p> <p>La présente proposition entend examiner les possibilités d'un tel mécanisme (capacités, ressources) pour assurer que cette nouvelle procédure soit proportionnée et ne constitue pas un poids trop lourd ni pour l'AMM ni pour le membre constituant proposant un candidat.</p>	
<p>Politiques apparentées de l'AMM :</p>	<p>Statuts et règlement de l'Association médicale mondiale Formulaire de candidature à l'élection au poste de président de l'AMM</p>	

Mécanisme actuel de désignation du président :

1. Extrait des statuts et règlement de l'AMM :

B) Mode de désignation

Tout membre constituant de l'AMM peut présenter un candidat dûment qualifié pour le poste de président de l'Association médicale mondiale en soumettant par écrit sa candidature au Secrétariat accompagnée de l'acceptation écrite du candidat. Cette présentation de candidature devra certifier l'affiliation du candidat à l'association membre constituant présentant sa candidature ainsi que la nature irréprochable de sa personnalité, de son intégrité et de sa compétence, le rendant dès lors qualifié pour remplir les fonctions de président de l'Association médicale mondiale. Le Secrétaire général fournira le formulaire de candidature nécessaire qui devra porter la signature des responsables du membre constituant et le cachet de l'association nationale membre. Les candidatures devront parvenir au Secrétariat de l'AMM au moins trois semaines avant l'ouverture de l'Assemblée au cours de laquelle aura lieu l'élection. (voir annexe I : formulaire actuel de présentation d'un candidat par un membre constituant de l'AMM)

2. Mécanisme d'expiration/révocation anticipée du mandat du Président, extrait des statuts et règlement de l'AMM

F) Fin de mandat

i) Le Conseil aura le pouvoir d'agir afin de préserver l'intégrité et la réputation de l'Association médicale mondiale dont, entre autres, celui de suspendre de ses fonctions de membre du bureau de l'AMM le Président, le Président-élu ou le Président sortant pour un motif sérieux. La décision de suspendre une personne de ses fonctions de membre du bureau de l'AMM nécessitera la majorité des 2/3 des membres du Conseil, présents et disposant d'un droit de vote. Avant de voter sur une proposition de suspendre une personne de ses fonctions de membre du bureau, le Conseil doit :

a) permettre à la personne concernée de s'adresser au Conseil, physiquement et/ou par écrit ;

b) consulter le membre constituant dont fait partie la personne.

ii) la décision votée de suspendre le Président, le Président-élu ou le Président sortant de ses fonctions de membre du bureau doit reposer sur des preuves solides et suffisamment de certitude que la personne en question ne réunit plus les critères exposés en section B) et D) iv) pour être membre du bureau ou a négligé ses devoirs de membre du bureau.

iii) Entre les réunions du Conseil, le Comité exécutif aura le pouvoir d'enquêter sur les accusations à l'encontre du Président, du Président-élu ou du Président sortant et prendra contact avec le Conseil si nécessaire, concernant la situation. La personne accusée sera exclue de cette procédure, mais pourra répondre aux accusations. Le Président du Conseil devra transmettre les conclusions du Comité exécutif au Conseil, lors de sa prochaine réunion. Le Comité exécutif n'aura pas le pouvoir de suspendre une personne de ses fonctions de membre du bureau.

iv) Au cas où le Président serait suspendu de ses fonctions de membre du bureau, le Conseil, s'il le juge nécessaire, pourrait prendre des dispositions pour que le bureau exerce ses fonctions jusqu'à la prochaine réunion de l'Assemblée générale.

v) Suite à la suspension des fonctions du Président élu ou du Président par le Conseil et lors de la réunion suivante de l'Assemblée générale, le Conseil fera part de ses recommandations concernant la fin définitive de mandat d'un membre du bureau. L'Assemblée générale peut accepter les recommandations du Conseil ou les rejeter et décider de toute autre action qu'elle jugerait opportune. La fin définitive du mandat devra être soumise à un vote à la majorité des 2/3 des délégués présents et disposant d'un droit de vote.

3. Mécanisme proposé

La proposition suivante fait suite à des discussions avec des professionnels des ressources humaines et des avocats spécialistes du droit du travail disposant d'une grande expérience des processus d'affectation, de nomination et de conseil en la matière.

Proposition d'intégrer la déclaration suivante au formulaire de présentation d'un candidat par un membre constituant de l'AMM :

« Je certifie que les informations figurant sur le présent formulaire et les documents joints sont, à ma connaissance, authentiques et j'autorise toute enquête visant à confirmer les qualifications, expériences, dates d'emploi ou d'adhésion qui y sont consignées et toute communication des informations nécessaires à d'autres personnes ou organisations aux fins de ces vérifications. J'ai conscience que la déclaration d'un éventuel conflit d'intérêts n'empêcherait pas nécessairement la nomination du candidat à ce poste, mais ledit candidat pourrait être écarté du processus de nomination si une information se révélait fautive, trompeuse ou si le membre constituant proposant cette candidature avait omis un renseignement significatif.

Le membre constituant proposant la candidature devra également faire connaître par écrit tout intérêt personnel sur ladite déclaration.

Si le candidat est nommé au poste de président, un conflit d'intérêts pourrait-il mettre l'AMM dans une position délicate ? Veuillez répondre par oui ou non.

Si oui, veuillez détailler votre réponse ci-dessous. [laisser un espace pour du texte libre]

Il est attendu que l'examen et la vérification seront menés par le membre constituant proposant la candidature, qui devra ensuite signer la déclaration. Cette procédure permettra d'assurer que le candidat convient au poste, à la fois sur le plan des compétences et sur celui de l'expérience.

4. Autres mesures à adopter :

- notification publique du mécanisme proposé à tous les membres constituants de l'AMM ;
- rédaction d'un profil de poste afin que le candidat puisse démontrer qu'il est la personne idoine, notamment :

[exemple extrait du formulaire de nomination du président du conseil de l'Association médicale britannique]

1. par sa capacité à inspirer la confiance et le respect et à exercer une influence ;
2. par ses excellentes compétences de communication, écrites ou orales, auprès de tout type de public ;
3. par sa vision stratégique, ses compétences de direction et de négociation ;
4. par sa capacité à nouer des relations franches et à adopter une communication ouverte ;
5. par son aptitude au travail d'équipe, à influencer sur les personnes et les ressources, sa diplomatie ;
6. par son intégrité personnelle et son engagement à respecter les normes les plus strictes en matière d'intégrité et de probité.

Cette liste de principes devra être adaptée aux besoins de l'AMM : par exemple le deuxième principe, tel qu'il est rédigé pourrait décourager les candidatures provenant de pays non anglophones. En outre le troisième principe n'est pas applicable au poste de Président de l'AMM.

Les parties des statuts et règlement de l'AMM consacrées aux procédures contiennent des principes dont il est possible de s'inspirer. Ces principes pourraient être rassemblés et adaptés pour former un profil de poste.



29.03.2018

Annexe 1

**ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE
FORMULAIRE DE PRÉSENTATION D'UN CANDIDAT
AU POSTE DE PRÉSIDENT POUR LA PÉRIODE 2017-2018**

Nous, soussignés _____ pour le compte de _____ (nom du Membre constituant), par la présente proposons la nomination du/de la dr/prof. _____ (nom du ou de la médecin) au poste de Président de l'Association médicale mondiale pour la période 2017-2018.

Le candidat/la candidate est proposée pour le poste de Président par notre association, dont il ou elle est membre depuis _____ ans (nombre d'années).

Le/la dr/prof. _____ (nom du ou de la médecin) a démontré son implication et son engagement profonds en matière d'éthique médicale tout au long de sa carrière professionnelle.

Il/elle est _____ (spécialité) et a occupé le poste de _____ (nom du poste occupé) au sein de _____ (nom du membre constituant).

Le/la dr/prof. _____ (nom du ou de la médecin) a fait montre d'une conduite professionnelle et personnelle exemplaire.

À notre connaissance et à celles de nos confrères et consœurs de l'Association, le/la dr/prof. _____ est une personne d'une intégrité irréprochable qui fera honneur à l'Association médicale mondiale.

Signé le _____ (date)

Président ou membre de la Présidence

Secrétaire général

Le curriculum vitae du candidat et sa déclaration écrite sont joints au présent formulaire.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : FPL 209/PR Report/Apr2018 Titre : Rapport relatif aux relations publiques pour la période d'octobre 2017 à avril 2018	Original : anglais
Destination : Comité des finances et du planning 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : à recevoir

Quinze [communiqués de presse](#) ont été publiés depuis l'Assemblée générale qui s'est tenue à Chicago

2017

13 oct. : Discours inaugural du Président

13 oct. : L'Association médicale mondiale soutient les jeunes médecins en grève de la faim

14 oct. : L'Association médicale mondiale approuve un nouveau serment pour les médecins

15 oct. : Cannabis thérapeutique : l'Association médicale mondiale estime que des recherches sont encore nécessaires

15 oct. : L'Association médicale mondiale reporte sa venue à Istanbul

19 oct. : Décisions prises lors de l'Assemblée générale de l'AMM

19 oct. : L'Association médicale mondiale propose la mise en place de programmes d'assurance qualité à destination des facultés de médecine

20 oct. : L'AMM affirme qu'un financement d'urgence est nécessaire pour combattre le changement climatique

27 oct. : L'Association médicale mondiale réaffirme sa forte opposition au suicide médicalement assisté et au projet de loi australien

10 nov. : L'AMM exige la libération immédiate d'un médecin emprisonné

2018

29 janv. : L'Association médicale mondiale condamne le projet de loi visant à mettre fin à l'autorégulation des médecins en Inde

30 janv. : L'AMM condamne l'arrestation de dirigeants de l'Association médicale turque

1^{er} févr. : Des organisations médicales internationales lancent un appel commun au président Erdogan

26 févr. : La communauté internationale critiquée pour sa réaction tardive au bombardement en Syrie

5 avr. : L'OMS et l'AMM signent un protocole d'accord

Publicité générale

Les réactions à la publication de la version révisée de la Déclaration de Genève après l'Assemblée de Chicago ont été très positives. Le serment n'a été diffusé que par le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) mais dans les semaines qui ont suivi la publication, des rapports s'en

s'ont fait l'écho dans le monde entier. Ces communications ont généralement été très bien reçues et ont donné lieu à des débats constructifs. Un certain nombre d'associations médicales nationales ont fait apparaître la Déclaration révisée sur leur site internet et de nombreux rapports ont fait état de l'adoption du serment par plusieurs associations médicales nationales et de sa lecture à voix haute par des médecins au début de leurs réunions. Dans les jours qui ont immédiatement suivi l'Assemblée, des centaines de tweets ont été postés à travers le monde.

Parmi les autres politiques adoptées lors de l'Assemblée et qui ont reçu un écho favorable, citons celle sur le cannabis thérapeutique, l'intimidation et le harcèlement au sein de la profession et le changement climatique. Vous pouvez consulter une sélection d'articles concernant l'AMM sur notre site internet : <https://www.wma.net/news-press/speeches-talks-interviews/>

D'autres sujets ont été considérablement commentés dans les médias au cours de ces six derniers mois, parmi lesquels le suicide médicalement assisté et la conférence sur les questions relatives à la fin de vie qui s'est tenue à Rome et qui a été marquée par un message du pape. Cet événement a donné lieu à une abondante publicité à travers le monde.

L'autre événement qui a suscité une telle attention médiatique est l'arrestation des dirigeants de l'Association médicale turque. L'AMM a mené une large campagne sur Twitter qui a attiré l'attention du monde entier sur la répression qui a frappé de nos confrères. Une fois de plus, cela montre que les médias sociaux sont devenus un moyen puissant de diffuser des réactions instantanées à des événements.

Twitter

Le nombre de personnes qui sont abonnées au fil twitter de l'AMM continue de croître, il a atteint 9 000 en mars, ce qui représente une augmentation de près de 2 000 personnes par an. L'AMM a posté en moyenne plus de 70 tweets par mois au cours du semestre écoulé. Les estimations statistiques indiquent que la plupart des abonnés se trouvent aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie. Sans surprise, près de la moitié d'entre eux sont âgés de 25 à 34 ans et très peu ont plus de 55 ans.

L'AMM a rejoint d'autres organisations pour mener une campagne sur la grippe et les faux médicaments. Parce qu'ils faisaient partie de la campagne officielle, certaines publications ont été particulièrement relayées.

Mme Magda Mihaila, responsable de la communication et de l'information de l'AMM, est désormais devenue pleinement responsable des comptes Twitter et Facebook de l'organisation (<https://twitter.com/#!/medwma>).

Facebook

Les posts sur le Facebook de l'AMM sont gérés par Mme Mihaila, au bureau de Ferney-Voltaire. Des articles sont postés régulièrement sur le site et le nombre de nos « amis » sur Facebook a désormais dépassé les 10 700.

Certains messages ont été vus plus de 8,5 milliers de fois. Le bureau entend désormais accroître le nombre de ses abonnés parmi les membres de l'AMM. L'Association entend créer à l'avenir davantage de contenu original à destination des médias sociaux.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : SMAC 209/Agenda/Apr2018/REV Titre : Ordre du jour du comité des affaires médico-sociales	Original : anglais
Destination : Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requis : pour étude
Note	Cette version révisée de l'ordre du jour inclut les nouveaux points 4.3, 6.1 et 6.2.

Jeudi 26 avril 2018

Membres du comité

Dr Miguel Roberto JORGE (Président)	Dr Ramin PARSA-PARSI
Dr David O. BARBE	Dr Ajay KUMAR
Dr Michael Bryant GANNON	Dr Toru KAKUTA
Dr Thomas SZEKERES	Dr Kenji MATSUBARA
Dr Mark PORTER	Dr MooJin CHOO
Dr Louis FRANCESCUTTI	Dr René HÉMAN
Dr Shuyang ZHANG	Dr Mzukisi GROOTBOOM
Dr Walter VORHAUER	Dr Heidi STENSMYREN
Dr Serafín ROMERO	Dr Julio TROSTCHANSKY

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ardis Dee Hoven, *Présidente du Conseil*
Dr Frank Ulrich Montgomery, *vice-président du Conseil*
Dr Andrew Dearden, *trésorier*

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Yoshitake Yokokura, *Président*
Dr Leonid Eidelman, *Président-élu*
Dr Ketan Desai, *Président sortant*
Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*
Mme Marie Collegrave-Juge, *conseillère juridique*
M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*
Mme Joelle Balfé, *modératrice*
Mme Clarisse Delorme, *conseillère de liaison*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

- 1.1 Ouverture de la séance par le Président du comité des affaires médico-sociales
- 1.2 Compte-rendu de la précédente réunion qui s'est tenue à Chicago, aux États-Unis, du 11 au 14 octobre 2017

Approuver : le compte-rendu du comité des affaires médico-sociales
(SMAC 207/Report/Oct2017)
- 1.3 Remarques d'ouverture du Président du comité
- 1.4 Santé et Migration, Dr. Poonam Dhavan, Coordinatrice du Programme Santé Migration, Organisation Internationale pour les Migrations (IOM)

2. RAPPORT DE SUIVI (ORAL)

3. AFFAIRES EN COURS

3.1 Santé et environnement

Recevoir : le compte-rendu oral du caucus sur l'environnement

3.2 Sacs en plastique, questions écologiques et dégradation de l'environnement

Étudier : la proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur la dégradation de l'environnement et pour une gestion avisée des produits chimiques
(SMAC 209/Environmental Degradation/Apr2018)

3.3 Tourisme médical

Étudier : la proposition de prise de position de l'AMM sur le tourisme médical
(SMAC 209/Medical Tourism REV5/Apr2018)

3.4 Place des femmes dans la médecine

Étudier : la proposition de prise de position de l'AMM sur la place des femmes dans la médecine et les commentaires y afférents
(SMAC 209/Women in Medicine COM REV2/Apr2018)

3.5 Autonomie professionnelle des médecins

Étudier : la proposition de révision de la [WMA Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence](#) et les commentaires y afférents
(SMAC 209/Declaration of REV/Apr2018)

Étudier : la proposition de révision de la proposition de révision de la [déclaration de Madrid de l'AMM sur la régulation assurée par la profession](#) et les commentaires y afférents (SMAC 209/Declaration of REV/Apr2018) ;

3.6 Développement durable

Étudier : la proposition de prise de position de l'AMM sur le développement durable et les commentaires joints
(SMAC 209/Sustainable Development/Apr2018)

3.7 Pandémie de grippe aviaire

Étudier : la proposition de révision de la Déclaration de l'AMM sur la pandémie de grippe aviaire et les commentaires y afférents
(SMAC 209/Pandemic REV/Apr2018)

4. NOUVEAUX DOSSIERS

4.1 Armes nucléaires

Étudier : la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur les armes nucléaires
(SMAC 209/Nuclear Weapons/Apr2018)

4.2 Développement et promotion d'un manuel sur la santé maternelle et infantile

Étudier : la proposition de prise de position de l'AMM sur le développement et la promotion d'un manuel sur la santé maternelle et infantile
(SMAC 209/Maternal and Child Health Handbook /Apr2018)

4.3 Pseudosciences, pseudothérapies, intrusion et sectes dans le domaine de la santé

Étudier : la proposition de déclaration de l'AMM sur les pseudosciences, les pseudothérapies, intrusion et sectes dans le domaine de la santé
(SMAC 209/Pseudosciences/Apr2018)

5. CLASSIFICATION DES POLITIQUES DE L'AMM DE 2008

Étudier : les recommandations reçues figurant sur le document relatif au comité des affaires médico-sociales
(SMAC 209/Policy Review 2008/Apr2018)

6. AUTRES DOSSIERS

6.1 Présentation et discussion préliminaire d'une proposition de réseau de l'AMM sur la médecine de catastrophes (Association médicale japonaise).

6.2 Présentation et discussion préliminaire relative à un document d'information (*white paper*) sur l'intelligence artificielle (Association médicale japonaise).

7. LEVÉE DE LA SÉANCE



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : SMAC 207/Rapport/Apr2017 Titre : Rapport du Comité des affaires médico-sociales	Original : anglais
Destination : Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Mercredi 11 octobre 2017

Membres du comité

Dr Miguel Roberto JORGE (Président)	Dr Ajay KUMAR
Dr David O. BARBE	Prof. Leonid EIDELMAN
Dr Michael Bryant GANNON	Dr Toru KAKUTA
Dr Thomas SZEKERES	Dr Kenji MATSUBARA
Dr Mark PORTER	Dr MooJin CHOO
Dr Louis FRANCESCUTTI	Dr René HÉMAN
Dr Shuyang ZHANG	Dr Mzukisi GROOTBOOM
Dr Walter VORHAUER	Dr Heidi STENSMYREN
Dr Serafín ROMERO	Dr Julio TROSTCHANSKY
Dr Ramin PARSA-PARSI	

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ardis Dee Hoven, *Présidente du Conseil*
Prof. Dr Frank Ulrich Montgomery, *Vice-président du Conseil*
Dr Andrew Dearden, *trésorier*

Ex-officio (sans droit de vote)

Dr Ketan Desai, *Président*
Sir Michael Marmot, *Président sortant*
Dr Yoshitake Yokokura, *Président-élu*
Dr Otmar Kloiber, *Secrétaire général*
Mme Marie Colegrave-Juge, *conseillère juridique*
M. Adolf Hällmayr, *conseiller financier*
Mme prof. Vivienne Nathanson, *modératrice*

1. DOSSIERS GÉNÉRAUX

- 1.1 La réunion a été ouverte par la Présidente du Conseil à 16h05 le 10 octobre 2017.
- 1.2 Réception des excuses pour absence : le Dr T. SZEKERES est remplacé par le Dr H. LINDNER, le Dr J. TROSTCHANSKY est remplacé par le Dr A. RODRIGUEZ.
- 1.3 Le Comité a approuvé le rapport de la réunion précédente, qui s'est tenue à Livingstone, en Zambie (SMAC 206/Report/Apr2017).

2. RAPPORT DE SUIVI (ORAL)

Le Dr J. TAINIJOKI, conseiller médical de l'AMM, a informé le Comité que la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles est prévue en amont de la prochaine Assemblée générale des Nations unies en septembre 2018. Le Secrétariat participe à la préparation et plaide pour une approche holistique des maladies non transmissibles, qui devrait comprendre la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Elle a invité les membres intéressés à contacter le Secrétariat.

3. AFFAIRES EN COURS

3.1 Santé et environnement

La Présidente du Conseil, la Dre A. HOVEN, a rappelé au Comité que le Dr D. SHIN, co-président du groupe sur la santé et l'environnement avec la prof. V. NATHANSON, avait démissionné de ce poste il y a quelques mois. Le Dr A. HOVEN a annoncé qu'elle nommerait un nouveau président du groupe et a demandé s'il y avait des volontaires pour ce poste parmi les membres présents. Le Dr A. HOVEN nommera un nouveau président parmi les volontaires après les rencontres de Chicago.

3.2 le rôle des médecins dans les bonnes pratiques en matière d'adoption

Le Comité a examiné la proposition de prise de position de l'AMM sur le rôle des médecins dans la lutte contre l'exploitation dans le cadre des adoptions (SMAC 207/Trafficking with Minors REV3/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.2.1 Le Comité recommande que la proposition de prise de position de l'AMM sur le rôle des médecins dans la lutte contre l'exploitation dans le cadre des adoptions (SMAC 207/Trafficking with Minors REV3/Oct2017) soit approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour adoption.

3.3 Tourisme médical

Le Comité a examiné la proposition de prise de position de l'AMM sur le tourisme médical et les commentaires y afférents (SMAC 207/Medical Tourism COM REV4/Oct2017) présentée par l'Association médicale israélienne, rapporteur.

RECOMMANDATION

- 3.3.1 La proposition de prise de position de l'AMM sur le tourisme médical (SMAC 207/Medical Tourism REV4/Oct2017) doit être renvoyée au rapporteur pour être retravaillée.

3.4 Tuberculose

Le Comité a examiné la proposition de révision de la résolution de l'AMM sur la tuberculose (SMAC 207/Tuberculosis COM REV2/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.4.1 La proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur la tuberculose (SMAC 207/Tuberculosis REV2/Oct2017) doit être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour adoption.

3.5 Santé et changement climatique

Le Comité a examiné la proposition de déclaration de l'AMM sur la santé et le changement climatique et les commentaires y afférents (SMAC 207/Climate Change COM REV3/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.5.1 La proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur la santé et le changement climatique (SMAC 207/Climate and Health REV3/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour adoption.

3.6 Place des femmes dans la médecine

Le Comité a examiné la proposition de prise de position de l'AMM sur la place des femmes dans la médecine (SMAC 207/Women in REV/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.6.1 La proposition de prise de position de l'AMM sur la place des femmes dans la médecine (SMAC 207/Women in REV/Oct2017) devrait être transmise de nouveau aux membres permanents à des fins de commentaires.

3.7 Commerce équitable de fournitures médicales

Le Comité a examiné la proposition de prise de position de l'AMM sur le commerce équitable de fournitures médicales (SMAC 207/Fair Medical REV/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.7.1 La proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur la formation médicale (SMAC 206/Medical Education REV2/Oct2017), telle que modifiée, doit être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour adoption.

3.8 Abandon des sacs en plastique pour des raisons écologiques

Le Comité a examiné la proposition de prise de position de l'AMM en faveur de l'abandon progressif des sacs en plastique pour des raisons écologiques (SMAC 207/Plastic REV/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.8.1 Le Comité recommande la désignation d'un rapporteur aux fins de réviser la [prise de position de l'AMM sur la dégradation de l'environnement et la bonne gestion des produits chimiques](#) afin d'y intégrer la question de la pollution par les sacs en plastique. L'association médicale suédoise (SMA) s'est portée volontaire pour prendre en charge ce travail.

3.9 Autonomie professionnelle des médecins

Le Comité a examiné la proposition de révision de la [déclaration de Séoul de l'AMM sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique](#) (SMAC 207/Declaration of Seoul/Oct2017) et la [proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur la régulation assurée par la profession](#) (SMAC 207/Declaration of Madrid/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.9.1 La proposition de révision de la [déclaration de Séoul de l'AMM sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique](#) (SMAC 207/Declaration of Seoul/Oct2017) doit être mise en circulation parmi les Membres constituants à des fins de commentaires.
- 3.9.2 La proposition de révision de la [déclaration de l'AMM sur la régulation assurée par la profession, dite déclaration de Madrid](#) (SMAC 207/Declaration of Madrid/Oct2017) doit être mise en circulation parmi les Membres constituants à des fins de commentaires.

3.10 Développement durable

Le Comité a reçu le rapport oral du groupe de travail, présidé par le Dr M. MICHIGANA (Association médicale japonaise) puis a examiné la proposition de prise de position de l'AMM sur le développement durable (SMAC 207/Sustainable Development/Oct2017).

RECOMMANDATION

- 3.10.1 La proposition de prise de position de l'AMM sur le développement durable (SMAC 207/Sustainable in Development/Oct2017) devrait être transmise aux Membres permanents à des fins de commentaires.

3.11 Pandémie de grippe aviaire

Le Comité a reçu le rapport oral du Secrétaire général et a examiné la proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur la pandémie de grippe aviaire (SMAC 207/Pandemic Influenza/Oct2017) préparée par le Dr Caline MATTAR, spécialiste de la résistance aux antimicrobiens.

RECOMMANDATION

- 3.11.1 La proposition de révision de la Déclaration de l'AMM sur la pandémie de grippe aviaire (SMAC 207/Pandemic Influenza/Oct2017) devrait être remise en circulation parmi les Membres constituants à des fins de commentaires.

3.12 Planning familial et droit des femmes à la contraception

Le Comité a examiné la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur le planning familial et le droit des femmes à la contraception (SMAC 207/Right to Contraception/Oct2017), qui a subi une modification mineure dans le cadre du processus de révision annuelle des politiques.

RECOMMANDATION

- 3.12.1 La proposition de révision de la prise de position sur le planning familial et le droit des femmes à la contraception (SMAC 207/Right to Contraception/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour information.

3.13 Pollution sonore

Le Comité a examiné la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur la pollution sonore (SMAC 207/Noise Pollution/Oct2017), qui a subi une modification mineure dans le cadre du processus de révision annuelle des politiques.

RECOMMANDATION

- 3.13.1 La proposition de révision de la prise de position sur la pollution sonore (SMAC 207/Noise Pollution/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour information.

3.14 Résolution de l'AMM sur le soutien aux associations médicales en Amérique Latine et aux Caraïbes.

Le Comité a examiné la proposition de révision de la résolution de l'AMM sur le soutien aux associations médicales en Amérique latine et aux Caraïbes (SMAC 207/Latin America and Caribbean/Oct2017) qui a subi une modification mineure dans le cadre du processus de révision annuelle des politiques.

RECOMMANDATION

- 3.14.1 La proposition de révision de la résolution de l'AMM sur le soutien aux associations médicales en Amérique latine et aux Caraïbes (SMAC 207/Latin America and Caribbean/Oct2017) devrait être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour information.

3.15 Résolution de l'AMM sur les embargos économiques et la santé

Le Comité a examiné la proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur les embargos économiques et la santé (SMAC 207/Economic Embargoes/Oct2017), qui a subi une modification mineure dans le cadre du processus de révision annuelle des politiques.

RECOMMANDATION

- 3.15.1 La proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur les embargos économiques et la santé (SMAC 207/Economic Embargoes/Oct2017) doit être approuvée par le Conseil et transmise à l'Assemblée générale pour information.

4. LEVÉE DE LA SÉANCE.

La séance a été levée à 17h10.



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : SMAC 209/Environmental Titre : Degradation/Apr2018/REV Proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur la dégradation de l'environnement et pour une gestion avisée des produits chimiques	Original : anglais
Destination : Comité des affaires médico-sociales 209e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie Du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	<p>Lors de sa réunion à Chicago en octobre 2017, le Comité des affaires médico-sociales a examiné une <i>proposition de prise de position de l'AMM en faveur de l'abandon progressif des sacs en plastique pour des raisons écologiques</i>. Plutôt que d'adopter cette proposition, le Comité a recommandé la désignation d'un rapporteur aux fins de réviser la <u>prise de position de l'AMM sur la dégradation de l'environnement et la bonne gestion des produits chimiques</u> afin d'y intégrer la question de la pollution par les sacs en plastique. L'Association médicale suédoise a été nommée rapporteur avec l'appui du Dr Peter Orris et présente cette proposition de révision de la déclaration de l'AMM existante, qui intègre des éléments relatifs à la pollution par le plastique. Les ajouts sont indiqués en gras et <u>soulignés</u>, les retraits sont barrés.</p> <p><i>Cette version révisée inclut un amendement sous la section « Mesures nationales et internationales » omis dans le texte original.</i></p>

PRÉAMBULE

La présente déclaration s'attache à un aspect essentiel de la dégradation de l'environnement : la pollution environnementale par des substances chimiques industrielles et domestiques. Elle met en lumière la manière dont les produits chimiques dangereux concourent à la dégradation de l'environnement et le rôle que peuvent jouer les médecins dans la gestion avisée de ces produits aux fins d'un développement durable, notamment dans le domaine des soins de santé.

La plupart des produits chimiques auxquels les êtres humains sont exposés proviennent d'industries. Il peut s'agir d'additifs alimentaires, de produits ménagers, de cosmétiques, d'intrants agricoles ou d'autres substances (médicaments, compléments alimentaires...) utilisées à des fins thérapeutiques. L'attention du grand public s'est récemment concentrée sur les effets des produits chimiques artificiels (ou de synthèse) sur l'environnement, notamment certains produits industriels ou agrochimiques et sur les nouveaux modèles de répartition des substances naturelles induits par l'activité humaine. À mesure que les composés chimiques se multipliaient, les gouvernements et les organisations internationales ont commencé à adopter une approche plus exhaustive lors de l'élaboration de réglementations en matière de sécurité. **La quantité croissante de déchets en plastique dans l'environnement est également alarmante et appelle la mise en œuvre de mesures pour y remédier.**

Bien qu'il incombe prioritairement aux gouvernements d'établir un cadre de protection de la santé publique contre les risques chimiques, l'Association médicale mondiale, au nom de ses membres, insiste sur la nécessité d'exposer les risques que ces substances font peser sur la santé humaine et présente ci-après des recommandations.

CONTEXTE

Produits chimiques préoccupants

Au cours des cinquante dernières années, l'utilisation des produits chimiques s'est massivement accrue, tant dans l'agriculture, avec les pesticides et les fertilisants, que dans l'industrie de production de biens (de consommation ou industriels) avec les produits de synthèse.

Les inquiétudes portent principalement sur les produits chimiques, qui persistent dans l'environnement, présentent un taux de dégradation faible, s'accumulent dans les tissus humains et animaux (et se concentrent au fil de la chaîne alimentaire) et qui ont de graves conséquences sur la santé humaine et l'environnement (notamment à de faibles concentrations). Certains métaux présents naturellement dans l'environnement comme le plomb, le mercure et le cadmium, utilisés dans l'industrie, suscitent également des préoccupations. Les progrès de la recherche en matière de santé environnementale, en particulier pour ce qui a trait aux méthodes d'échantillonnage environnemental et humain et aux techniques de mesure, ainsi qu'une meilleure information concernant les effets éventuels d'une faible dose sur la santé humaine, ont contribué à étayer les inquiétudes émergentes.

Les effets des produits chimiques sur la santé peuvent être directs (immédiats) ou indirects. Les effets dits indirects sont ceux qui sont dus à la dégradation de la qualité de l'eau, de l'air, de l'alimentation, ainsi qu'aux altérations des systèmes régionaux et mondiaux comme les marées rouges (pollution par phycotoxine paralysante) ou les atteintes à la couche d'ozone et au climat, auxquelles les émissions de produits chimiques peuvent contribuer.

Mesures nationales et internationales

Les types de réglementation des produits chimiques varient amplement à la fois sur le territoire des États et entre les pays et peuvent aller des contrôles volontaires à des lois statutaires. Il est essentiel que tous les pays s'acheminent vers une approche des contrôles réglementaires qui soit nationale, homogène, normalisée et fondée sur la loi. En outre, les réglementations internationales doivent être cohérentes de manière à ce que les pays en développement ne soient pas forcés par la situation économique **à accepter des niveaux d'exposition toxique élevés** ~~à adopter des réglementations nationales potentiellement laxistes.~~ Un exemple de cadre législatif figure à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/environment/chemicals/index_en.htm.

Les produits chimiques de synthèse comprennent toutes les substances qui sont produites via des activités humaines ou qui en sont issues, comme les produits chimiques d'emploi industriel ou ménager, les engrais, les pesticides, les substances chimiques contenues dans les marchandises et les déchets, les médicaments disponibles sur prescription ou non et les compléments alimentaires et les sous-produits générés involontairement dans le cadre de processus industriels ou lors d'incinérations, comme les dioxines. En outre, dans certaines conditions, les nanomatériaux peuvent relever des réglementations relatives aux produits chimiques de synthèse, mais peuvent exiger dans d'autres cas des réglementations particulières.

Accords internationaux importants relatifs aux produits chimiques

Il existe plusieurs accords internationaux relatifs aux produits chimiques. Ils ont été signés suite à la première Conférence des Nations unies sur l'environnement, qui s'est tenue à Stockholm en 1972 et où il a été question du rejet de substances toxiques dans l'environnement. Parmi ces accords, on trouve la Convention de Bâle de 1989 sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination, la Déclaration de Rio de 1992 sur l'environnement et le développement, la Convention de Rotterdam de 1998 sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et la Convention de Stockholm de 2001 sur les polluants organiques persistants. Il est à souligner qu'il existe peu d'informations sur l'efficacité des contrôles.

Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques

Ces accords n'ont pas permis de limiter la pollution de l'environnement mondial par les produits chimiques dangereux, il est donc nécessaire d'adopter une approche plus globale de ces produits. Les raisons pour lesquelles cette pollution perdure sont la rétivité des entreprises, le manque absolu de contrôle dans certains pays, la faible sensibilisation aux risques potentiels, l'incapacité à appliquer le principe de précaution, la non-ratification des différents traités et conventions et le manque de volonté politique. L'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (ASGIPC) a été adoptée à Dubaï le 6 février 2006 par des délégués de plus de cent gouvernements et des représentants de la société civile. Il s'agit d'un programme d'action mondial, mais volontaire, visant à assurer une gestion avisée des produits chimiques tout au long de leur cycle de vie pour que d'ici 2020, ils soient produits et utilisés d'une façon qui limite leurs effets néfastes sur la santé humaine et l'environnement. L'ASGIPC concerne aussi bien les produits chimiques agricoles qu'industriels, qui se trouvent dans les marchandises comme dans les déchets, à tous les stades de leur cycle de vie : fabrication, utilisation et mise au rebut.

Déchets en plastique

Le plastique est entré dans nos vies depuis plus de cent ans et il est quotidiennement utilisé par tout un chacun, sous une forme ou une autre. Bien que des variétés biodégradables fassent aujourd'hui leur apparition, la plupart des plastiques se fragmentent très lentement, ce processus de décomposition pouvant durer des centaines d'années. Cela signifie que la plupart des plastiques qui ont été fabriqués depuis l'invention de cette matière sont encore dans l'environnement, à moins qu'ils n'aient été brûlés, produisant une fumée empoisonnée qui pollue l'atmosphère.

L'utilisation de plastique provoque l'accumulation de déchets dans les décharges et dans les espaces naturels, l'ingestion de plastique par des animaux, la fuite de produits chimiques contenus dans le plastique et l'éventuelle transmission de ces produits chimiques à la nature et aux êtres humains. Les animaux se retrouvent également souvent enchevêtrés et piégés dans

des déchets en plastique. De nombreux plastiques utilisés aujourd'hui sont des halogénés ou contiennent d'autres additifs employés au cours du processus de fabrication, qui peuvent avoir des effets néfastes sur la santé (cancérigènes ou perturbateurs endocriniens).

Notre utilisation actuelle du plastique n'est pas durable : en accumulant les déchets, nous contribuons à la dégradation de l'environnement et à la détérioration de la santé humaine. Il est dès lors nécessaire que nous nous dotions de réglementations spécifiques pour lutter contre la pollution de l'environnement par les déchets en plastiques à fragmentation lente et l'incinération de ces déchets, qui crée souvent des sous-produits toxiques.

RECOMMANDATIONS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE (AMM)

En dépit de ces initiatives nationales et internationales, la pollution de l'environnement due à une fabrication et à une utilisation non contrôlées des produits chimiques continue de mettre en danger la santé publique mondiale. Les preuves des liens entre certains produits et certains troubles de la santé sont solides, **mais nous sommes loin d'avoir testé les conséquences environnementales de tous les produits chimiques. Cela est** particulièrement **vrai des produits** les plus récents et des nanomatériaux, notamment à faible dose et sur de longues durées. **La pollution par le plastique de notre environnement naturel, y compris la mer, où le plastique se décompose en particules minuscules est également alarmante.** Les médecins et le secteur de la santé doivent régulièrement prendre des décisions au sujet de patients et du grand public sur la base des données existantes. Les médecins ont donc un rôle significatif à jouer pour combler l'écart entre l'élaboration de politiques sur la gestion des produits chimiques et la réduction des risques pour la santé humaine.

MOBILISATION

L'Association médicale mondiale recommande :

- Aux associations médicales nationales d'appeler à l'adoption d'une législation qui vise à réduire la pollution chimique et l'exposition des êtres humains aux produits chimiques, à détecter et à réaliser le suivi des produits chimiques dangereux à la fois dans l'organisme humain et dans l'environnement et qui permette de réduire les effets sur la santé de l'exposition à des produits toxiques, en accordant une attention particulière à la vulnérabilité des êtres humains pendant la vie in utero et la petite enfance ;
- Aux associations médicales nationales d'exhorter leurs gouvernements à soutenir les efforts internationaux visant à limiter la pollution chimique par une gestion et une élimination réfléchie des produits chimiques, ou leur remplacement lorsqu'il existe une alternative plus sûre (comme dans le cas de l'amiante), en veillant à ce que les pays développés aident les pays en développement à parvenir à un environnement sain et à assurer une bonne santé à l'ensemble de leur population ;
- Aux associations médicales nationales de s'efforcer d'améliorer la communication entre les ministères et les organismes chargés de l'environnement et de la santé publique ;
- Aux médecins et aux associations médicales nationales de plaider pour la protection de l'environnement, la divulgation de l'ensemble des composants des produits, un développement durable et un secteur de la chimie respectueux de l'environnement au niveau local, national et continental ;
- Aux médecins et aux associations médicales nationales d'encourager l'élimination du mercure et des produits chimiques persistants, bioaccumulatifs et toxiques dans les équipements et les produits médicaux **et d'éviter l'incinération des déchets de ces produits, qui pourrait causer une diffusion supplémentaire de substances toxiques ;**

- Aux médecins et aux associations médicales de soutenir l'adoption de lois visant à imposer une évaluation de l'impact environnemental et sanitaire de tout nouveau produit chimique avant son introduction sur le marché ou de toute nouvelle installation industrielle ;
- Aux médecins d'encourager la publication des preuves des effets des différents produits chimiques **et des plastiques**, selon leurs doses, sur la santé humaine et sur l'environnement. Ces publications devraient être mises à la disposition des médias, des organisations non gouvernementales (ONG) et des citoyens, au niveau local comme international ;
- Aux médecins et aux associations médicales d'appeler au développement de systèmes efficaces et sûrs de collecte et de mise au rebut des produits pharmaceutiques non consommés **et l'introduction de systèmes efficaces de collecte et de mise au rebut des déchets en plastique ;**
- **Aux médecins et aux associations médicales d'encourager les efforts visant à réduire la fabrication et l'utilisation des emballages et des sacs en plastique et à stopper leur dissémination dans l'environnement. Ces efforts pourraient conduire à la limitation, par la loi, de l'utilisation d'emballages et de sacs en plastique ;**
- Aux médecins et aux associations médicales d'appuyer les efforts de réhabilitation et de remise en état de zones dégradées sur le principe du pollueur-payeur et de mise en œuvre du principe de précaution et d'assurer que ces principes soient intégrés à la législation ;
- À l'AMM, aux associations médicales nationales et aux médecins d'exhorter les différents services des gouvernements à collaborer pour assurer l'adoption de réglementations cohérentes.

INITIATIVE

L'AMM :

- Soutient les objectifs de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (ASGIPC), qui encourage les bonnes pratiques telles que le remplacement par une substance plus sûre, la réduction des déchets, la construction durable et non toxique, le recyclage, ainsi que la manipulation et le traitement sûrs et durables des déchets dans le secteur de la santé ;
- Avertit que ces pratiques relatives aux produits chimiques doivent être combinées à des efforts de réduction des émissions de gaz à effet de serre dans le secteur des soins de santé pour éviter que ces émissions n'aggravent le réchauffement climatique ;
- Invite instamment les médecins, les associations médicales nationales et les États à travailler ensemble à la création de systèmes d'alerte afin d'assurer que le personnel de santé et les médecins soient informés de tout accident industriel présentant des risques et reçoivent des informations exactes en temps utile sur la gestion de ces urgences ;
- Exhorte les organisations locales, nationales et internationales à veiller à la production durable et à l'utilisation de produits de substitution sans danger, à la création d'emplois sûrs et respectueux de l'environnement et à la consultation de professionnels de la médecine pour assurer que les effets néfastes du développement sur la santé soient anticipés et réduits au minimum ;
- Souligne l'importance de l'élimination en toute sécurité des produits pharmaceutiques, qui fait partie des responsabilités du secteur des soins de santé et de la nécessité de collaborer à l'élaboration de modèles de bonnes pratiques afin de réduire la part de ce secteur dans le problème des déchets chimiques ;
- Promeut la classification environnementale des produits pharmaceutiques afin d'encourager la prescription de produits pharmaceutiques moins dangereux pour l'environnement ;

- **Soutient les efforts locaux, nationaux et internationaux visant à réduire l'utilisation d'emballages et de sacs en plastique ;**
- Appuie les recherches en cours sur les effets des réglementations et du suivi des produits chimiques sur la santé humaine et l'environnement.

L'AMM recommande aux médecins :

- De travailler à réduire la quantité des déchets médicaux toxiques dans leur environnement professionnel et l'exposition à ces déchets dans le cadre de la campagne pour des environnements favorables à la pratique des professionnels de la santé lancée par l'Alliance mondiale des professions de santé (AMPS) ;
- De travailler à fournir des informations sur les impacts sanitaires associés à l'exposition aux produits chimiques toxiques, sur les manières de réduire l'exposition des patients à des agents particuliers et d'encourager les comportements qui améliorent la santé de tous ;
- D'informer leur patientèle de l'importance d'une procédure sûre de mise au rebut des produits pharmaceutiques non consommés ;
- De travailler avec d'autres personnes à combler les lacunes de la recherche au sujet de l'environnement et de la santé (prévalence et évolution des pathologies imputables à la dégradation de l'environnement, effets des produits chimiques industriels sur les foyers et les communautés locales, **effets, y compris sanitaires, de la présence de déchets en plastique dans notre environnement naturel**, populations les plus vulnérables et protection de ces populations).

FORMATION PROFESSIONNELLE ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

L'AMM recommande :

- Aux médecins et aux associations professionnelles d'aider à sensibiliser les professionnels comme le grand public aux conséquences sur la santé des personnes des polluants chimiques utilisés dans le monde ou présents dans l'environnement ;
- Aux associations médicales nationales et aux associations professionnelles de médecins de créer des outils permettant à ces derniers d'évaluer les risques d'exposition à des produits chimiques de leurs patients ;
- Aux médecins et à leurs associations professionnelles de créer des formations continues adaptées aux situations locales sur les symptômes, les diagnostics et les traitements des pathologies causées par la pollution chimique et aggravées par les changements climatiques ;
- Que la santé environnementale et la médecine du travail deviennent des sujets centraux de la formation médicale et que les facultés de médecine encouragent la formation de spécialistes en santé environnementale et en médecine du travail en nombre suffisant.




References:

Wiser G, Center for International Environmental Law, UNEP Forum, Sept. 2005

[United Nations Environment Programme \(UNEP\)](#)

<http://chm.pops.int/Convention/tabid/54/language/en-US/Default.aspx>

Thompson RC, Moore CJ, vom Saal FS, Swan SH. *Plastics, the environment and human health: current consensus and future trends. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.* 2009;364(1526):2153-2166. doi:10.1098/rstb.2009.0053.

Barnes, D. K. A.; Galgani, F.; Thompson, R. C.; Barlaz, M. (14 June 2009). "[Accumulation and fragmentation of plastic debris in global environments](#)". *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 364 (1526): 1985–1998. [doi:10.1098/rstb.2008.0205](#). [PMC 2873009](#) . [PMID 19528051](#).

18.04.2018

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Titre :	SMAC 209/Medical Tourism REV5/Oct2018 Proposition de prise de position de l'AMM sur le tourisme médical	Original : anglais
Destination :	Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requisies : pour étude
Note :	La présente prise de position a été proposée par l'Association médicale israélienne (IsMA) au Conseil, lors de sa réunion à Buenos Aires en avril 2016. Ce dernier avait alors décidé de la faire circuler parmi ses membres à des fins de commentaires. Lors de sa 205 ^e session à Taipei en octobre 2016, le Conseil a décidé de transmettre de nouveau la proposition pour qu'elle soit commentée. Réuni à Livingstone en avril 2017, le Conseil a étudié les commentaires des membres constituants et la version de compromis qu'en avait tirée l'IsMA. Après en avoir débattu, il a été décidé de renvoyer la proposition au rapporteur pour qu'il la retravaille. En octobre dernier à Chicago, le Conseil a examiné la version révisée (REV 4) et a décidé de la retourner au rapporteur pour amélioration. Les ajouts sont indiqués en <u>gras et soulignés</u> .	
Mots clés proposés :	Tourisme médical, Patients étrangers, Directives, Éthique	

PRÉAMBULE

1. Le tourisme médical est un phénomène en pleine expansion, bien qu'aucune définition avancée pour le caractériser n'ait fait l'objet d'un consensus. Les pratiques et les protocoles diffèrent donc largement d'un pays à l'autre. Aux fins de la présente prise de position, le tourisme médical est défini comme une situation dans laquelle des patients traversent des frontières internationales de leur plein gré en vue d'obtenir un traitement médical, le plus souvent à leurs frais. Les traitements recherchés occupent une ample gamme de services médicaux, mais les plus communs sont les soins dentaires, la chirurgie esthétique, la chirurgie élektive et les traitements contre l'infertilité.

2. La présente prise de position ne couvre pas le cas des patients qui sont orientés vers des établissements étrangers par leur système de santé national ou leur hôpital pour y recevoir un traitement aux frais du système de protection sociale ni le cas des patients qui sont autorisés, comme c'est le cas en Union européenne selon des critères légalement définis, à aller se faire soigner dans un autre État membre, aux frais de leur système de protection sociale national. De même, les situations dans lesquelles les patients se trouvent à l'étranger lorsqu'ils tombent malades et ont besoin de soins médicaux dépassent la cadre de la présente prise de position.
3. S'il n'est pas convenablement règlementé, le tourisme médical peut avoir conséquences négatives et conduire à des problèmes éthiques et médico-légaux, parmi lesquels une fuite des cerveaux, la formation d'un système de santé à deux vitesses et la propagation de la résistance antimicrobienne. Il est donc impératif qu'une législation et des règles claires régissent ce phénomène en pleine croissance.
4. Le tourisme médical est un secteur mondial émergent et des fournisseurs de soins de santé de nombreux pays se font concurrence pour conquérir les patients étrangers, dont le traitement constitue une source importante de revenus. La prise de conscience de la santé en tant que bénéfice économique et la volonté d'investir en elle augmentent avec la prospérité économique des pays et des milliards de dollars sont investis chaque année partout dans le monde dans le tourisme médical. Les principaux acteurs de ce secteur sont les patients, les courtiers, les gouvernements, les prestataires de soins de santé, les compagnies d'assurance et les agences de voyage. La prolifération des sites internet consacrés au tourisme médical et leur contenu soulèvent des questions sur la circulation d'informations sanitaires non règlementées, voire fausses.
5. Le touriste médical est plus fragile et vulnérable que s'il était patient dans son propre pays. C'est pourquoi le personnel soignant doit faire preuve d'une plus grande sensibilité à tous les stades du traitement et des soins et fournir une aide linguistique et culturelle lorsque cela est possible. Lorsqu'un patient se rend à l'étranger pour suivre un traitement médical, cela peut nuire à la continuité des soins. C'est pourquoi il convient de prendre des précautions particulières.
6. Le tourisme médical suscite de nombreuses préoccupations éthiques que tous les acteurs doivent garder à l'esprit. **Les touristes médicaux peuvent recevoir des soins à la fois dans des établissements médicaux financés par l'État et dans des établissements privés. Des réglementations doivent exister pour chacune de ces possibilités.** Les présentes recommandations s'adressent principalement aux médecins, mais l'AMM invite toutes les personnes qui sont impliquées dans le tourisme médical à adopter ces principes.

RECOMMANDATIONS

Recommandations d'ordre général

7. L'AMM insiste sur l'importance de développer des systèmes de santé dans tous les pays pour éviter qu'un tourisme médical excessif ne prospère en raison des faibles possibilités de traitement dans le pays du patient. Les incitations financières à se rendre à l'étranger pour suivre un traitement médical ne doivent pas limiter les alternatives thérapeutiques et de diagnostic dans le pays du patient ni restreindre les possibilités d'aiguillage ou de traitement.
8. L'AMM appelle les gouvernements à examiner avec soin toutes les conséquences du tourisme médical sur le système de soins de santé d'un pays et à mettre en place, après consultation des parties concernées et en collaboration avec elles, des protocoles complets et coordonnés

applicables au tourisme médical. Ces protocoles devraient comporter une évaluation des possibilités de chaque pays de recevoir des touristes médicaux, un accord sur les procédures nécessaires et permettre d'éviter les conséquences négatives sur les systèmes de santé du pays.

9. L'AMM appelle les gouvernements et les prestataires de soins de santé à assurer que le tourisme médical n'entrave pas le bon usage des ressources limitées en matière de santé ou la disponibilité de soins de qualité pour les habitants du pays hôte. Il convient de prêter une attention particulière aux traitements qui supposent des temps d'attente très longs ou qui nécessitent l'emploi de ressources médicales rares. Le tourisme médical ne saurait faire la promotion de pratiques illégales ou contraires à l'éthique comme le trafic d'organes. Les autorités, notamment le gouvernement, devraient pouvoir mettre un terme au tourisme médical électif lorsqu'il met en péril la possibilité de traiter la population locale de manière adéquate.
10. Il convient de ne jamais laisser l'accueil de touristes médicaux biaiser l'évaluation normale des besoins de santé ni, le cas échéant, la création de listes d'attente ou les listes de personnes à traiter en priorité. Une fois son cas accepté par un prestataire de soins de santé, les touristes médicaux doivent être traités selon l'urgence que présente leur état de santé. Lorsque cela est possible, il convient d'aiguiller les patients vers des établissements agréés par les autorités nationales ou accrédités par des organismes ad hoc reconnus.

Précautions à prendre avant le départ

11. Les patients doivent être informés que les pratiques de soins et de traitement peuvent être différentes de celles qui ont cours dans leur pays, et que les traitements sont dispensés conformément aux lois et aux pratiques du pays d'accueil. Les patients doivent être informés par le médecin/le prestataire de soins de leurs droits, des recours juridiques dont ils disposent en cas de problème et des mécanismes d'indemnisation qui existent avant leur retour dans leur pays pour l'éventuelle suite des soins.
12. Le médecin du pays d'accueil devrait établir un programme thérapeutique comprenant un devis et les modalités de paiement avant le voyage du touriste médical vers le pays hôte. De plus, le médecin et l'agence de tourisme médical (si elle existe) devraient collaborer afin de s'assurer que toutes les dispositions sont prises conformément aux besoins médicaux du patient. Il convient que les patients soient informés des risques que comporte l'association d'interventions chirurgicales, de vols long-courriers et d'activités de vacances.
13. Les touristes médicaux doivent être informés que les lois relatives à la vie privée sont différentes dans chaque pays et qu'en raison des services annexes dont ils bénéficient dans le cadre de ce voyage, il est possible que des informations relatives à leur état de santé soient portées à la connaissance de personnes qui ne sont pas des professionnels de santé (par exemple des interprètes). Si un touriste médical décide néanmoins de recourir à ces services, il convient de lui fournir toute la documentation spécifiant les services fournis par des praticiens non médicaux (y compris des interprètes) et des explications sur les personnes qui auront accès à son dossier médical. Il convient d'obtenir le consentement des touristes médicaux pour divulguer les informations qui sont jugées nécessaires.
14. Tous les acteurs (personnel soignant ou administratif) associés aux soins des touristes médicaux doivent connaître les obligations éthiques et de confidentialité qui leur incombent. Lorsque cela est possible, il convient que les interprètes et le personnel administratif ayant accès aux informations relatives à la santé du patient signent des accords de confidentialité.

15. Le touriste médical doit être informé de tout changement de son état de santé qui conduirait à une modification du devis, de son programme de voyage ou des critères d'obtention du visa.
16. Si le programme de traitement est modifié pour des raisons médicales qui se révèlent après l'établissement du programme initial, le touriste médical doit être informé des changements et de leur motif. Tout changement du programme de traitement doit recevoir l'aval du patient.
17. Lorsqu'un patient souffre d'une maladie incurable, le médecin du pays d'accueil doit fournir à ce patient des informations précises sur les options thérapeutiques, y compris les limites du traitement, la capacité de ce traitement à modifier l'évolution de la maladie de manière significative, à augmenter son espérance de vie et à améliorer sa qualité de vie. Si après avoir étudié toutes les données, le médecin en conclut qu'il est impossible d'améliorer l'état de santé du patient, il devrait en informer le patient et tenter de le dissuader de voyager.

Traitement

18. Les médecins sont tenus de traiter toutes les personnes qui sont admises pour recevoir un traitement, que ces personnes soient des nationaux ou des étrangers, sans discrimination. Toutes les obligations qui leur incombent en vertu de la loi et des codes d'éthique médicale internationaux s'appliquent au médecin, qu'il se trouve face à des compatriotes ou à des touristes médicaux.
19. Les décisions médicales concernant le touriste médical doivent être prises par des médecins, en coopération avec le patient, et non par du personnel non médical.
20. Tout en laissant le choix aux médecins traitants et lorsque les informations sont disponibles et de bonne qualité, on ne devrait pas demander au touriste médical de se soumettre à des tests précédemment effectués à moins d'une nécessité médicale.
21. Le patient doit être informé du traitement dans une langue qu'il comprend. Cela comporte le droit à un résumé établi par le médecin responsable sur l'avancée du traitement et sa date de fin, avec une traduction des documents si nécessaire.
22. Il est nécessaire de convenir, avant le lancement du traitement, du transfert des résultats des examens et des radiographies dans le pays du patient.
23. Dans la mesure du possible, il serait souhaitable que le médecin traitant du pays d'accueil et le médecin traitant dans le pays d'origine communiquent avant le voyage afin d'assurer les soins ultérieurs et le suivi clinique correct des problèmes médicaux ayant conduit à traiter le patient.
24. Le médecin qui prépare le programme thérapeutique du patient doit confirmer le diagnostic, le pronostic et les traitements reçus par le touriste médical.
25. Le patient doit recevoir une copie de son dossier médical à des fins de continuité des soins et de suivi dans son pays. Si nécessaire, le patient devrait recevoir une liste détaillée des consignes et recommandations du médecin pour la période suivant son départ. Ces informations doivent comporter des indications sur le délai de rétablissement estimé et sur le temps nécessaire avant faire le voyage de retour.

Publicité

26. La publicité sur le tourisme médical, que ce soit par internet ou d'une autre manière, doit être conforme aux principes d'éthique médicale convenus et comporter des informations détaillées concernant les services fournis par l'établissement d'accueil. Ces informations devraient en mentionner les spécialités, les médecins auxquels il fait appel et les risques. Le statut d'accréditation des médecins et des établissements de soins ainsi que les résultats de ces derniers devraient être facilement accessibles. Les supports publicitaires devraient indiquer que tous les traitements médicaux comportent des risques et que des risques supplémentaires spécifiques peuvent exister dans le contexte du tourisme médical.
27. Les associations médicales nationales devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour empêcher la publicité mensongère ou la publicité violant les principes de l'éthique médicale, notamment la publicité contenant des informations incorrectes ou partielles et/ou toutes informations susceptibles de tromper les patients, comme une exagération des bénéfices potentiels.
28. Une publicité exposant les avantages d'un traitement médical spécifique devrait aussi mentionner les risques inhérents à ce traitement et ne saurait garantir un résultat, susciter des attentes démesurées ou mettre en avant des bénéfices irréalistes.

Transparence et prévention des conflits d'intérêts

29. D'éventuels conflits d'intérêts peuvent être inévitables pour des médecins traitant des touristes médicaux, y compris du fait de l'établissement qui les emploie. Il est essentiel que toutes les relations et situations de soins soient gérées de manière ouverte et transparente.
30. Un médecin doit pratiquer la transparence et faire savoir au touriste médical qu'un conflit d'intérêts de nature personnelle, financière, professionnelle ou autre est susceptible de se produire dans le cadre du traitement, qu'il soit réel ou perçu comme tel.
31. Un médecin ne saurait accepter un quelconque bénéfice ni proposer au touriste médical ou accepter de sa part une transaction financière ou personnelle aussi longtemps que la relation médecin-patient perdure. Lorsque le médecin soigne le touriste médical comme tout autre patient versant des honoraires, les mêmes règles devraient s'appliquer au touriste médical qu'aux patients lui versant des honoraires.
32. Un médecin devrait veiller à ce qu'un contrat avec une agence de tourisme médical ou avec un touriste médical ne constitue pas un conflit d'intérêts avec son emploi actuel ou avec ses obligations éthiques et professionnelles vis-à-vis d'autres patients.

Transparence en matière de paiement des honoraires du médecin

33. Le programme de traitement et le devis estimatif doivent comporter une liste détaillée de tous les coûts, y compris une ventilation des honoraires du médecin, à savoir : honoraires de consultation et de chirurgie et honoraires supplémentaires que le patient pourrait avoir à régler tels que : frais hospitaliers, assistance chirurgicale, prothèse (si elle est comptée à part) et frais de soins postopératoires.
34. Le devis peut être modifié après remise du programme de traitement uniquement si l'état clinique du patient a évolué ou lorsque les circonstances ont changé d'une manière imprévisible ou inévitable. Si les coûts sont alors différents, le touriste doit connaître les raisons ayant justifié cette révision des coûts aussi tôt que possible.

Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation pour la coopération et le développement économiques (2011)



ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Titre :	SMAC 209/Women in Medicine COM REV2/Apr2018 Proposition de prise de position de l'AMM sur la place des femmes dans la médecine	Original : anglais
Destination :	Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	La présente proposition émane de l'Association médicale israélienne (IsMA). Lors de sa 206 ^e session, qui s'est tenue à Livingstone en avril 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de le faire circuler parmi les membres de l'AMM à des fins de commentaires. Lors de sa session à Chicago en octobre 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de faire de nouveau circuler la version de compromis proposée parmi les membres de l'AMM, à des fins de commentaires.	
Mots clés :	Femmes, Genre, Main d'œuvre, Médecins hommes, Médecin femme, Rémunération, Perspectives de carrière, Féminisation, Équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.	

Abréviations :

MA	Membres associés
AMA	American Medical Association (États-Unis)
AMV	Associazione Medica del Vaticano (État du Vatican)
BMA	British Medical Association (Grande-Bretagne)

CMA	Canadian Medical Association
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins (France)
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
GMA	German Medical Association (Allemagne)
JDN	Réseau des jeunes médecins
NZMA	New Zealand Medical Association (Nouvelle-Zélande)
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
SAMA	South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

MA	Les Membres associés apportent leur soutien au présent document, mais souhaiteraient que le texte insiste davantage sur le fait que l'essentiel et la priorité des changements escomptés doivent être sociaux et culturels, notamment à propos du harcèlement à l'encontre des femmes. Nous avons déplacé cet élément pour le mettre en avant, notamment pour qu'il fasse écho au mouvement social actuel. Nous avons déplacé d'autres paragraphes selon leur importance les uns par rapport aux autres. Nous pensons que l'expression « family friendliness » pourrait être plus précise (<i>traduite en français par « équilibre entre vie professionnelle et vie privée », NDT</i>). Nous soutiendrons cette prise de position, que nos suggestions soient prises en compte ou non.
AMV	Nous saluons le travail de l'association médicale israélienne et nous sommes complètement d'accord avec cette proposition.
BMA	Dans l'ensemble cette proposition est très complète et identifie des domaines essentiels dans lesquels un meilleur soutien et le plein exercice de droits bénéficient aux médecins de sexe féminin. Nous souhaitons proposer quelques modifications qui nous paraîtraient assurer que cette prise de position soit la plus pertinente et la plus efficace possible pour les médecins femmes.
CNOM	Le CNOM remercie l'Association médicale israélienne pour la qualité de cette prise de position importante et lui apporte son soutien, hormis pour ce qui concerne les paragraphes 25 et 28.
DMA	L'Association médicale danoise reste critique quant à cette nouvelle version. Nous pensons que cette prise de position devrait être modifiée pour s'attacher sans ambiguïté à l'égalité des droits et des possibilités plutôt qu'à des problèmes et des solutions qui ne concernent que les femmes. Les auteurs ont déjà consenti certains efforts dans cette direction, mais nous pensons que cette version reste à améliorer. Par exemple, nous estimons que des formulations concernant l'augmentation du nombre de femmes dans la médecine restent péjoratives, comme l'expression

	<p>« féminisation de la médecine ».</p> <p>De même nous pensons qu'il serait bienvenu de changer le titre, afin qu'il reflète la volonté de l'AMM de promouvoir l'égalité des droits et possibilités des personnes, quel que soit leur genre plutôt que de concentrer l'attention sur la place des femmes dans la médecine comme s'il s'agissait d'un problème à part.</p>
FMA	L'Association médicale finlandaise remercie l'Association médicale israélienne pour son travail vers un texte plus équilibré. Cependant, nous souhaiterions savoir s'il serait possible de développer davantage cette prise de position et de l'intituler plutôt « prise de position sur l'égalité des genres dans la médecine » ? Certaines parties du texte correspondent déjà à ce titre.
NZMA	Nous saluons les améliorations apportées à cette prise de position et soutenons généralement les principes fondamentaux sur lesquels elle se fonde. Nous avons proposé quelques formulations qui nous paraissent plus adéquates dans le corps du texte (voir ci-dessous).
GMA	<ul style="list-style-type: none"> • L'Association médicale allemande propose d'éviter le terme « féminisation », qui selon certains consœurs de premier plan, présente une connotation négative dans certains contextes et qui pourrait être utilisé de manière péjorative. Il a été remplacé dans la plupart des cas, mais apparaît toujours dans le préambule. • La GMA fait remarquer que la partie relative à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et la partie sur la grossesse et la parentalité se chevauchent parfois (par exemple, le paragraphe 10 pourrait correspondre aux deux catégories). • La GMA propose également de déplacer le paragraphe 13 sur la grossesse et la parentalité et de le combiner avec le paragraphe 18. Les paragraphes 19 et 20 sont également traités ailleurs dans le texte (par exemple dans le paragraphe 18 : « les parents devraient pouvoir prendre un congé maternité ou parental sans que cela n'affecte ni leur emploi... »). • La GMA recommande que les paragraphes 22 et 23, qui portent sur l'allaitement, soient réunis.
NMA	Merci à l'Association médicale israélienne d'avoir révisé ce document. La proposition a été améliorée pour ne pas traiter uniquement des médecins femmes, mais aussi de l'égalité des droits entre les sexes et de la promotion d'une profession qui respecte l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie de famille. Nous pensons que ce document devrait s'attacher encore davantage à l'égalité entre les sexes et nous suggérons des ajouts et des suppressions dans ce document. Nous ne pensons pas que certaines mesures doivent être prises en raison du nombre de plus en plus élevé de femmes parmi les médecins. La présence accrue des femmes ne devrait pas être considérée comme un défi ou un problème et l'expression « féminisation de la médecine » pourrait être perçue comme négative. Les médecins des deux sexes ont tout intérêt à disposer des mêmes possibilités professionnelles. La situation est donc plus complexe qu'il ne paraît et des mesures comme des changements d'attitude sont nécessaires pour établir des environnements professionnels qui soient favorables aux médecins, hommes comme femmes. Il doit également être admis que des médecins hommes puissent avoir à quitter leur travail à 16 h pour récupérer leurs enfants à la crèche et qu'ils disposent des mêmes possibilités de prendre un congé parental sans représailles de leur employeur.
SAMA	L'Association médicale sudafricaine estime qu'il s'agit là d'un document important, qui soulève des questions essentielles. Nous avons proposé des commentaires dans le corps du texte. Le document actuel semble avoir perdu son axe prioritaire, les problèmes qui affectent

	les femmes qui exercent la profession de médecin, au profit d'une portée plus générale sur l'environnement professionnel.
SwMA	L'Association médicale suédoise estime que la présente prise de position gagnerait à s'attacher davantage à l'égalité des droits et des opportunités entre les médecins femmes et hommes, plutôt qu'aux difficultés que poserait une plus grande présence féminine parmi les médecins. À cette fin, nous avons proposé des modifications tout au long du document.

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

	Texte proposé : SMAC 207/Women in Medicine REV/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : gras/souligné Retraits : barré Commentaires seulement : [italique]	Révision proposée par : l'IsMA SMAC 209/ Women in Medicine REV2/Apr2018
Titre	Proposition de prise de position de l'AMM sur les femmes dans la médecine		Proposition de prise de position de l'AMM sur la place des femmes dans la médecine
	Préambule		
New		<u>The WMA notes the increasing trend around the world for women to enter medical schools and the medical profession, and believes that the study and the practice of medicine must be transformed to a greater or lesser extent in order to support all people who study to become or practice as physicians, of whatever gender. This is an essential process of modernization by which inclusiveness is promoted by gender neutrality. This statement proposes mechanisms to identify and address barriers causing discrimination between genders.</u> [BMA]	L'AMM observe à travers le monde l'augmentation du nombre de femmes qui intègrent les facultés de médecine et la profession de médecin et estime que les études et la profession doivent être, dans une certaine mesure, transformées pour favoriser l'accès à la profession de médecin et son exercice pour toutes les personnes, quel que soit leur genre. Il s'agit là d'un processus de modernisation essentiel, dans lequel le souci de n'exclure personne passe par la lutte contre le sexisme. La présente prise de position propose des mécanismes permettant d'identifier et de surmonter les obstacles qui produisent une discrimination entre les sexes.

1.	<p>La présente prise de position met en lumière l'augmentation du nombre de femmes parmi les médecins et ses conséquences, à la fois en termes d'atouts et de défis. La prise de position recommande d'agir dans les domaines suivants : le nombre de femmes dans le professorat et les postes de direction, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, les changements de la culture organisationnelle et les implications à long terme de la féminisation de la médecine.</p>	<p>Delete parag. [NMA] and [SwMA]</p> <p>Parag. 1 and 2 to change places [SAMA]</p> <p>The statement highlights the increase rise in the number of female physicians and with this the potential opportunities and challenges which arise [CMA]. The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of the feminization increased proportion of women in of medicine. [GMA]</p> <p>The statement highlights the rise in female physicians and with this the opportunities and challenges which arise. The statement recommends actions in the following areas: changes in organizational culture including the elimination of harassment in training and the workplace, increased presence of women in academia and management roles (including leadership and partnership), work-life balance, changes in organizational culture, and long-term implications of the feminization of medicine workforce changes in medicine. [AM: Please define the use of "the feminization of medicine" or use another term]</p> <p>The statement highlights the rise in female physicians and with this the opportunities and challenges which arise. The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of the feminization increased</p>	
----	--	---	--

		<p>proportion of women in of medicine. [GMA]</p> <p>The statement highlights the rise in numbers of female physicians and with this the opportunities and challenges which that arise. [NZMA]</p> <p>The statement highlights the rise increase in female physicians and with this the opportunities and challenges which arise. The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of workforce planning, the feminization of medicine.-[AMA]</p> <p>..... The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of gender neutrality in the feminization of medicine.-[BMA]</p>	
2.	Dans de nombreux pays à travers le monde, le nombre de femmes qui étudient et qui pratiquent la médecine est en constante augmentation depuis les dernières décennies, dépassant même souvent les 50 %.	<p>Parag. 1 and 2 to change places [SAMA]</p> <p>Moved after parag. 3 for better flow of the document [SwMA]</p> <p>In many countries around the world, the number of women studying and practicing medicine has steadily risen over the past decades, surpassing 50% in many places. Both men and women must have the same opportunities to do a career in medicine. [NMA]</p>	Dans de nombreux pays à travers le monde, le nombre de femmes qui étudient et qui pratiquent la médecine est en constante augmentation depuis plusieurs dizaines d'années et dépasse même souvent les 50 %.
3.	Cette question a déjà été abordée dans	Delete parag. [NMA]	

	la résolution de l'AMM sur l'accès à la santé des femmes et des enfants et sur le rôle des femmes dans les professions médicales (1997 Hambourg, 2008 Séoul) qui appelait, entre autres, à une représentation et à une participation accrues des femmes dans la profession de médecin, notamment en raison de leur entrée croissante dans les facultés de médecine. L'AMM appelait en outre à accroître la proportion de femmes parmi les membres d'associations médicales nationales, via l'autonomisation, de meilleures perspectives de carrière, la formation et d'autres initiatives stratégiques.	Parag. 3 and 4 to change places [SAMA] This The issue of women in medicine [SwMA] was previously recognized in the WMA Resolution on Access of Women and Children to Health Care and the Role of Women in the Medical Profession (1997 Hamburg, 2008 Seoul) [SwMA] which that [NZMA], among other things, called for increased representation and participation in the medical profession, especially in light of the growing enrolment of women in medical schools. It also called for a higher growth rate of membership of women in the NMA's National Medical Associations (NMAs) through empowerment, career development, training and other strategic initiatives. [SwMA+AM+SAMA+AMA+BMA]	
		<u>In many countries around the world, the number of women studying and practicing medicine has steadily risen over the past decades, surpassing 50% in many places.</u> [SwMA: Moved from parag. 2 above for better flow of the document]	
4.	Cette évolution doit être soutenue par des mesures adéquates telles que :	Parag. 3 and 4 to change places [SAMA] This development is in need of supportive measures offers opportunities for action , including in the following areas : [SwMA]	Cette évolution doit être soutenue par des mesures adéquates telles que :
New		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Elimination of harassment against women in both training and the workplace.</u> [AM] 	

	<ul style="list-style-type: none"> Mettre davantage l'accent sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, tout en favorisant l'évolution professionnelle du médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> Greater emphasis on a proper balance of work and family life, while supporting the professional development of <u>an individual physicians</u>. [SwMA] 	mettre davantage l'accent sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, tout en favorisant l'évolution professionnelle du ou de la médecin ;
	<ul style="list-style-type: none"> Encourager les femmes à briguer des postes de direction, d'encadrement, des postes universitaires, et elles en occupent de plus en plus. 	<ul style="list-style-type: none"> Encouragement and actualization of women in both [CMA] academia and non-academic practice environments, leadership, partnership, and managerial roles. [AM] Encouragement and actualization of women in both academia, senior / leadership and managerial roles. [BMA] 	encourager les femmes à briguer des postes de direction, d'encadrement et des postes universitaires ;
	<ul style="list-style-type: none"> Éliminer les disparités entre hommes et femmes en matière de perspectives de carrière et de rémunération, de même que les obstacles à l'avancement des médecins femmes. 	Equalization of pay and employment opportunities for men and women, the elimination of sex and gender pay gaps [AMA] in medicine, and the removal of barriers negatively affecting the advancement of female physicians . [NMA]	éliminer les disparités entre hommes et femmes en matière de perspectives de carrière et de rémunération, de même que les obstacles à l'avancement des médecins femmes.
			La question de la place des femmes dans la médecine a déjà été abordée dans la résolution de l'AMM sur l'accès à la santé des femmes et des enfants et sur le rôle des femmes dans la profession médicale qui appelait, entre autres, à une représentation et à une participation accrues des femmes dans la profession de médecin, notamment en raison de leur entrée croissante dans les facultés de médecine. L'AMM appelait en outre à accroître la proportion de femmes parmi les membres d'associations médicales nationales, via l'autonomisation, de meilleures perspectives de carrière, la formation et

			d'autres initiatives stratégiques.
	RECOMMENDATIONS		RECOMMANDATIONS
		<p>Moved from below, as amended (parag 24-26):</p> <p>Changes in organizational culture</p> <p>The medical profession and employers should work to eliminate not tolerate discrimination and harassment on the basis of gender and create a supportive environment that allows for equal opportunities for training, employment and advancement. <u>Physicians and staff should be periodically trained to recognize, respond, and report signs of discrimination and harassment so that action can be taken to eliminate them from the workplace. Employers should have confidential, non-retaliatory protected programs for reporting discrimination and harassment. There should be a separate unbiased independent mechanism for addressing these reports on both an individual and systemic level.</u></p> <p>Hospitals should recognise that female physicians have been found to face higher levels of mental illness and suicide than their male peers and should investigate and address structural issues within the workforce that may contribute to this, including but not limited to organisational culture.</p> <p><i>[AM comments: This statement should be footnoted with data and source, if possible]</i></p>	

		Family friendliness should be part of the organizational culture of hospitals and other places of employment by providing paid family leave when indicated. [AM]	
	Présence accrue des femmes à des postes de direction, d'encadrement et universitaires.	Delete [NMA]	Présence accrue des femmes à des postes de direction, d'encadrement et des postes universitaires.
5.	Les associations médicales nationales, les facultés de médecine et les employeurs devraient faciliter la mise en œuvre de programmes de mentorat, de partenariats et la discrimination positive dans le recrutement afin d'offrir aux étudiantes en médecine et aux médecins femmes l'aiguillage et les encouragements nécessaires pour occuper des postes de direction et d'encadrement.	Delete parag. [NMA] National Medical Associations/Medical Schools/Employers should are urged to facilitate the establishment of mentoring programs, sponsorship, and active recruitment to provide female all medical students and physicians, guidance and encouragement necessary to undertake leadership and management roles. [SwMA] National Medical Associations/Medical Schools/Employers should facilitate the establishment of mentoring programs, sponsorship, and active recruitment to provide both female and male medical students and physicians, guidance and encouragement necessary to undertake leadership and management roles. [NZMA]	Les associations médicales nationales, les facultés de médecine et les employeurs sont instamment invités à faciliter la mise en œuvre de programmes de mentorat, de partenariats et d'une discrimination positive dans le recrutement afin d'offrir aux étudiantes en médecine et aux médecins femmes le soutien, l'aiguillage et les encouragements nécessaires pour occuper des postes de direction et d'encadrement.
6.	Il convient que les associations médicales nationales explorent les possibilités et les incitations qui pourraient encourager de manière égale les femmes et les hommes à poursuivre une carrière médicale non linéaire, obtenir des postes	NMAs should explore support opportunities and incentives to encourage both men and women to pursue diverse careers in medicine and apply for fellowships, academic, senior leadership and management positions. [SwMA] NMAs should explore opportunities and incentives	Il convient que les associations médicales nationales explorent les possibilités et les incitations qui pourraient encourager de manière égale les femmes et les hommes à poursuivre une carrière médicale non linéaire, à obtenir des postes d'enseignants-chercheurs et à décrocher des postes universitaires, de

	d'enseignants-chercheurs et à décrocher des postes universitaires, de direction et d'encadrement.	to encourage both men and more women to pursue diverse careers in medicine. NMAs should encourage and women to apply for fellowships, academic, senior leadership and management positions. [AM]	direction et d'encadrement.
7.	Les associations médicales nationales devraient faire pression pour une formation médicale et des politiques professionnelles égalitaires pour les femmes et les hommes.	Deleted paragraph. [SwMA] NMAs should lobby pro-actively [AM] for gender equal medical education, and work and responsibility policies [CGCM] NMAs should lobby for equal sex and gender equal medical education and work policies. [AMA]	Les associations médicales nationales devraient faire pression pour une formation médicale et des politiques professionnelles égalitaires pour les femmes et les hommes.
8.	L'engagement des femmes dans des organisations actives dans l'élaboration de politiques de santé et des organisations professionnelles de médecins devrait être encouragé.	Engagement of both women and men in health policy organizations and professional medical organizations should be encouraged. [SwMA] Equal engagement of women and men in health policy organizations and professional medical organizations should be encouraged. [NZMA]	L'engagement égal des femmes comme des hommes dans des organisations actives dans l'élaboration de politiques de santé et des organisations professionnelles de médecins devrait être encouragé.
	Meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle		Meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle
9.	Les médecins sont invités à reconnaître qu'un bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle bénéficie à tous les médecins, bien que les femmes soient souvent seules à affronter le problème de la double journée de travail en raison des attentes sociales qui pèsent sur elles, et qui doivent être combattues pour corriger ce déséquilibre.	Physicians should recognize that an appropriate work-life balance is beneficial to all physicians, however that women may uniquely face challenges to work-life balance imposed by societal expectations that must be addressed to solve the issue. [SwMA] Physicians should recognize that an appropriate work-life balance is beneficial to all physicians, however and [NZMA] that women may uniquely	Les médecins sont invités à reconnaître qu'un bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle bénéficie à tous les médecins, bien que les femmes soient souvent seules à affronter le problème de la double journée de travail en raison des attentes sociales qui pèsent sur elles, attentes qui doivent être combattues pour corriger ce déséquilibre.

		<p>face unique challenges to work-life balance imposed by societal expectations that must be addressed to solve the issue. [GMA]</p> <p>Physicians should recognize that an appropriate work-life balance is beneficial to all physicians, however that women may uniquely face challenges to work-life balance imposed by societal expectations concerning gender roles that must be addressed to solve the issue. [CGCM]</p>	
10.	<p>Il conviendrait que les hôpitaux et les autres établissements qui emploient des médecins fournissent et encouragent la prestation de services de crèche de haute qualité, abordables et flexibles pour les parents qui travaillent, y compris des services d'hébergement sur place si cela est nécessaire. Ces services devraient être à la disposition des médecins, hommes ou femmes, aux fins de reconnaître la nécessité d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Il conviendrait en outre que ces structures donnent toutes les informations nécessaires sur les services disponibles permettant de concilier travail et vie de famille.</p>	<p>Hospitals and other places of employment should strive to provide and promote access to high quality, affordable, flexible childcare for working parents, including the provision of onsite housing and childcare where appropriate. These services should be available to both male and female working physicians, recognizing the need for a better work-life balance. They should provide information on available services which support the compatibility of work and family. [SwMA]</p> <p>Hospitals and other places of employment should strive to provide and promote access to high quality, affordable, flexible childcare for working parents, including the provision of onsite housing and childcare where appropriate. These should be available to male and female all physicians [AM], recognizing the need for a better work-life balance. As well as about co-responsibility in personal life. They should provide male and female physicians information [CGCM] on available services which that support the compatibility of work and family. [NZMA]</p>	<p>Il conviendrait que les hôpitaux et les autres établissements qui emploient des médecins fournissent et encouragent la prestation de services de crèche de haute qualité, abordables et flexibles pour les parents qui travaillent, y compris des services d'hébergement sur place si cela est nécessaire. Ces services devraient être à la disposition des médecins, hommes ou femmes, aux fins de reconnaître la nécessité d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Les employeurs devraient donner toutes les informations nécessaires sur les services disponibles permettant d'assurer un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.</p>

		Hospitals and other places of employment should be receptive to the possibility of flexible and family-friendly working hours, including part-time residencies, posts, and professional appointments, where appropriate. particularly in fields in which women are underrepresented. [NMA]	
11.	Il conviendrait qu'au sein des hôpitaux et des autres établissements qui emploient des médecins, il soit possible de disposer d'horaires de travail flexibles et permettant de concilier travail et vie de famille, d'effectuer son internat ou d'occuper un poste à temps partiel, le cas échéant, notamment dans les domaines dans lesquels les femmes sont sous-représentées.	Hospitals and other places of employment should be receptive to the possibility of flexible and family-friendly working hours where appropriate , including part-time residencies, posts, and professional appointments, where appropriate [NZMA]. particularly in fields in which women are underrepresented. [NMA + SwMA]	Il conviendrait qu'au sein des hôpitaux et des autres établissements qui emploient des médecins, il soit possible de disposer d'horaires de travail flexibles et permettant de concilier travail et vie de famille, d'effectuer son internat ou d'occuper un poste à temps partiel, le cas échéant, notamment dans les domaines dans lesquels les femmes sont sous-représentées.
12.	Il est nécessaire d'accroître les recherches aux fins de parvenir à des calendriers de travail alternatifs et des possibilités de télécommunication qui permettraient une meilleure flexibilité et un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.	There is a need for increased research on alternative work schedules and telecommunication opportunities that will allow flexibility in balancing work-life demand of men and women. [CGCM]	Il est nécessaire d'accroître les recherches aux fins de parvenir à des calendriers de travail alternatifs et des possibilités de télécommunication qui permettraient une meilleure flexibilité et un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.
13.	Les associations médicales nationales devraient militer pour l'application et, lorsque cela est nécessaire, l'instauration de congés maternité et parentaux appropriés et convenablement rémunérés dans leur pays respectif.	NMAs should advocate for the enforcement and, where necessary, the [SwMA] introduction of policy mandating appropriate paid maternity leave and [CMA + SwMA] parental leave in their respective countries. The policy should include options for flexible working hours. [SwMA] NMAs should advocate for the enforcement and, where necessary, the introduction of policy mandating appropriate paid maternity leave and	Les associations médicales nationales devraient militer pour l'application et, lorsque cela est nécessaire, l'instauration de congés maternité et parentaux appropriés et convenablement rémunérés dans leur pays respectif.

		parental leave and rights in their respective countries. [BMA] Move to parag. 18.[GMA]	
14.	Les lieux de travail médicaux, les établissements employant des médecins et les organisations professionnelles devraient observer ou adopter des pratiques justes, impartiales et transparentes permettant de donner aux médecins femmes et aux étudiantes en médecine un accès à l'emploi et une formation médicale initiale et continue égaux à ceux de leurs collègues masculins.	Medical workplaces and professional organisations should have fair, impartial and transparent policies and practices to give female and male doctors and medical students equal access to employment, education and training opportunities in medicine. [SwMA] Medical workplaces and professional organisations should have fair, impartial and transparent policies and practices to give all [NZMA] female doctors physicians and medical students equal access to employment, education and training opportunities in medicine. [AMA]	Les établissements employant des médecins et les organisations professionnelles devraient observer ou adopter des pratiques justes, impartiales et transparentes permettant de donner aux médecins femmes et aux étudiantes en médecine un accès à l'emploi et à une formation médicale initiale et continue égal à celui de leurs collègues masculins.
	Grossesse et parentalité		Grossesse et parentalité
15.	Il ne devrait pas être admis que des employeurs demandent à des candidats à un poste de travail des éléments sur la planification familiale qu'ils envisagent.	It should be illegal inadmissible for employers to ask applicants about pregnancy and/or family planning in relation to work. [BMA] It should be inadmissible for employers to ask applicants about family planning in relation to work or when applying medical school or residency . [JDN]	Il ne devrait être illégal pour un employeur de demander à des candidates ou à des candidats à un poste de travail des informations sur une éventuelle grossesse ou la planification familiale qu'elles ou ils envisagent.
New		Physicians should have the freedom to choose when they wish to have children and should not feel pressures against doing so at a time of their choosing . [JDN]	
16.	Il convient que l'employeur procède à	A risk assessment should be made by the employer	Il incombe aux employeurs d'évaluer les

<p>une évaluation des risques relatifs aux tours de garde et aux astreintes lorsqu'une médecin est enceinte. Une médecin enceinte devrait avoir le droit de ne pas travailler la nuit ni d'être d'astreinte pendant sa grossesse, notamment au troisième trimestre, sans que cela n'affecte ni son salaire, ni sa carrière.</p>	<p>concerning the risks to pregnant physicians working shifts. The pregnant physician should have the right not to not work night shifts or on-call shifts during <u>the later part of pregnancy, especially during the last trimester, without any negative employment consequences on salary or progression in residency.</u> [SwMA]</p> <p>A risk assessment should be made by the employer concerning the risks to pregnant physicians working shifts. <u>Considerations for radiation exposure, hazardous chemicals, environmental exposures, lifting requirements, access to adequate food and water, and restroom access should be addressed and accommodations provided.</u> The pregnant physician, <u>whether in training or practicing,</u> should have the right to <u>make schedule accommodations in order to avoid</u> night shifts or on-call shifts <u>(if desired), and radiologic and infectious exposure</u> during pregnancy, especially during the last trimester, without negative consequences on salary or progression in residency. <u>Pregnant physicians should be able to choose which work or training accommodations best fit their personal and family needs.</u> [AM]</p> <p>A risk assessment <u>of the workplace</u> should be made by the employer concerning the risks to pregnant physicians <u>and their unborn children, when a physician has recently given birth and when she is breastfeeding, where it is found, or a medical practitioner considers, that an employee or her child would be at risk were she to continue with her normal duties, the employer should provide suitable alternative work for which the physician</u></p>	<p>risques que présente leur travail pour les médecins enceintes et leur enfant à naître, pour les médecins qui viennent d'accoucher ou les médecins qui allaitent. Lorsqu'il s'avère ou qu'un médecin estime qu'une employée ou son enfant pourrait pâtir de la poursuite de ses obligations normales, il revient à l'employeur de proposer à celle-ci des tâches ou un poste de travail adaptés, sans modification de sa rémunération. Une médecin dans son troisième trimestre de grossesse devrait avoir le droit de ne pas travailler la nuit ni d'être d'astreinte sans que cela n'affecte ni son salaire ni sa carrière.</p>
---	---	---

		should receive her normal rate of pay working shifts. The pregnant physician should have the right to not work night shifts or on-call shifts during pregnancy, especially during the last trimester, without negative consequences on salary or progression in residency. [BMA: <i>The statement on risk assessments for pregnant doctors working shifts should be widened to include the range of workplace activities that could put pregnant physicians and their unborn children at risk e.g. long periods of standing, lifting heavy items. It should also be broadened to include new mothers and those breastfeeding.</i>]	
17.	Les médecins enceintes doivent disposer des mêmes possibilités de formation continue que les autres médecins.		Les médecins enceintes doivent disposer des mêmes possibilités de formation continue que les autres médecins.
18.	Les parents devraient pouvoir prendre un congé maternité ou parental sans que cela n'affecte ni leur emploi, ni leur formation, ni leurs perspectives de carrière.	Parents should have the right to take maternity or parental leave without negative consequences on their employment, training or career opportunities [SwMA + CMA] Parents should have the right to take maternity or parental leave without negative consequences on their employment, training or career opportunities. <u>NMAs should advocate for the enforcement and, where necessary, the introduction of policy mandating appropriate paid maternity leave and parental leave in their respective countries.</u> [GMA]	Les parents devraient pouvoir prendre un congé parental adéquat sans que cela n'affecte ni leur emploi, ni leur formation, ni leurs perspectives de carrière.

19.	Les parents devraient disposer d'un congé parental adéquat, justement rémunéré et de possibilités de travail flexible.	Delete parag. [GMA + SwMA]	
20.	Les parents devraient avoir le droit de reprendre leur ancien poste après leur congé parental sans craindre de perdre ce poste.	Delete parag. [GMA + SwMA]	Les parents devraient avoir le droit de reprendre leur ancien poste après leur congé parental sans craindre de perdre ce poste.
21.	Les employeurs et les organismes de formation devraient fournir l'appui nécessaire à tout médecin de retour après une période d'absence prolongée, y compris pour un congé parental ou un congé d'assistance à une personne âgée	Employers and training bodies should provide necessary supports to any physician returning after a prolonged period of absence, including <u>inter alia</u> for after parental, or maternity and elder-care leave. (SwMA) Employers and training bodies should provide necessary supports to any physician returning after a prolonged period of absence including inter alia for parental and/or maternity or caring for older or disabled relatives and elder-care leave. [BMA]	Les employeurs et les organismes de formation devraient fournir l'appui nécessaire à tout médecin de retour après une période d'absence prolongée, y compris pour un congé maternité, parental ou un congé d'assistance à une personne âgée.
22.	Les mères devraient pouvoir allaiter ou réserver du temps pour pouvoir tirer leur lait pendant leurs horaires de travail, conformément aux directives de l'OMS.		Les mères devraient pouvoir allaiter ou réserver du temps pour pouvoir tirer leur lait pendant leurs horaires de travail, conformément aux directives de l'OMS.
23.	Les lieux de travail devraient comporter des locaux adéquats pour les femmes qui allaitent, y compris des lieux spécialement réservés à l'allaitement, le recours au tire-lait et la conservation du lait.	Workplaces should provide adequate accommodation areas for women who are breastfeeding, including designated areas for breastfeeding, breast pumping, and milk storage. [SwMA]	Les lieux de travail devraient comporter des locaux adéquats pour les femmes qui allaitent, y compris des lieux spécialement réservés à l'allaitement, le recours au tire-lait et la conservation du lait.
	Changements de la culture organisationnelle		Changements de la culture organisationnelle
24.	La profession médicale, ainsi que les	The medical profession and employers should work	La profession médicale, ainsi que les

	employeurs de médecins devraient s'efforcer d'éliminer la discrimination et le harcèlement fondés sur le genre et de créer des environnements plus favorables permettant des perspectives de formation, de carrière et d'avancement égales pour toutes et tous.	to eliminate discrimination and harassment on the basis of sex and gender and create a supportive environment that allows for equal opportunities for training, employment and advancement. [AMA]	employeurs de médecins devraient s'efforcer d'éliminer la discrimination et le harcèlement fondés sur le genre et de créer des environnements plus favorables permettant des perspectives de formation, de carrière et d'avancement égales pour toutes et tous.
25.	Il conviendrait que les directions d'hôpitaux reconnaissent que les médecins femmes sont plus nombreuses que leurs collègues masculins à souffrir de troubles mentaux et à attenter à leurs jours, enquêtent sur les problèmes structurels, y compris leur culture organisationnelle, qui pourraient contribuer à ce phénomène au sein de leur personnel et les combattent.	<p>Delete parag. [CNOM: <i>Unless we can back up this phenomenon with a reference to the scientific evidence, we would recommend deleting this paragraph</i>]</p> <p>Hospitals should recognise that female physicians have been found to face be subject to higher risks levels of mental illness and suicide than their male peers and should investigate and address structural issues within the workforce that may contribute to this, including but not limited to organisational culture. [SwMA: <i>Please add reference to studies showing this</i>]</p> <p>Hospitals and other primary care and work for women centers should recognise that female physicians have been found to face higher levels of mental illness and suicide than their male peers and should investigate and address structural issues about hiring policies within for the workforce that may contribute to this, including but not limited to organisational culture [CGCM]</p> <p>[SAMA: <i>Please provide a reference for this statement</i>]</p> <p>Replace parag. by: Employers should recognise</p>	

		<u>that female physicians have been found to face significant levels of mental illness, from mild to severe conditions, and suicide</u> [BMA: <i>The statement on hospitals addressing the issues associated with the higher risks of mental illness and suicide experienced by women needs qualification. Whilst there is some evidence that women doctors in some countries are at a higher risk of suicide compared to men, the evidence on mental health is more complex due to factors including underreporting of mental health issues by men. It is therefore preferable to highlight and address the specific mental health issues experienced by women doctors which are linked to career pathways, combining work with family and workplace discrimination. There is a role for all healthcare employers in tackling these issues, not just hospitals.</i>]	
26.	Les hôpitaux et les autres établissements qui emploient des médecins devraient disposer d'une culture organisationnelle qui soit compatible avec une vie de famille.		Les hôpitaux et les autres établissements qui emploient des médecins devraient disposer d'une culture organisationnelle compatible avec une vie de famille.
	Planification du personnel et recherche		Planification des effectifs et recherche
		Move parag. 29 below here [AM]	
27.	Les gouvernements sont invités à tenir compte du nombre croissant de femmes qui embrassent la profession de médecin dans le cadre d'une planification à long terme de la main d'œuvre. Un effectif varié est à la fois profitable au système et aux patients.	<u>NMA's should encourage</u> Governments should to take the increasing number of women entering medicine into consideration in the context of long-term workforce planning.... [SAMA] Governments should take the increasing number of women entering medicine into consideration in the	Les gouvernements sont invités, dans le cadre d'une planification à long terme des effectifs, à tenir compte du nombre croissant de femmes qui embrassent la profession de médecin . Un effectif mixte est à la fois profitable au système et aux patients. Les organisations de soins de santé devraient

	<p>Les organisations de soins de santé devraient s'assurer que leurs services disposent des ressources dont ils ont besoin et que toutes les personnes qui y travaillent peuvent dispenser des soins de qualité aux patients et sont adéquatement et équitablement rémunérées pour cela. Les gouvernements devraient travailler à corriger les attitudes et les comportements négatifs, les préjugés, les normes archaïques à l'encontre des femmes, tant de la part des personnes que des organisations.</p>	<p>context of long-term workforce planning. A diverse workforce is beneficial to the system health care and to patients. Governments need to take this into account in the context of long-term workforce planning. Organizations delivering healthcare should focus on ensuring systems are appropriately resourced to ensure that all those working within it them are able to deliver safe care to patients and are appropriately and equitably rewarded. Governments should also work to counteract negative attitudes and behaviour, bias, and/or outdated norms and values from organizations and individuals. [SwMA]</p> <p>Governments and employers should take the increasing number of women entering medicine into consideration in the context of long-term workforce planning. A diverse workforce is beneficial to the health care system and to patients.... [AM]</p>	<p>s'assurer que leurs services disposent des ressources dont ils ont besoin et que toutes les personnes qui y travaillent peuvent dispenser des soins de qualité aux patients et sont adéquatement et équitablement rémunérées pour cela. Les gouvernements devraient travailler à corriger les attitudes et les comportements négatifs, les préjugés, les normes et les valeurs archaïques, tant de la part des personnes que des organisations.</p>
28.	<p>Les gouvernements devraient investir dans des recherches afin d'évaluer les implications à long terme d'une approche du soin qui pourrait être différente chez les hommes et les femmes. Il conviendrait qu'ils s'attachent à identifier les facteurs qui poussent les femmes à choisir certaines étapes et spécialisations plutôt que d'autres au début de leurs études et de leur formation médicales et qu'ils s'efforcent d'éliminer les obstacles qu'elles rencontrent afin de parvenir à une égale représentation des femmes dans tous les domaines de la médecine.</p>	<p>NMA's should encourage Governments should to invest in research.... [SAMA]</p> <p>Governments should invest in research to evaluate the long-term implications associated with the different approaches of male and female physicians to patient care. They should work to identify those factors that drive women and men [SwMA] to choose certain career steps and fields of specialization early on in their medical education and training and strive to address any identified barriers [CMA] in order to achieve equal representation of women and men in all fields of medicine. [SwMA]</p> <p>Replace parag. by: Research should be commissioned to identify those factors that drive</p>	<p>Les gouvernements devraient investir dans des recherches visant à identifier les facteurs qui poussent les femmes à choisir certaines spécialisations plutôt que d'autres au début de leurs études et de leur formation médicales et qu'ils s'efforcent d'éliminer les obstacles qu'elles rencontrent afin de parvenir à une égale représentation des femmes et des hommes dans tous les domaines de la médecine.</p>

		<p><u>women to choose certain fields of specialization early on in their medical education and training, so that women have a broader choice of career and specialty.</u> [BMA: <i>The statement on research required to evaluate the long-term implications associated with the different approaches of male and female physicians to patient care requires clarification. The key priority in research and policy focus should be the barriers which still prevent women being able to choose and continue their careers in certain specialties of medicine – e.g. because of a lack of flexibility, inability to work part time, long/unsocial hours culture</i>].</p> <p><u>Considering the data now available to us which would enable investigation into the question that gender could have an impact on the different approaches of male and female physicians to patient care or different care models,</u> governments should invest in research to evaluate the long-term implications associated with the different approaches of male and female physicians to patient care. They should work to identify those factors that drive women to choose certain career steps and fields of specialization early on in their medical education and training and strive to address barriers in order to achieve equal representation of women in all fields of medicine. [CNOM]</p>	
29.	Les gouvernements et les employeurs sont invités à assurer que les femmes et les hommes reçoivent, à travail égal, une rémunération égale et à combattre les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes dans	<u>NMA's should encourage</u> Governments and employers to ensure that men and women receive equal compensation for commensurate work and work to eliminate the gender pay gap in medicine. [SAMA]	Les associations médicales nationales devraient encourager les gouvernements et les employeurs à assurer que les femmes et les hommes reçoivent, à travail égal, une rémunération égale et à combattre les écarts de salaire entre les hommes et les femmes

	le domaine médical.	<p>Governments and employers should ensure that men and women and men receive equal compensation for commensurate work and work to eliminate the gender pay gap in medicine. [SwMA]</p> <p>Governments and employers should ensure that men and women receive equal compensation for commensurate work and work to eliminate the sex and gender pay gap in medicine. [AMA]</p> <p>Move above, before parag. 27 [AM]</p>	dans le domaine médical.
--	---------------------	--	--------------------------

06.03.2018

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

<p>Document n° : SMAC 209/Declaration of Seoul COM REV/Apr2018</p> <p>Titre : Proposition de révision de la Déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique</p>	<p>Original : anglais</p>
<p>Destination Comité des affaires médico-sociales 209^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018</p>	<p>Actions requises : pour étude</p>
<p>Note : Dans le cadre du processus de révision annuel des politiques, le Conseil, réuni à Buenos Aires en avril 2016, a décidé que la prise de position de l'AMM sur la responsabilité professionnelle en matière de qualité des soins, devait être, dans le cadre de la révision décennale, supprimée et archivée, que les déclarations de l'AMM de Séoul et de la Madrid devaient être réunies dans un même document et complétées par certaines sections de cette prise de position. La professeure Vivienne Nathanson, de l'Association médicale britannique (BMA) s'est portée volontaire pour réaliser ce travail.</p> <p>Suite à la proposition de révision présentée au Conseil réuni à Taipei en octobre 2016, puis mise en circulation pour commentaires, le Conseil réuni à Livingstone en avril 2017 a finalement décidé que les déclarations de Séoul et de Madrid ne seraient pas fusionnées mais qu'elles seraient modifiées chacune de leur côté pour intégrer les parties pertinentes de la prise de position sur la responsabilité</p>	

professionnelle en matière de qualité des soins, qui sera ensuite supprimée et archivée.
Le texte ci-dessous présente la proposition de révision de la Déclaration de Séoul de la professeure Nathanson. Lors de sa 207^e session à Chicago en octobre 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de faire circuler la proposition de révision parmi les membres de l'AMM à des fins de commentaires.

Abréviations :

MA	Membres associés
AMA	American Medical Association (États-Unis)
AMV	Associazione Medica del Vaticano (État du Vatican)
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins (France)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
NZMA	New Zealand Medical Association (Nouvelle-Zélande)
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
RDMA	Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas)
SAMA	South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

AMV	La proposition de révision de la Déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique est acceptée telle quelle.
CMA	L'Association médicale canadienne soutient cette déclaration.
DMA	L'Association médicale danoise soutient cette proposition importante, claire et bien écrite.
CNOM	Le Conseil de l'ordre des médecins français soutient ce texte et souhaiterait que l'autonomie professionnelle soit définie tout au long du texte comme étant la possibilité pour les médecins d'organiser leur vie professionnelle (ce qui peut être difficile pour les médecins qui sont salariés), ce qui contribue à garantir l'indépendance clinique. Cette définition ferait consensus entre tous les membres de l'AMM.
FMA	L'Association médicale finlandaise peut accepter le document tel que modifié, hormis le paragraphe 6, dont nous proposons une reformulation.

JDN	Le Réseau des jeunes médecins ne propose pas de modification.
NMA	L'Association médicale norvégienne soutient le présent document et propose deux modifications mineures.
NZMA	Nous sommes d'accord avec la présente révision de la déclaration et n'avons pas de modification particulière à recommander.

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

N°	Texte proposé : SMAC 207/Declaration of Seoul/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : gras/souligné Retraits : barré Commentaires seulement : <i>[italique]</i>	Révision proposée par : Rapporteur SMAC 209/ Declaration of Seoul REV/Apr2018 <i>Les commentaires du rapporteur sont en italique</i>
Titre	Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence		Déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique
	L'AMM réaffirme sa Déclaration sur la régulation assurée par la profession.		L'AMM réaffirme sa Déclaration de Madrid sur l'autonomie et l'autorégulation professionnelles.
	L'Association médicale mondiale, reconnait le caractère essentiel de l'autonomie professionnelle et de l'indépendance clinique et déclare que :		L'Association médicale mondiale reconnaît le caractère essentiel de l'autonomie professionnelle et de l'indépendance clinique et déclare que :
1	L'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique sont des éléments essentiels à la prestation de soins de qualité à tous les patients et à toutes les populations.	Professional autonomy and clinical independence are essential elements in providing quality health care to all patients and populations. The autonomy and professional independence of the physician are essential requirements for high quality health care and therefore it is a benefit for the patients whose rights it protects, and for the society, reason why they must be preserved. [CGCM]	L'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique sont des éléments essentiels à la prestation de soins de qualité à tous les patients et à toutes les populations. L'autonomie professionnelle et l'indépendance sont essentiels à la prestation de soins de santé de haute qualité et dès lors bénéficie à l'ensemble des patients et de la société. <i>Question du rapporteur : conviendrait-il de</i>

		[AMA: Combined first two paragraphs]	<i>retirer cet élément compte tenu de la formulation du paragraphe final ?</i>
2	L'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique désignent le principe selon lequel chaque médecin est libre d'exprimer un jugement professionnel dans le cadre du traitement de ses patients sans subir d'influence inopportune ou abusive de l'extérieur ou de tierces personnes.		Les termes « autonomie professionnelle » et « indépendance clinique » désignent les principes selon lesquels chaque médecin est libre d'exprimer un jugement professionnel dans le cadre du traitement de ses patients sans subir d'influence inopportune ou abusive de l'extérieur ou de tierces personnes.
3	La médecine est un art et une science très complexes. En suivant une longue formation et avec l'expérience, les médecins deviennent des experts médicaux et des thérapeutes qui mettent en balance les données disponibles pour formuler des conseils à leurs patients. Tout en ayant le droit d'autodétermination, c'est-à-dire de décider, compte tenu de certaines contraintes, des interventions médicales qu'ils subiront, les patients attendent de leurs médecins des recommandations cliniques pertinentes.	<p>Medicine is a highly complex art and science. Through lengthy training and experience, physicians become medical experts and healers therapists (NMA) weighing evidence to formulate advice to patients. Whereas patients have the right to self-determination, deciding within certain constraints which medical interventions they will undergo, they expect their physicians to be free to make clinically appropriate recommendations.</p> <p><i>(NMA comments: In Norway "healer" is associated with persons not officially recognised as health care personnel)</i></p> <p>Medicine is a highly complex art and science. Through lengthy training and experience, physicians become medical experts and healers weighing evidence to formulate advice to patients. Whereas patients have the right to self-determination, deciding within certain constraints which medical interventions they will undergo, they expect their</p>	La médecine est un art et une science très complexes. Au fil d'une formation et d'une expérience longues, les médecins deviennent des experts médicaux et des thérapeutes qui mettent en balance les données disponibles pour formuler des conseils à leurs patients. Tout en ayant le droit d'autodétermination, c'est-à-dire de décider, compte tenu de certaines contraintes, des interventions médicales qu'ils subiront, les patients attendent de leurs médecins des recommandations cliniques pertinentes.

		physicians to be free to make clinically appropriate recommendations.[SwMA]	
Nouveau		<u>The professional service of the physician cannot be considered a commercial service because it is subject to specific ethical standards that allow it to provide professional, competent, qualified and respectful care with the professional standards and values that protect the patient</u> [CGCM: to link to parag.3]	<i>Bien que la médecine soit une mission plus « noble », elle constitue également un commerce dans de nombreux pays.</i>
4	Les médecins savent qu'ils doivent tenir compte de la structure sanitaire et des ressources disponibles. Des restrictions excessives en matière d'indépendance clinique, telles qu'elles peuvent être imposées par les gouvernements et les administrations, ne vont pas dans l'intérêt des patients, peuvent ne pas reposer sur des preuves scientifiques et risquent de mettre en péril la confiance qui est au fondement de la relation patient-médecin.	<p>Physicians recognize that they must take into account the structure of the health system and available resources and prudent use of those resources. Unreasonable restraints on clinical independence imposed by governments and administrators are not in the best interests of patients, may not be evidence based and risk undermining the trust which is an essential component of the patient-physician relationship. [SAMA]</p> <p>Physicians recognize that they must take into account the structure of the health system and available resources when making treatment decisions. Unreasonable restraints on clinical independence imposed by governments and administrators are not in the best interests of patients, because they may not be evidence based and risk undermining the trust which is an essential component of the patient-physician</p>	Les médecins savent que dans leurs décisions relatives aux traitements , ils doivent tenir compte de la structure du système de santé et des ressources disponibles. Des restrictions excessives en matière d'indépendance clinique, telles qu'elles peuvent être imposées par les gouvernements et les administrations, ne vont pas dans l'intérêt des patients car elles peuvent ne pas reposer sur des preuves scientifiques et risquent de mettre en péril la confiance qui est au fondement de la relation entre patient et médecin.

		relationship. [AMA]	
Nouv eau		<u>Professional autonomy does not imply that the physician can deviate from the professional guidelines when he considers it necessary and he must be prepared to explain his performance and assume his responsibilities.</u> [CGCM: to link to parag. 4]	<u>L'autonomie professionnelle est limitée par le respect des règles professionnelles, des normes et des données scientifiques disponibles.</u>
Nouv eau		<u>Whilst there is need for priority setting and limitations on health care coverage due to limited resources, increasingly, governments, health care funders (third party payers), administrators and Managed Care organisations interfere with clinical autonomy by imposing unreasonable rules and disease cover limitations. These rules do not take into considerations evidence-based medicine principle, cost-effectiveness and best interest of patients. Often, economic evaluation studies are undertaken from funder's perspective and not from users' perspective which put more emphasis on cost-savings than health outcomes.</u> [SAMA: Subject to editorial language changes]	<u>Les facteurs de priorité et de limitation de la couverture santé doivent être pris en compte en raison du caractère limité des ressources. Les gouvernements, les financeurs des soins de santé (mutuelles), les administrateurs et les organisations de gestion des soins peuvent entraver l'autonomie clinique en cherchant à imposer des règles et des limitations. Ces obstacles peuvent aller à l'encontre des principes de la médecine fondée sur des données scientifiques, d'un bon rapport coût-efficacité et de l'intérêt des patients. Les évaluations économiques engagées du point de vue du financeur et non du point de vue de l'utilisateur peuvent privilégier la rentabilité au détriment des bénéfices sanitaires.</u>

Nouv eau		<p><u>Furthermore, priority setting, funding decision making and resource allocation/limitations processes are not transparent. The lack of transparency further perpetuates health inequities.</u> [SAMA]</p>	<p><u>Les processus de fixation des priorités et de décision portant sur les financements, les attributions ou les limitations des ressources sont souvent opaques. Or le manque de transparence contribue au maintien des inégalités en matière de santé.</u></p>
5	<p>Certains gestionnaires hospitaliers et mutuelles estiment que l'autonomie professionnelle du médecin est incompatible avec une gestion prudente des coûts de santé. La réalité est que l'autonomie professionnelle contribue largement à l'aide que les médecins peuvent apporter à leurs patients à l'heure où ces derniers doivent faire des choix informés et permet aux médecins de refuser d'accéder aux exigences de patients ou de proches de recevoir certains traitements ou services inadaptés.</p>	<p>Some hospital administrators and third-party payers consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. The reality is that p (NMA) Professional autonomy is a major contributing factor to physicians assisting patients to make informed choices, and enables physicians to refuse demands by patients and family members for access to inappropriate treatments and services. <i>(NMA's comments: WMA should avoid characterising other occupational groups negatively)</i></p> <p>Some hospital administrators and third-party payers may [SwMA] consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. <u>When necessary, National Medical Associations (NMAs) should address these concerns</u> [AM]. The reality, however [SwMA], is that professional autonomy is a major contributing factor to physicians assisting patients to make informed choices, and enables physicians to refuse demands by patients and family members for access to inappropriate treatments and services. <u>When</u></p>	<p>Certains gestionnaires hospitaliers et certaines mutuelles estiment que l'autonomie professionnelle du médecin est incompatible avec une gestion prudente des coûts de santé. La réalité est que IL l'autonomie professionnelle contribue largement à l'aide que les permet aux médecins d'aider peuvent apporter à leurs patients à l'heure où ces derniers doivent faire des choix informés et légitime les permet aux médecins de refuser qui refusent d'accéder aux exigences de patients ou de proches de recevoir certains traitements ou services inadaptés.</p>

		<p><u>disagreements arise among physicians, patients and families, physicians should listen carefully to the patients' concerns, and try to arrive at a mutually satisfying solution.</u> [AM]</p> <p>Some hospital administrators and third-party payers consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. The reality is that However, professional autonomy is a major contributing factor to allows physicians assisting patients to help patients make informed choices, and enables supports physicians to if they refuse demands by patients and family members for access to inappropriate treatments and services. [AMA]</p>	
6	<p>Toute interférence dans l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique d'un médecin par d'autres professionnels de santé peut autant nuire à la prise en charge optimale du patient que si cette interférence était le fait d'un profane.</p>	<p>Delete paragraph and replace by new paragraph below [AMA]</p> <p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals and others can damage optimal patient care as fundamentally as interference by lay personnel. <u>The physician must be guaranteed the freedom to express clinical and ethical opinion without any inappropriate external interference.</u> [CGCM]</p> <p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals employed by funders, administrators and managed care organisations can damage optimal patient care as</p>	<p><i>Proposition de l'AMA adoptée, voir le nouveau paragraphe ci-dessous.</i></p>

	<p>fundamentally as interference by lay personnel. [SAMA]</p> <p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals can damage optimal patient care as fundamentally as interference by lay personnel. [SwMA]</p> <p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals can damage optimal patient care as fundamentally as interference by lay personnel. <u>may create confusion in clinical settings and have negative effect on patient care, and should thus be avoided. This does not rule out the need for team work in patient care.</u> [FMA]</p>	
Nouv eau	<p><u>Care is given by teams of health care professionals, led by physicians. No member of the care team should interfere with the professional autonomy and clinical independence of the physician, who assumes the ultimate responsibility for the care of the patient. In situations where another team member has clinical concerns about the proposed course of treatment, a mechanism to voice those concerns without fear of reprisal should exist.</u> [AMA]</p>	<p><u>Les soins sont dispensés par des équipes de professionnels de santé, généralement dirigées par des médecins. Aucun membre de l'équipe de soins ne saurait entraver l'autonomie professionnelle ni l'indépendance clinique du médecin qui assume <i>in fine</i> la responsabilité des soins prodigués au patient. Il convient de mettre en place un mécanisme qui permette, dans les situations où l'un des membres de l'équipe aurait des réserves sur le protocole de soins, de faire entendre ces réserves sans peur de représailles.</u></p>

Nouv eau		<p><u>The delivery of health care by physicians is governed by ethical rules, professional norms and by applicable law. Physicians contribute to the development of normative standards, recognizing that this both regulates their work as professionals and provides assurance to the public.</u> [AM]</p>	<p><u>La délivrance de soins médicaux est régie par des règles éthiques et professionnelles et par les lois en vigueur. Les médecins contribuent à l'élaboration de ces normes, et reconnaissent ainsi qu'elles encadrent leur travail de professionnels et constituent une garantie pour la population.</u></p>
7	<p>Les comités d'éthique, les comités de vérification des pouvoirs et les autres formes d'évaluation par les pairs sont depuis longtemps mis en place, reconnus et acceptés comme des moyens de contrôler le comportement professionnel des médecins et au besoin d'imposer des restrictions à leur liberté professionnelle absolue (<i>tiré du paragraphe 3 de la prise de position de l'AMM sur la responsabilité professionnelle en matière de qualité des soins</i>).</p>	<p><u>As a guarantee of the autonomy and professional and clinical independence of the physician and of the patients and of compliance with their norms are the ethics committees</u> [CGCM]. Ethics committees, credentials committees and other forms of peer review <u>that</u> [CGCM] have been long established, recognised and accepted by organised medicine as ways to scrutinise physicians' professional conduct and, where appropriate, impose reasonable restrictions on the absolute [SwMA] professional freedom of physicians.</p> <p>Ethics committees, credentials committees and other forms of peer review, <u>including regulating bodies</u>, have been long established [SAMA]</p> <p>Ethics committees, credentials committees and other forms of peer review have <u>long been been</u> long established, recognised and accepted by organised medicine as ways to scrutinise physicians' professional conduct and, where appropriate, impose reasonable restrictions on the absolute professional freedom of physicians. [AMA]</p>	<p>Les comités d'éthique, les comités de vérification des pouvoirs et les autres formes d'évaluation par les pairs sont depuis longtemps mis en place, reconnus et acceptés comme des moyens de contrôler le comportement professionnel des médecins et, au besoin, d'imposer des restrictions à leur liberté professionnelle absolue.</p>

8	<p>L'Association médicale mondiale réaffirme donc l'importance de l'autonomie professionnelle et de l'indépendance clinique, qui sont des composantes essentielles des soins médicaux de qualité, bénéfiques pour les patients et qui, à ce titre, doivent être préservées. L'AMM affirme en outre que l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique sont des éléments fondamentaux du professionnalisme médical.</p>	<p>The World Medical Association WMA [RDMA] reaffirms the importance of professional autonomy and clinical independence as an essential component of high quality medical care and a benefit to the patient that must be preserved. The WMA also affirms that professional autonomy and clinical independence are core elements of medical professionalism. <u>The medical profession for the benefit of its patients and a professional exercise of the highest quality has a permanent obligation to protect, defend and support the autonomy and professional independence of the physician.</u> [CGCM]</p> <p>The World Medical Association reaffirms the importance of that professional autonomy and clinical independence as an are essential components of high quality medical care and a benefit to the patient the patient-physician relationship that must be preserved. The WMA also affirms that professional autonomy and clinical independence are core elements of medical professionalism. [AMA]</p>	<p>L'Association médicale mondiale réaffirme donc l'importance de que l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique, en tant que sont des composantes essentielles des soins médicaux de haute qualité et de la relation entre patient et médecin, bénéfiques pour les patients et qui qu'à ce titre, elles doivent être préservées. L'AMM affirme en outre que l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique sont des éléments fondamentaux du professionnalisme médical.</p> <p><i>Voir la question dans le paragraphe précédent le paragraphe 2.</i></p>

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : Titre :	SMAC 209/ Declaration of Madrid COM REV/Apr2018 Proposition de révision de la Déclaration de Madrid de l'AMM sur la régulation assurée par la profession	Original : anglais
Destination	Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requis : pour étude
Note :	<p>Dans le cadre du processus de révision annuel des politiques, le Conseil, réuni à Buenos Aires en avril 2016, a décidé que la prise de position sur la responsabilité professionnelle en matière de qualité de soins, devait être, dans le cadre de la révision décennale, supprimée et archivée et que les déclarations de l'AMM de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique et de la Déclaration de l'AMM sur la régulation assurée par la profession devaient être réunies dans un même document et complétées par certaines sections de cette prise de position. La professeure Vivienne Nathanson, de l'Association médicale britannique (BMA) s'est portée volontaire pour réaliser ce travail.</p> <p>Suite à la proposition de révision présentée au Conseil réuni à Taipei en octobre 2016, puis mise en circulation pour commentaires, le Conseil réuni à Livingstone en avril 2017 a finalement décidé que les déclarations de Séoul et de Madrid ne seraient pas fusionnées, mais qu'elles seraient modifiées chacune de leur côté pour intégrer les parties pertinentes de la prise de position</p>	

sur la responsabilité professionnelle en matière de qualité des soins, qui sera ensuite supprimée et archivée. Lors de sa 207^e session à Chicago en octobre 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de faire circuler la proposition de révision de la déclaration de Madrid parmi les membres de l'AMM à des fins de commentaires.

Abréviations :

MA	Membres associés
AMA	American Medical Association (États-Unis)
AMV	Associazione Medica del Vaticano (État du Vatican)
BMA	British Medical Association (Grande-Bretagne)
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins (France)
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
JDN	Réseau des jeunes médecins
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
NZMA	New Zealand Medical Association (Nouvelle-Zélande)
RDMA	Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas)
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

MA	Les Membres associés soutiennent cette proposition, avec ou sans nos quelques suggestions.
BMA	Nous adhérons dans l'ensemble à l'esprit de cette déclaration, mais le système décrit ne s'applique pas au Royaume-Uni. Cette déclaration telle qu'elle est actuellement rédigée sous-entend que tous les systèmes nationaux de réglementation sont encore dirigés par des professionnels et affirme que cette pratique doit être maintenue/protégée/encouragée. Le Royaume-Uni s'étant éloigné de ce modèle, il est très difficile pour nous d'accepter cette déclaration.
DMA	L'Association médicale danoise soutient ce document. Nous avons quelques suggestions mineures (voir le texte ci-dessous).
FMA	L'Association médicale finlandaise soutient les propositions de modification de la déclaration. Nous avons ajouté dans le tableau ci-dessous quelques commentaires sur le texte.

NZMA	<p>Nous sommes dans l'ensemble d'accord avec la présente révision de la déclaration et n'avons pas de modification particulière à recommander. Nous avons cependant reçu le commentaire suivant au sujet de l'article 11 (dernier paragraphe) :</p> <p><i>Cette déclaration paraît bonne dans l'ensemble, si ce n'est que dans notre pays, la régulation se fait sous l'égide d'un organisme qui n'est pas directement élu par la profession et qui comprend des représentants du pouvoir politique, de sorte que le MCNZ (conseil médical de Nouvelle-Zélande) est agréé et en définitive responsable devant le ministère de la Santé. Une minorité des membres sont élus et leur désignation est conditionnée à l'aval du ministère et la plupart d'entre eux sont nommés par le ministre. Nous ne savons pas si ce système est conforme à la position de l'AMM.</i></p> <p><i>La déclaration semble un peu naïve, la majeure partie de la régulation en Nouvelle-Zélande et en Australie est le résultat des travaux des confrères et des organismes de régulation et bien que l'Association médicale néozélandaise y contribue globalement par ses politiques et ses prises de position, notamment le Code d'éthique médicale, et qu'elle jouit d'une influence, elle ne régule pas vraiment. La déclaration se veut peut-être pragmatique et ne concerne pas ce qu'elle n'influence pas directement.</i></p>
NMA	<p>Tout en reconnaissant que ce document peut être utile pour certains membres de l'AMM, l'Association médicale norvégienne le trouve un peu obsolète. La profession médicale doit être ouverte à la société et attentive à ce qui l'entoure, et la NMA n'assume pas de responsabilités de régulation. Le paragraphe 2 illustre cette réserve. Il est trop catégorique de dire que les médecins sont les meilleurs juges de l'action de leurs pairs. La profession devrait, dans l'esprit de la déclaration de Genève, ne pas être refermée sur elle-même, mais être prête à accepter d'être jugée par d'autres et à apprendre de la société et des patients. Nous suggérons que ce document soit reformulé pour être moins catégorique et plus inclusif.</p>
SwMA	<p>L'Association médicale suédoise estime que la formulation proposée reste trop fermement fondée sur l'idée que seule la régulation assurée par la profession peut permettre d'assurer des soins de santé de haute qualité. Nous convenons absolument que la profession médicale doit être activement associée et peser dans l'élaboration des règles et des recommandations relatives aux soins de santé, mais nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire que la profession médicale dispose de pouvoirs de régulation. Nous pensons que d'autres systèmes sont acceptables s'ils sont utilisés de manière appropriée. Nous avons proposé des formulations alternatives afin que la déclaration soit un peu plus flexible à cet égard. En Suède, par exemple, différentes autorités (le conseil national de la santé et du bien-être, l'inspection des soins sanitaires et sociaux et le conseil de responsabilité médicale) élaborent des règles et des recommandations et supervisent les soins de santé et les professionnels du secteur. De notre point de vue, ce système fonctionne plutôt bien.</p>
AMV	<p>Nous acceptons telle quelle la proposition de révision de la déclaration de Madrid de l'AMM sur la régulation assurée par la profession.</p>

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

N°	Texte proposé : SMAC 207/Declaration of Madrid/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : gras/souligné Retraits : barré Commentaires seulement : <i>[italique]</i>	Révision proposée par : Rapporteur SMAC 209/ Declaration of Madrid REV/Apr2018 <i>Les commentaires du rapporteur sont en italique</i>
Titre	Déclaration de Madrid sur la régulation assurée par la profession		
	L'AMM réaffirme sa déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique .		L'AMM réaffirme sa déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique
Nouvel		<p><u>PREAMBLE</u></p> <p><u>The regulation of the medical profession is key to ensure social confidence in the profession, to ensure the qualification and registration of professionals, to control the profession and its responsibilities, to ensure the revalidation, maintenance and updating of professional competence, transparency and accountability, to respond professionally to the needs of citizens, to defend the professional autonomy of the physician, to develop medical ethics, deontology and disciplinary intervention and to promote articulation between the State, the profession and the health system.</u></p> <p><u>The performance of the profession and the social responsibility of physicians is framed in a system of values belonging to the profession. The fundamental purpose of medical regulation is to protect citizens, ensuring that the profession is exercised by qualified people with credentials that certify their professional</u></p>	<p><i>Ce nouveau préambule ne sera probablement pas acceptable pour les associations de pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, la Suède et la Norvège, au vu de leurs commentaires généraux, qui insistent sur une régulation plus partagée de la profession médicale.</i></p> <p><i>Nous proposons donc un préambule plus court qui prend en compte certaines de leurs réserves.</i></p> <p><u>La régulation de la profession médicale joue un rôle essentiel dans l'installation et le maintien de la confiance de la population dans les normes qui régissent les soins et la conduite qu'elle peut attendre des professionnels de la médecine qui sont à son service. Cette</u></p>

		<p><u>competence and maintenance thereof over time, generating social confidence in medicine.</u></p> <p><u>The medical profession must take the initiative in its regulation and lead the necessary changes in order to reach the highest levels of ethical and professional demands. An effective, committed, independent and transparent self-regulation is a key element to continue deserving the social legitimacy that sustains the medical profession.</u> (CGCM)</p>	<p><u>régulation requiert une implication indépendante et très forte des professionnels, qui peuvent être moteurs, ou constituer une voix parmi d'autres partenaires de soin bien informés, l'essentiel étant que la régulation assure le respect des normes les plus exigeantes au sein de la profession médicale.</u></p>
	<p>Les médecins aspirent à la création ou au maintien de systèmes de régulation qui préserveront au mieux les normes les plus élevées en matière de soins pour tous les patients. Les médecins estiment que les modèles gérés par les médecins eux-mêmes fournissent un environnement optimal pour renforcera le droit du médecin de traiter ses patients sans interférence extérieure, sur la base de son seul jugement professionnel. Dans ces conditions, l'Association médicale mondiale demande à ses membres constituants et à tous les médecins d'assurer que de tels systèmes soient en place et fondés sur les principes suivants :</p>	<p>Physicians aspire to the development or maintenance of systems of regulation that will best protect the highest possible standards of care for all patients. Physicians believe that Professionally led models provide the optimum environment to enhance and assure the individual physician's right to treat patients without interference, based on his or her best clinical judgment..... (AM)</p> <p>Physicians aspire to the development or maintenance of systems of regulation that will best protect the highest possible standards of care for all patients. Physicians believe that professionally led models provide the optimum environment to enhance and assure the individual physician's right to treat patients without interference, based on his or her best clinical judgment. Therefore, the WMA urges its constituent members and all physicians to take actions to ensure such systems are in place. These actions should be informed by the following principles. (SwMA)</p>	<p>Les médecins aspirent à la création ou au maintien de systèmes de régulation qui préserveront au mieux les normes les plus élevées en matière de soins pour tous les patients. Les médecins estiment que les modèles gérés par les médecins eux-mêmes fournissent un environnement optimal pour renforcera le droit du médecin de traiter ses patients sans interférence extérieure, sur la base de son seul jugement professionnel. Dans ces conditions, l'Association médicale mondiale demande à ses membres constituants et à tous les médecins d'assurer que des tels systèmes efficaces soient en place et fondés sur les principes suivants :</p>
1	<p>La société accorde aux médecins un degré élevé d'autonomie</p>	<p>Physicians have been granted by society enjoy (AMA) a high degree of professional autonomy and clinical</p>	<p>La société accorde aux médecins jouissent d'un degré élevé d'autonomie</p>

	<p>professionnelle et d'indépendance clinique, ce qui leur permet de faire des recommandations sur la base de leurs connaissances et de leur expérience, des données cliniques disponibles et de leur compréhension générale du patient, y compris l'intérêt de ce dernier, sans influence extérieure inopportune ou abusive.</p>	<p>independence <u>that allows them to perform a qualified and responsible profession without undue external interference. Professional self-regulation shows the trust that society has placed in physicians</u>, whereby they are able to make recommendations based on their knowledge and experience, clinical evidence and their holistic understanding of the patient including his/her best interests without undue or inappropriate outside influence. (CGCM)</p> <p>Physicians have been granted by society a high degree of <u>complete</u> professional autonomy (CNOM) and clinical independence, whereby they are able to make recommendations based on their knowledge and experience, clinical evidence and their holistic understanding of the <u>best interest of the</u> patient including his/her best interests [RDMA: <i>Where does this 'holistic understanding' refer to?</i>] without undue or inappropriate outside influence (SwMA).</p> <p>Physicians have been granted by society a high degree of professional autonomy and clinical independence, whereby they are able to make recommendations based on their knowledge and experience, clinical evidence and their holistic understanding of the patient including his/her best interests <u>best interests of their patients</u> without undue or inappropriate outside influence. [FMA: <i>We prefer the current wording</i>]</p>	<p>professionnelle et d'indépendance clinique, ce qui leur permet de faire des recommandations sur la base de leurs connaissances et de leur expérience, des données cliniques disponibles et de leur compréhension holistique du patient, y compris l'intérêt de ce dernier, sans influence extérieure inopportune ou abusive.</p> <p><i>Le terme « holistique » a ici la définition habituelle : les médecins considèrent leurs patients et leur environnement, famille, travail, etc.</i></p>
2	<p>La planification et la prestation de tous types de soins de santé sont fondées sur un modèle éthique qui régit la pratique de tous les médecins. Ce modèle fait partie intégrante du professionnalisme et</p>	<p><u>The professional self-regulation of physicians must be based on an ethical model that applies to everyone equally and develops the principles of professionalism that protects and benefits patients.</u> The planning and delivery of all types of health care is based upon an ethical model by which all physicians are governed. This</p>	<p><u>La régulation professionnelle par les médecins eux-mêmes doit être fondée sur un modèle qui s'applique également à toutes et tous, qui protège les patients et leur bénéfice.</u> La planification et la prestation de tous types de soins de santé</p>

	<p>protège les patients. Les médecins sont les mieux placés pour juger des actions de leurs pairs qui vont à l'encontre de ces normes, en gardant à l'esprit les circonstances locales qui peuvent être pertinentes.</p>	<p>is an element of professionalism and protects patients. [CGCM] Physicians are best placed qualified to judge the actions of their peers against such normative standards, bearing in mind relevant local circumstances. [AMA]</p> <p>The planning and delivery of all types of health care is based upon an ethical model and current evidence-based medical knowledge by which all physicians are governed [CNOM]. This is an element of professionalism and protects patients. Physicians are best placed to judge the actions of their peers against such normative standards, bearing in mind relevant local circumstances. (SwMA)</p>	<p>sont fondées sur un modèle d'éthique médicale et de connaissance médicale fondée sur des données scientifiques qui régit la pratique de tous les médecins. Ce modèle fait partie intégrante du professionnalisme et protège les patients. Les médecins sont les mieux placés qualifiés pour juger des actions de leurs pairs qui vont à l'encontre de ces normes, en gardant à l'esprit les circonstances locales qui peuvent être pertinentes.</p>
3	<p>Le contrôle et l'autorité de décision doivent en dernier ressort appartenir aux médecins, du fait de leur formation médicale, de leurs connaissances, de leur expérience et de leurs compétences.</p>	<p><u>Each country, in a collective, medical action will assume the responsibility of establishing and maintaining a system of self-regulation through its National Medical Association that ensures the professional autonomy of the physician to make decisions regarding the medical care of their patients, guaranteeing professional, responsible and appropriate conduct.</u> The medical profession has a continuing responsibility to be self-regulating. Ultimate control and decision-making authority must rest with physicians, based on their specific medical training, knowledge, experience and expertise. [CGCMC]</p> <p>The medical profession has a continuing responsibility to be self-regulating. Ultimate control and decision-making authority must rest with physicians, based on their specific medical training, knowledge, experience and expertise. Physicians in each country are urged to establish, maintain and actively participate in a transparent system of professionally-led regulation. [SwMA]</p>	<p><i>La modification du CGCM ne serait pas acceptable dans les pays qui ont adopté un modèle de régulation mixte. La formulation révisée entend conserver la notion du rôle moteur des médecins sans poser problème à ces pays.</i></p> <p>Il incombe aux médecins de s'associer étroitement à la régulation de la profession ou de l'assurer eux-mêmes. Les médecins doivent en dernier ressort participer au contrôle et à l'autorité de décision, du fait de leur formation médicale, de leurs connaissances, de leur expérience et de leurs compétences. Dans les pays où la régulation de la profession est assurée par les médecins eux-mêmes, ces derniers doivent assurer qu'elle inspire confiance à leurs concitoyens. Dans les pays où la régulation est mixte, les médecins doivent assurer qu'elle permet de maintenir la</p>

			<u>confiance dans la profession.</u>
4	<p>Les médecins de tous les pays sont priés d’instaurer et de préserver un système reconnu, légitime, rigoureux et transparent de régulation assurée par la profession et d’y participer activement.</p>	<p>Physicians in each country are urged to establish, maintain and actively participate in a legitimate fair (CGCM), rigorous (FMA+RDMA) and transparent system of professionally-led regulation, <u>though efforts such as national clinical guidelines developed by and for physicians</u> (DMA)</p> <p><i>(RDMA: The term ‘rigorous’ seems to strict? Without this word the sentence is complete as well (legitimate and transparent system...). ‘rigorous’ suggests that regulation has always to be followed, but in the end it is always the physician who decides to follow a rule or not (comply or explain).)</i></p> <p>Physicians in each country are urged to establish, maintain and actively participate in a legitimate rigorous and transparent system of professionally-led regulation. <u>Such systems are intended to balance physicians’ rights to exercise medical judgment freely with the obligation to do so wisely and temperately.</u> (AMA)</p> <p>Move to the end of paragraph 3 with amendments (SwMA)</p>	<p>Les médecins de tous les pays sont priés d’instaurer et de préserver un système reconnu, juste légitime, rigoureux et transparent de régulation assurée par la profession et d’y participer activement. <u>De tels systèmes sont conçus pour équilibrer les droits des médecins à exercer leur jugement professionnel librement par des obligations de sagesse et de mesure.</u></p> <p><i>Le terme « rigoureux » a été conservé car il suppose un système fondée sur les données scientifiques.</i></p>

5	<p>Pour éviter les éventuels conflits d'intérêts qui pourraient naître de leur double rôle de représentation et de régulation, les médecins doivent assurer la séparation des deux processus et prêter une attention rigoureuse à la mise en œuvre d'un système juste et transparent dont la légitimité ne puisse être mise en doute par le grand public.</p>	<p>National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they must ensure separation of the two processes and pay rigorous attention (BMA) to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its independence and fairness (CMA).</p> <p>National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they must ensure separation of the two processes and rigorous attention to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its fairness. The regulator must be transparent and communicate the information available regarding ethical and professional norms on which their professional practice is based to society and its professionals. (CGCM)</p> <p>National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that avoid potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they National Medical Associations must ensure appropriate transparency and a clear separation of the two processes and rigorous attention to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its fairness. (SwMA)</p>	<p>Les associations médicales nationales doivent s'efforcer de promouvoir et de soutenir la notion de régulation par la profession efficace et éclairée parmi leurs membres et auprès du grand public. Pour éviter les éventuels conflits d'intérêts qui pourraient naître de leur double rôle de représentation et de régulation, les médecins doivent assurer la séparation des deux processus et prêter accorder une attention rigoureuse à la mise en œuvre d'un système juste et transparent dont l'honnêteté et l'indépendance ne puissent être mises en doute par le grand public.</p> <p><i>La nouvelle formulation du début entend indiquer clairement que la régulation doit être efficace pour être acceptable. L'utilisation du terme « éclairée » entend étayer les arguments des promoteurs de la régulation assurée par la profession. Pour les pays dans lesquels le système de régulation est mixte, ce terme appuie les arguments en faveur d'une forte implication des professionnels.</i></p>
---	---	--	---

		<p>..... To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they must ensure <u>separation of the two processes and rigorous attention</u> to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its fairness. (RDMA: <i>RDMA thinks it unnecessary to add this very strict instruction</i>)</p> <p>Switch parag. 5 and 10: Parag 10 replaces 5: “Whatever judicial or regulatory process a country has established, any judgement on a physician’s professional conduct or performance must incorporate evaluation by the physician’s professional peers who, by their training knowledge and experience, understand the complexity of the medical issues involved”. (AMA)</p>	
New		<p><u>Any system of professionally-led regulation must ensure the quality of care provided to patients, the competence of the physician providing that care and guarantee the professional conduct of all physicians, generating social confidence in medicine and in the physician.</u> (CGCM)</p>	<p><i>Cet aspect est abordé dans plusieurs autres paragraphes.</i></p>
6	Tout système de régulation assurée par la profession elle-même doit garantir :	<p>Any system of professionally-led regulation must <u>ensure and enhance</u> (FMA):</p> <p>Any system of professionally-led regulation must <u>ensure</u>: (BMA)</p>	Tout système de régulation assurée par la profession elle-même doit <u>promouvoir et garantir</u> :
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la qualité des soins apportés aux patients ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>ensure</u> the <u>delivery of high</u> quality of the <u>safe</u> care provided to patients, (BMA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la <u>prestation de soins sûrs et de haute qualité</u> des soins apportés aux patients ;
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la compétence des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>ensure</u> the competence of the physician providing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la compétence des médecins qui assurent

	qui assurent les soins ;	that care (BMA)	ces soins ;
	<ul style="list-style-type: none"> le comportement professionnel de tous les médecins ; 	<ul style="list-style-type: none"> ensure the professional conduct of all physicians, and (BMA) the professional conduct of all physicians, and (AM) 	<ul style="list-style-type: none"> le comportement professionnel de tous les médecins ;
Nouv eau	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Protection of the society (SAMA) 	<ul style="list-style-type: none"> la protection de la société ;
	<ul style="list-style-type: none"> l'adhésion et la confiance des patients, de leurs familles et du grand public. 	<ul style="list-style-type: none"> Inspire (AM+FMA) the confidence of patients, their families and the public. (SwMA) and (AM) Inspire the confidence support of patients, their families and the public. (AMA: <i>see also para. 11</i>) Inspire the confidence of patients, their families and the public as far as possible in the case of a life-threatening emergency. (CNOM) <p>Replace last bullet by: As such, the regulation should pursue the confidence of patients, their families and the public. (RDMA: <i>Grammatically wrong. It is hard to understand how regulation can inspire confidence. RDMA thinks regulation needs to pursue confidence.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> la promotion de l'adhésion et de la confiance des patients, de leurs familles et du grand public.
Nouv eau		<ul style="list-style-type: none"> Ensure the regulation system itself is subject to quality assurance (BMA) 	que le système de régulation lui-même fait l'objet d'une assurance qualité ;
Nouv eau		<ul style="list-style-type: none"> The honour of the medical profession (AM) 	
7	Afin de toujours assurer que les patients reçoivent des soins de qualité, les médecins doivent participer activement au processus	To ensure that the patient is offered quality continuing care, physicians must be required to should (SwMA) participate actively in the process of Continuing Professional Development, including reflection , (BMA)	Afin de toujours assurer que les patients reçoivent des soins de qualité, les médecins doivent participer activement au processus de formation professionnelle continue, y

	de formation professionnelle continue afin d'entretenir et d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences cliniques.	<p>in order to update and maintain their clinical knowledge, skills and competence. <u>Employers and management have a responsibility to enable physicians to meet this requirement</u> (DMA)</p> <p>To ensure that the patient is offered quality continuing care, physicians must be required to participate actively in the process of Continuing Professional Development in order to update and maintain their clinical knowledge, skills and competence. (RDMA: <i>Physicians should not only be required to do so, they should actually do so.</i>)</p>	<p><u>compris d'analyse de leur pratique</u> afin d'actualiser et de tenir à jour leurs connaissances et leurs compétences cliniques. <u>Il incombe à leurs employeurs et à leurs supérieurs d'assurer que les médecins répondent à ces exigences.</u></p>
8	<p>La conduite professionnelle des médecins doit toujours demeurer dans les limites du code déontologique régissant la pratique des médecins dans chaque pays. Les associations médicales nationales doivent promouvoir une conduite professionnelle et éthique des médecins dans l'intérêt des patients. Les violations des règles éthiques doivent être rapidement reconnues, signalées et corrigées. Les médecins ayant commis une faute doivent faire l'objet d'une sanction disciplinaire appropriée et si possible réinsérés.</p>	<p>The professional conduct of physicians must always be within the bounds of the Code of Ethics governing physicians in each country. National Medical Associations must promote professional and ethical conduct among physicians for the benefit of their patients. <u>Professional Associations should insist upon ethical consideration to be sure that physicians resist financial incentives to offer either too much or too little medical care</u> (AM). Ethical violations must <u>should</u> be promptly recognized, reported and acted upon. Physicians who have erred must be appropriately disciplined and where possible rehabilitated. (SwMA)</p> <p>The professional conduct of physicians must always be within the bounds of the Code of Ethics governing physicians in each country. National Medical Associations must promote professional and ethical conduct among physicians for the benefit of their patients, <u>and ethical</u> violations must be promptly recognized, reported and acted upon. Physicians who have erred must be appropriately disciplined and where possible rehabilitated. <u>Physicians are obligated to intervene in a timely manner to ensure that impaired colleagues</u></p>	<p>La conduite professionnelle des médecins doit toujours demeurer dans les limites du code d'éthique régissant la pratique des médecins dans chaque pays. Les associations médicales nationales doivent promouvoir une conduite professionnelle et éthique des médecins dans l'intérêt des patients. Les violations des règles éthiques doivent être rapidement reconnues, <u>signalées aux autorités compétentes</u> et corrigées. Les médecins ayant commis une faute faire l'objet d'une sanction disciplinaire appropriée et si possible réinsérés. <u>Les médecins doivent intervenir en temps utile pour assurer que leurs confrères ayant commis une faute cessent de pratiquer et reçoivent une assistance appropriée d'un programme sur la santé des médecins.</u></p> <p><i>Précisons qu'il ne s'agit pas là de nommer</i></p>

		<p><u>cease practicing and receive appropriate assistance from a physician health program.</u> (AMA)</p> <p>Delete the last 2 sentences (“ethical violations” until end of parag.) (RDMA: <i>The RDMA is not sure if this is necessary to add. A first question is who should report and act upon it. A second consideration is that these ‘actions’ suggest a rather harsh regime of possibly ‘naming and shaming’. RDMA thinks this is not the most effective way to promote professional conduct, since it may lead to defensive medicine and to attempts to hide mistakes. Both can work out contrarily to what is wanted.</i>)</p>	<p><i>les personnes fautives pour leur faire honte. Tout signalement doit être fait auprès de l’autorité de régulation compétente.</i></p>
Nouveau		<p><u>The professionally-led regulatory body should publish the outcomes of disciplinary hearings that identifies offending physicians who have been found responsible of violations while keeping patients anonymous. These include criminal charges, cautions, specified continuing education and remediation programs, and any fines paid. This establishes transparency and trust between the public and physicians, increases patient safety, and promotes just outcomes for offenses.</u> (JDN)</p>	<p><i>La publication peut paraître utile mais c’est une mesure trop large compte tenu du fait que de nombreux appels sont couronnés de succès.</i></p> <p><i>Nous proposons une formulation alternative pour le cas où des membres souhaiteraient une forme de publication.</i></p> <p><u>L’autorité de régulation devrait, une fois la procédure judiciaire ou quasi-judiciaire arrivée à son terme et si le médecin est reconnu coupable, publier les conclusions du tribunal et les éventuelles mesures de réparation adoptées. Les enseignements tirés de ces affaires devraient, dans la mesure du possible, inspirer la formation médicale.</u></p>

9	<p>Les associations médicales nationales sont appelées à s’entraider dans le but de résoudre les problèmes nouveaux et ceux en voie d’apparition, y compris les éventuelles menaces inappropriées sur la régulation assurée par la profession. L’échange d’informations et d’expérience entre les associations médicales nationales est fondamental pour le bien des patients.</p>	<p>National Medical Associations are urged to assist each other in coping with new and developing problems, including potential inappropriate threats to professionally-led regulation. The ongoing challenges. Such exchange of information and experiences between National Medical Associations is essential for the benefit of patients (SwMA)</p> <p>National Medical Associations are urged to assist each other in coping with new and developing problems, including potential inappropriate threats to professionally-led regulation. The ongoing exchange of information and experiences between National Medical Associations is essential for the benefit of patients. (AMA)</p> <p><i>(DMA comments: We would suggest adding examples of “inappropriate threats”. Also, perhaps “inappropriate” is redundant here.)</i></p>	<p>Les associations médicales nationales sont appelées à s’entraider dans le but de résoudre les problèmes nouveaux et ceux en voie d’apparition, y compris des éventuelles menaces inappropriées sur la régulation assurée par la profession. L’échange continu d’informations et d’expérience entre les associations médicales nationales est fondamental pour le bien des patients.</p>
10	<p>Quelles que soient les dispositions juridiques et réglementaires au niveau national, tout jugement sur le comportement ou les performances professionnelles du médecin doit tenir compte de l’avis de ses pairs, qui par leur formation et leur expérience comprennent la complexité des problèmes médicaux qui se posent (<i>tiré du paragraphe 2 de la partie « Position » de la prise de position de l’AMM sur la responsabilité professionnelle et matière de qualité des soins</i>).</p>	<p>Switch parag. 5 and 10: Parag 5 replaces 10, with amendments: “National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided, they must ensure separation of the two processes and rigorous attention adherence to a transparent and fair equitable system of regulation that will assure the public of its fairness”. (AMA)</p>	<p>Quelles que soient les dispositions juridiques et réglementaires au niveau national, tout jugement sur le comportement ou les performances professionnelles du médecin doit tenir compte de l’avis de ses pairs, qui par leur formation et leur expérience comprennent la complexité des problèmes médicaux qui se posent. (<i>tiré du paragraphe 2 de la partie « Position » de la prise de position de l’AMM sur la responsabilité professionnelle et matière de qualité des soins</i>).</p>

Nouveau		<p><u>The World Medical Association and National Medical Associations advocate to both patients and the public that a system of professionally-led regulation is critical to ensure high quality medical care. (AM)</u></p>	<p><i>Voir les commentaires des NZMA, BMA, NMA et SwMA ci-dessus.</i></p>
11	<p>Il doit exister un système efficace et responsable de régulation assurée par la profession médicale dans chaque pays, qui ne saurait être complaisant ou avoir pour but de protéger la profession. Son fonctionnement doit être juste, raisonnable et suffisamment transparent pour assurer qu'il ne tombe pas dans ces écueils. Les associations médicales nationales devraient aider leurs membres à comprendre que l'autorégulation ne doit pas être uniquement une protection des médecins, mais doit garantir la sécurité, susciter l'adhésion et la confiance du public en général et préserver l'honneur de la profession elle-même.</p>	<p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and to ensure this the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent and offer guarantees regarding the benefits to patients, generating social confidence in the profession. to ensure this (CGCM). Consideration should be given to the addition of health care consumers as part of a non-professional minority on professionally-led regulatory bodies(AM). National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only be protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as the honour of the profession itself. (RDMA: <i>Why should it be protective of physicians at all? See point above what regulation should aim for instead. Moreover 'be protective of physicians' here seems in contrast to 'not be self-serving or internally protective of the profession' as mentioned in the first sentence.</i>)</p> <p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent to ensure this. National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only be</p>	<p>Il doit exister un système efficace et responsable de régulation assurée par la profession médicale dans chaque pays, qui ne saurait être complaisant ou avoir pour but de protéger la profession. Son fonctionnement doit être juste, raisonnable et suffisamment transparent pour assurer qu'il ne tombe pas dans ces écueils. Les associations médicales nationales devraient aider leurs membres à comprendre que l'autorégulation ne doit pas être uniquement perçue comme une protection des médecins mais doit garantir la sécurité, susciter l'adhésion et la confiance du public en général et préserver l'honneur de la profession elle-même.</p>

		<p>protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as the honour of the profession itself. (SwMA)</p> <p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent to ensure this. National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only be protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as the honour of the profession itself. (CMA: <i>Unless “only” is removed, this sentence is in direct opposition to the one preceding it</i>).</p> <p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent to ensure this. [note: previously stated.] National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only protect be protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as and the honour of the profession itself. (AMA)</p>	
Nouv eau		<p><u>Acting responsibly, the physician should always consider the economic dimension of their actions, regardless of who finances them. This consideration should not serve as a pretext to deny patients the necessary medical services.</u> (CGCM)</p>	<p><u>Bien que les médecins doivent toujours tenir compte de l’aspect économique des soins qu’ils recommandent, cet aspect ne saurait justifier le refus de soins médicaux nécessaires.</u></p>

			<i>Question : cet article est-il pertinent dans ce contexte ?</i>
--	--	--	---

20.03.2018

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° :	SMAC 209/Sustainable Development COM REV/Apr2018	Original : anglais
Titre :	Proposition de prise de position de l'AMM sur le développement durable	
Destination :	Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	<p>Le Conseil, lors de sa réunion à Taipei en octobre 2016, a décidé de créer un groupe de travail sur le développement durable avec le mandat d'élaborer une proposition de politique pour l'AMM sur ce thème, afin de définir une proposition de stratégie pour le développement durable aux niveaux national et international. Ledit groupe de travail est composé de membres constituants issus des pays suivants : Japon (présidence), Portugal, Brésil, Pays-Bas, Royaume-Uni et du Réseau des jeunes médecins.</p> <p>Il a nommé le Dr Agostinho Sousa (Portugal) rapporteur et a présenté sa proposition lors de la réunion du Conseil qui s'est tenue à Chicago en octobre 2017. Ce dernier a examiné la proposition et a décidé de la faire circuler parmi les membres de l'AMM à des fins de commentaires.</p>	

Abréviations :

AM	Membres associés
AMA	American Medical Association (États-Unis)
AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association (Grande-Bretagne)
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CMA	Canadian Medical Association
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
RDMA	Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas)
SAMA	The South African Medical Association (Afrique du Sud)
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	
AM	Les Membres associés soutiennent cette proposition, avec ou sans nos suggestions.
AMV	L'Association médicale du Vatican accepte la proposition telle quelle.
BMA	Nous soutenons pleinement cette proposition et saluons le fait que le groupe de travail soit allé au-delà des Objectifs de développement durable en rassemblant les divers instruments qui sous-tendent ces objectifs.
CMA	L'Association médicale canadienne soutient cette proposition.
DMA	L'Association médicale danoise estime que cette proposition doit être retravaillée, à la fois en termes de contenu qu'en termes de formulation : telle qu'elle est actuellement rédigée, nous ne trouvons pas que ses messages clés soient très clairs. L'objet de cette prise de position pourrait échapper au lecteur.
FMA	L'Association médicale finlandaise remercie le groupe de travail pour cette proposition de prise de position. De notre point de vue, ce document gagnerait à être reformulé, notamment les paragraphes 8 à 12 <i>[en raison de la renumérotation, ces paragraphes portent désormais les numéros 7 à 11]</i> . Il conviendrait de clarifier les priorités de cette politique et en quoi elles se rapportent aux Objectifs de développement durable. En outre, il conviendrait d'expliquer par exemple en quoi la mise en œuvre du principe de « la santé dans toutes les politiques » pourrait contribuer à la réalisation des Objectifs de développement durable. Nous proposons en outre de déplacer le paragraphe 7 <i>[qui porte désormais le numéro 6]</i> dans les recommandations.
NMA	L'Association médicale norvégienne est favorable au présent document, tel quel.

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

No	Texte proposé : SMAC 207/Sustainable Development/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Retraits : barré Commentaires seulement : <i>[italique]</i>	Révision proposée par : Rapporteur SMAC 209/ Sustainable Development REV/Apr2018
Titre	WMA Statement on Sustainable Development		Prise de position de l'AMM sur le développement durable
	Préambule		Préambule
1.	L'AMM est convaincue que la santé et le bien-être dépendent de déterminants sociaux de la santé (DSS), c'est-à-dire des circonstances dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces déterminants sociaux influent directement sur la réalisation des Objectifs du développement durable des Nations unies (ODD). Nombre des cibles et indicateurs qui ont été conçus pour mesurer les progrès vers la réalisation de ces objectifs constitueront également des mesures utiles de l'incidence des actions qui sont menées sur les déterminants sociaux de la santé et notamment les inégalités de santé.	<p>... Many of the SDG goals, targets and the indicators that have been developed to measure progress towards them, will also be useful measures of the impact of action is having on reducing the SDH and, in particular, on reducing health inequities. [BMA]</p> <p>The WMA believes that health and well-being are dependent upon social determinants of health (SDH), the circumstances conditions in which people are born, grow, live, work and age; and the social influences on these conditions ... Many of the SDG goals, targets and the indicators that have been developed to measure progress towards them, will also be useful measures of the impact action is having on reducing improving the SDH and, in particular, health inequities. [AM]</p> <p>The WMA believes that health and well-being are dependent upon social determinants of health (SDHs), the circumstances in which people are born, grow, live, work and age ... Many of the SDG goals, targets and the indicators that have been developed to measure progress towards them, will also be useful measures of the impact</p>	L'AMM est convaincue que la santé et le bien-être dépendent de déterminants sociaux de la santé (DSS), c'est-à-dire des circumstances conditions dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces déterminants sociaux influent directement sur la réalisation des Objectifs du développement durable des Nations unies (ODD). Nombre des cibles et indicateurs qui ont été conçus pour mesurer les progrès vers la réalisation de ces objectifs constitueront également des mesures utiles de l'incidence des actions qui sont menées sur pour mettre en échec les déterminants sociaux de la santé et notamment réduire les inégalités de santé.

		action is having on reducing the SDHs and, in particular, health inequities. [SAMA]	
2.	La présente prise de position s'appuie sur la politique de l'AMM relative aux déterminants sociaux de la santé tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Oslo et sur les principes fondamentaux de l'éthique médicale décrits dans la Déclaration de Genève (1).	This statement builds upon WMA policy on SDH as set out in the Declaration of Oslo on Social Determinants of Health , and upon the basic principles of medical ethics set out in the Declaration of Geneva. (1) [SwMA]	La présente prise de position s'appuie sur la politique de l'AMM relative aux déterminants sociaux de la santé tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Oslo et sur les principes fondamentaux de l'éthique médicale décrits dans la Déclaration de Genève. (1)
3.	L'AMM reconnaît les efforts importants consentis par les Nations unies avec l'adoption, le 25 septembre 2015, de la résolution « <i>Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030</i> » (2). Ce Programme de développement durable repose sur cinq thèmes : l'humanité, la planète, la prospérité, la paix et les partenariats et sur le principe de ne laisser personne de côté dans cette quête collective. L'AMM reconnaît l'importance d'efforts mondiaux en matière de développement durable et l'impact que ces efforts pourraient avoir sur l'humanité.	... The WMA affirms supports the importance of global efforts on sustainable development and the impact that they can it could bring to humanity. [BMA]	L'AMM reconnaît les efforts importants consentis par les Nations unies avec l'adoption le 25 septembre 2015 de la résolution « <i>Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030</i> » (2). Le programme de développement durable repose sur cinq thèmes : l'humanité, la planète, la prospérité, la paix et les partenariats et sur le principe de ne laisser personne de côté dans cette quête collective. L'AMM reconnait proclame l'importance d'efforts mondiaux en faveur du développement durable et l'impact qu'ils pourraient peuvent avoir sur l'humanité.

4.	<p>Les Objectifs du développement durable sont fondés sur les enseignements tirés des succès et des échecs des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), y compris pour ce qui a trait aux inégalités dans de nombreux aspects de la vie. Bien qu'il n'y ait pas de concept d'ensemble sous lequel unifier les Objectifs de développement durable, l'AMM estime que les inégalités de santé et de bien-être recouvrent une grande partie du programme. L'AMM constate que bien que trois objectifs seulement soient spécifiquement centrés sur la santé, la plupart d'entre eux renferment d'importants composants relatifs à la santé.</p>	<p><i>[Comment: WE NEED TO SAY EXACTLY WHAT GOAL #3 IS, AND POSSIBLY FOOTNOTE OR DESCRIBE ALL THE GOALS.] [AM]</i></p> <p>... The WMA notes that while only goal 3 is overtly about health, many of the goals have major health components. [SAMA]</p>	<p>Les Objectifs du développement durable sont fondés sur les enseignements tirés des succès et des échecs des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), y compris les inégalités dans de nombreux aspects de la vie. Bien qu'il n'y ait pas de concept supérieur permettant d'unifier les Objectifs de développement durable, l'AMM estime que les inégalités de santé et de bien-être recouvrent une grande partie du programme <u>à l'horizon 2030</u>. L'AMM constate que bien que <u>seul le troisième objectif</u> seulement soient spécifiquement centrés sur la santé, la plupart renferment d'importants composants relatifs à la santé.</p>
5.	<p>L'AMM reconnaît que les gouvernements doivent s'engager et investir beaucoup pour remplir pleinement ces objectifs d'ici à 2030, conformément au Programme d'action d'Addis-Abeba (3) (4). L'AMM convient en outre du risque que les ODD soient considérés comme inabordables en raison de leur coût estimé : entre 3,3 et 4,5 milliards de dollars étasuniens par an (5).</p>	<p>The WMA recognizes <u>that</u> governments must commit and invest to fully implement the goals by 2030, in alignment with the Addis Ababa Action Agenda (3) (4) ... [SwMA]</p>	<p>L'AMM reconnaît que <u>tous</u> les gouvernements doivent s'engager et investir beaucoup pour remplir pleinement ces objectifs d'ici à 2030, conformément au Programme d'action d'Addis Abeba (3)(4). L'AMM convient en outre du risque que les ODD soient considérés comme inabordables, en raison de leur coût estimé : entre 3,3 et 4,5 mille milliards de dollars étasuniens par an. (5)</p>

6.	L'AMM souligne la nécessité de compter sur des collaborations et des travaux intersectoriels pour atteindre ces objectifs. L'Association est convaincue que les questions de santé doivent être abordées résolument dans tous les ODD et pas seulement l'Objectif numéro 3 qui est consacré à la santé (2) (6).		L'AMM souligne la nécessité de compter sur des collaborations et des travaux intersectoriels pour atteindre ces objectifs. L'Association est convaincue que les questions de santé doivent être prises à bras le corps dans tous les ODD et pas seulement le troisième ODD , l'Objectif numéro 3 qui est consacré à la santé (2) (6) .
	Priorités de la politique		Priorités de la politique
7.	Reconnaissance des questions de santé dans toutes les politiques et des déterminants sociaux de la santé.	Recognition of the Social Determinants of Health and the Health in All Policies / Multisectoral / Whole of Government / Whole of Society approach <i>[rearranged sentence and made additions]</i> [SAMA]	Reconnaissance des questions de santé dans toutes les politiques et des déterminants sociaux de la santé/ approche sociale globale ;
8.	Prise en compte d'autres domaines sont essentiels à la réalisation de l'Objectif de développement durable n° 3, parmi lesquels :	Policy Other areas that are essential to achieving the SDG3s. They include: [BMA] <i>[Comment: what is meant by SDG3s ?]</i> [RDMA] Other areas considerations are also essential to achieving the SDG3s targets . They include: [SwMA] Attention to Other areas that are essential to achieving the SDG3s, they that include: [SAMA]	prise en compte d'autres certain s domaines sont essentiels à la réalisation de l'Objectif de développement durable n° 3 parmi lesquels :
	<ul style="list-style-type: none"> • l'autonomisation et la sécurité du patient ; • l'amélioration continue de la qualité dans les soins de santé ; 		<ul style="list-style-type: none"> • L'autonomisation et la sécurité du patient ; • L'amélioration continue de la qualité dans les soins de santé ; • Le dépassement de l'impact de l'âge sur les soins de santé ;

	<ul style="list-style-type: none"> • le dépassement de l'impact de l'âge sur les soins de santé ; • la lutte contre la résistance antimicrobienne ; • la sécurité et le bien-être du personnel de santé. 		<ul style="list-style-type: none"> • La lutte contre la résistance antimicrobienne ; • La sécurité et le bien-être du personnel de santé.
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The AMM and NMAs should promote the principle of equity in health is an objective shared by society. It must also be ensured that the health sector does not increase inequalities in health and promote equitable provision of health services in all groups of society and in all stages of health care.</u></p> <p>[CGCM]</p>	
9.	harmonisation des politiques de toutes les agences des Nations unies et des travaux des organisations gouvernementales régionales telles que les États-Unis, l'Union africaine, la Ligue arabe, l'ASEAN et l'Organisation des États américains (7)	<p>EnsureEnsuring policy alignment ... [SAMA]</p> <p>Ensure policy alignment betweenamong all the UN Agencies and the work of regional governmental organizations such as EU, African Union, Arab League, ASEAN, and Organization of American States. (7) [AMA]</p>	Harmonisation des politiques de entre toutes les agences des Nations unies et des travaux des organisations gouvernementales régionales telles que les États-Unis, l'Union africaine, la Ligue arabe, l'ASEAN et l'Organisation des États américains. (7)
10.	l'AMM s'engage à travailler en collaboration avec toutes les parties prenantes sur d'autres accords mondiaux qui soutiendront le processus et le programme des ODD ;	<p>The WMA commits to working collaboratively with a wide range ofother stakeholders on the variousother global agreements that will underpin the SDG process and programme. [BMA]</p> <p><i>[Delete paragraph:]</i> [SwMA]</p> <p><i>[Comment: THIS FITS BETTER UNDER THE RECOMMENDATIONS SECTION. WE HAVE</i></p>	l'AMM s'engage à travailler en collaboration avec toutes les parties prenantes sur d'autres accords mondiaux qui soutiendront le processus et le programme des ODD ;

		<p><i>SUGGESTED ADDITIONAL WORDING IN THE FIRST PARAGRAPH OF THAT SECTION.] [SwMA]</i></p> <p>The WMA s commits commitment to working collaboratively with other stakeholders on the other global agreements that will underpin the SDG process and programme. [SAMA]</p>	
11.	<p>mise en œuvre des trois autres accords mondiaux relatifs au processus de développement durable :</p>	<p>The WMA commits to support implementation of the other three global agreements regarding the sustainable development process: [BMA]</p> <p>The implementation of the other three global agreements regarding the sustainable development process: [AM]</p> <p>The WMA supports the implementation of the other three additional global agreements regarding the sustainable development process: [AMA]</p>	<p>L'AMM s'engage à soutenir la mise en œuvre des trois autres accords mondiaux relatifs au processus de développement durable :</p>
	<ul style="list-style-type: none"> le programme d'action d'Addis-Abeba est le mécanisme qui permettra d'assurer le financement du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; 	<ul style="list-style-type: none"> The Addis Ababa Action Agenda is the mechanism that will provide the financial support for the 2030 Agenda [AM] The Addis Ababa Action Agenda as the mechanism that will provide the financial support for the 2030 Agenda. [SAMA] 	<p>Le programme d'action d'Addis-Abeba, qui est le mécanisme qui permettra d'assurer le financement du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> l'Accord de Paris est le seul mécanisme contraignant du processus de développement durable qui fixe un plan d'action mondial à même de mettre le monde en position d'éviter des 	<ul style="list-style-type: none"> The Paris Agreement is the only binding mechanism of the sustainable development process that sets out a global action plan to put the world on track to avoid dangerous climate change by limiting global warming to well below 2°C above pre-industrial levels. (8) (9) [AM] 	<p>L'Accord de Paris, qui est le seul mécanisme contraignant du processus de développement durable fixant un plan d'action mondial à même de mettre le monde en position d'éviter des conséquences trop dangereuses du changement climatique en limitant le</p>

	conséquences trop dangereuses du changement climatique en limitant le réchauffement bien en dessous du dépassement de 2 °C des niveaux préindustriels (8) (9) ;		réchauffement bien en deçà du dépassement de 2°C des niveaux préindustriels ; (8) (9)
	<ul style="list-style-type: none"> le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe est l'accord qui reconnaît en l'État le principal acteur de la réduction des risques de catastrophe, mais cette responsabilité doit être partagée avec d'autres acteurs, y compris les gouvernements locaux, le secteur privé et d'autres parties prenantes (10). 	<ul style="list-style-type: none"> The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction as the agreement which recognizes that the State has the primary role to reduce disaster risk but that responsibility should be shared with other stakeholders including local government, and the private sector and other stakeholders. (10) [BMA] The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction is the agreement which recognizes that the State has the primary role to reduce disaster risk but that responsibility should be shared with other stakeholders including local government, the private sector and other stakeholders. (10) [AM] 	Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe, qui est l'accord qui reconnaît en l'État le principal acteur de la réduction des risques de catastrophe. Cette responsabilité doit cependant être partagée avec d'autres acteurs, y compris les gouvernements locaux, le secteur privé et d'autres parties prenantes. (10)
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>Establish strategies for strengthening specific public health programs and national health systems to address the social determinants of health, redirecting health services, interventions and programs with the aim of reducing inequities and ensuring universal coverage and achieving that establishments, goods and services related to health are available to all, are acceptable, accessible, appropriate and of good quality.</u> [CGCM]	
	Recommandations et engagements		Recommandations et engagements

12.	L'AMM s'engage à travailler avec d'autres organisations intergouvernementales, y compris les Nations unies et l'OMS, à la mise en œuvre et au suivi de ce programme et des accords internationaux y afférents (11) (12) (13).	<p>The WMA commits to work with other intergovernmental organizations, including the UN and the WHO, and other stakeholders for the implementation and follow-up of this agenda and related international agreements. (11) (12) (13). [SwMA]</p> <p>... The WMA commits to working with other intergovernmental organizations, including the UN and WHO, for the implementation and follow-up of this agenda and related international agreements. (11) (12) (13). <i>[Added sentence:]</i> <u>This should include putting pressure on States that have not committed to some of the binding international agreements, including the Paris Agreement.</u> [SAMA]</p> <p>The WMA commits to work with other non-governmental and intergovernmental organizations, including the UN and WHO, for the implementation and follow-up of this agenda, and related international agreements, and for policy and advocacy alignment. (11) (12) (13) [AMA]</p>	L'AMM s'engage à travailler avec d'autres organisations intergouvernementales, y compris les Nations unies, et l'OMS, les organisations de professionnels de la santé et d'autres acteurs à la mise en œuvre et au suivi de ce programme et des accords internationaux y afférents, ainsi qu'à l'harmonisation des politiques et des efforts de sensibilisation. (11) (12) (13).
13.	L'AMM s'engage à coopérer avec les associations qui la constituent aux fins de soutenir leur travail au niveau national et avec leurs gouvernements respectifs à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030.	The WMA commits to collaborate ing with its constituent member Associations to support their work at national and regional levels, and with governments on the 2030 Agenda implementation. [SAMA]	L'AMM s'engage à coopérer avec les associations qui la constituent aux fins de soutenir leur travail aux niveaux national et régional et avec leurs gouvernements respectifs à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030.
14.	L'AMM recommande que les associations médicales nationales créent une stratégie relative au recueil de données, à la mise en œuvre, au	The WMA recommends that NMAs create a strategies regarding data collection, implementation, capacity building and advocacy, to enhance policy coherence and to	L'AMM recommande que les associations médicales nationales créent une des stratégies relatives au recueil de données, à la mise en œuvre, au renforcement des capacités et au

	renforcement des capacités et au plaidoyer, aux fins d'une meilleure cohérence entre les politiques et pour augmenter autant que possible l'efficacité des médecins aux niveaux national et mondial.	maximise the impact of doctors Agenda implementation at national and global levels. [SwMA]	plaidoyer, aux fins d'une meilleure cohérence entre les politiques et pour augmenter autant que possible l'incidence des médecins la mise en œuvre du Programme à l'horizon 2030 aux niveaux national et mondial.
15.	L'AMM s'engage à travailler avec d'autres organisations non gouvernementales, y compris d'autres organisations de professionnels de santé pour harmoniser les politiques et les stratégies de plaidoyer (14).	The WMA commits to working with other non-governmental organizations, a range of partners besides governments, including business, other healthcare professionals ² organizations, conservation agencies, donors, and community organisations, to align policy and advocacy. (14) [SAMA] <i>[Delete paragraph; incorporated in #12]</i> [AMA]	L'AMM s'engage à travailler avec d'autres organisations non gouvernementales, y compris d'autres organisations de professionnels de santé pour harmoniser leurs politiques et leurs stratégies de plaidoyer. (14)
16.	L'AMM recommande en outre que les associations médicales nationales travaillent avec les banques de développement, les ONG, les organisations intergouvernementales et d'autres parties prenantes qui travaillent également à la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment dans leur propre pays (15) (16) (17) (18).	The WMA also recommends that NMAs work with development banks, NGOs, intergovernmental organisations and other stakeholders that are also working for to implementing of the 2030 a Agenda , especially in their own countries (15) (16) (17) (18) [BMA] The WMA also recommends that NMAs work collaborate with development banks, NGOs, intergovernmental organisations and other stakeholders that are also working for to implementing of the 2030 Agenda, especially in their own countries (15) (16) (17) (18) [SwMA] The WMA also recommends that NMAs work cooperate with development banks, NGOs, intergovernmental organisations and other stakeholders that are also working for implementing of to implement the 2030 Agenda, especially in their own countries (15) (16) (17) (18) [AMA]	L'AMM recommande en outre que les associations médicales nationales collaborent travaillent avec les banques de développement, les ONG, les organisations intergouvernementales et d'autres parties prenantes qui travaillent également à mettre la mise en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment dans leur propre pays (15) (16) (17) (18).

17.	L'AMM demande aux Nations unies et à l'OMS de rédiger des orientations sur la manière dont le financement de la santé sera mis en œuvre pour atteindre les cibles définies pour le Programme à l'horizon 2030 et les implications économiques des maladies non transmissibles, du vieillissement et de la résistance antimicrobienne (5).	<p>WMA asks the UN and WHO to develop guidelines on how financing for health will be implemented to reach the targets established by the 2030 aAgenda, and the economic implications of NCDs, aging and antimicrobial resistance. (5) [BMA]</p> <p>WMA asksencourages the UN and the WHO to develop guidelines on how financing for health will be implemented to reach the targets established by the 2030 agenda and economic implications of NCDs, aging and antimicrobial resistance. (5) [SwMA]</p> <p>The WMA asks the UN and WHO to develop guidelines ... [SAMA]</p>	L'AMM demande aux encourage les Nations unies et à l'OMS à rédiger des orientations sur la manière dont le financement de la santé sera mis en œuvre pour atteindre les cibles définies pour le Programme à l'horizon 2030 et les implications économiques des maladies non transmissibles, du vieillissement et de la résistance antimicrobienne. (5)
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Physicians and their NMs must assume the SDGs of sustainable development as their own and strive to achieve the specific objectives of the health field, promoting healthy lifestyles and the quality of life of individuals and communities, ensuring the sustainability of the systems that sustain life.</u> [CGCM]</p>	

References:

1. **The World Medical Association.** WMA Declaration of Geneva. [Online] May 2006. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html>.
2. **UN General Assembly.** Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Online] 21 October 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.
3. **United Nations.** Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf.
4. **UN DESA.** A DESA Briefing Note On The Addis Ababa Action Agenda. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.un.org/esa/ffd/ffd3/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/DESA-Briefing-Note-Addis-Action-Agenda.pdf>.

5. **World Health Organization.** Health in 2015: from MDGs to SDGs- Chapter 9. *The SDGs: Reflections on the Implications and Challenges for Health.* [Online] WHO, December 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/MDGs-SDGs2015_chapter9.pdf?ua=1.
6. **Adams, Barbara and Judd, Karen.** Silos or system? The 2030 Agenda requires an integrated approach to sustainable development. [Online] 2016. [Cited: 13 February 2017.] https://www.globalpolicywatch.org/wp-content/uploads/2016/09/GPW12_2016_09_23.pdf.
7. **UN Economic and Social Commission for Western Asia.** *Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development in the Arab States. Implementation challenges at the national level.* New York, USA : UN ECOSOC, 2016.
8. **UNFCCC.** Paris Agreement. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://unfccc.int/files/essential_background/convention/application/pdf/english_paris_agreement.pdf.
9. **European Commission.** Paris Agreement. [Online] February 2017. [Cited: 13 February 2017.] http://ec.europa.eu/clima/policies/international/negotiations/paris_en.
10. **United Nations.** Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf.
11. **World Health Organization.** Universal Health Coverage Data Portal. [Online] World Health Organization, 2016. [Cited: February 13, 2017.] <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>.
12. **Organisation for Economic Co-operation and Development.** Better Policies for 2030: AN OECD Action Plan on the Sustainable Development Goals. [Online] OECD, 2016. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.oecd.org/dac/OECD-action-plan-on-the-sustainable-development-goals-2016.pdf>.
13. **WHO.** Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Online] 12 December 2016. [Cited: 13 February 2017.] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_32-en.pdf.
14. **United Nations.** Partnerships for SDGs. [Online] United Nations, 2016. [Cited: 13 February 2017.] <https://sustainabledevelopment.un.org/partnerships/>.
15. **The World Bank.** Press Release. Global Community Makes Record \$75 Billion Commitment to End Extreme Poverty. [Online] 15 December 2016. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/12/15/global-community-commitment-end-poverty-ida18>.
16. **Asian Development Bank.** Key Indicators for Asia and the Pacific 2016. [Online] 2016. [Cited: 13 February 2017.] <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/204091/ki2016.pdf>.
17. **United States Council for International Business.** Business for 2030. [Online] USCIB, 2015. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.businessfor2030.org/>.
18. **World Bank Group; UNDP.** Transitioning from the MDGs to the SDGs. [Online] 9 November 2016. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/SDGs/English/Transitioning%20from%20the%20MDGs%20to%20the%20SDGs.pdf?download>.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° :	SMAC 209/Pandemic Influenza COM REV/Apr2018	Original : anglais
Titre :	Proposition de révision de la déclaration de l'AMM sur la pandémie de grippe aviaire	
Destination :	Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	<p>Dans le cadre du processus annuel de révision, il a été décidé lors du Conseil qui s'est tenu à Buenos Aires en avril 2016 de réaffirmer la déclaration de l'AMM sur la pandémie de grippe aviaire avec des modifications mineures. Au cours de sa session à Taipei en octobre 2016 et à la demande du Secrétaire général le Dr Otmar Kloiber, le Conseil a convenu de reporter le processus de révision en raison d'interrogations sur le contenu scientifique de la politique.</p> <p>Lors de la session qui s'est tenue à Livingstone en avril 2017, le Dr Kloiber a informé le Conseil qu'une version révisée de la prise de position serait présentée en octobre à Chicago. La proposition de révision a été préparée par la Dre Caline Mattar, spécialiste de la résistance aux antimicrobiens. Lors de sa 207^e session à Chicago en octobre 2017, le Conseil a examiné le texte proposé et a pris la décision de le faire circuler parmi les</p>	

membres de l'AMM à des fins de commentaires.

Abréviations :

MA	Membres associés
AMA	American Medical Association (États-Unis)
AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association (Grande-Bretagne)
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins (France)
CMA	Canadian Medical Association
DMA	Danish Medical Association (Danemark)
FMA	Finnish Medical Association (Finlande)
NMA	Norwegian Medical Association (Norvège)
RDMA	Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas)
SAMA	The South African Medical Association (Afrique du Sud)
SwMA	Swedish Medical Association (Suède)

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

MA	Excellent document. Nous le soutenons avec ou sans nos propositions. Nous proposons de supprimer la conjonction « etc. » des paragraphes 7c et 8 c. Si d'autres éléments doivent être énumérés, nous préférons qu'ils le soient précisément. <i>[Note : ce commentaire a été ajouté dans le tableau ci-dessous]</i>
AMA	L'aspect relatif aux risques de mutation ou de coexistence avec d'autres virus, qui avait été inclus dans la version de 2006 (paragraphe 5) a été omis. Nous pensons que cet élément est essentiel à la compréhension de la genèse de souches pandémiques du virus et qu'il devrait être réintégré.
AMV	Nous pensons que le point 7 b (identification des cadres légaux, éthiques et des structures de gouvernance relatifs à la planification de la

	pandémie) est un peu trop général. Il doit être possible de trouver une recommandation plus précise.
BMA	Dans l'ensemble, nous soutenons cette politique que nous trouvons de très bonne qualité. Nous nous inquiétons cependant de savoir si sa formulation ne serait pas un peu trop technique et donc peu accessible à un large public.
DMA	L'Association médicale danoise (DMA) n'a pas de commentaire sur le présent document.
CNOM	Il semblerait que ce texte mélange les questions de grippe aviaire et de grippe saisonnière.
FMA	L'Association médicale finlandaise peut accepter le document révisé. Nous souhaitons cependant souligner que l'AMM dispose désormais d'une politique générale sur les épidémies et les pandémies, aussi nous proposons d'y faire référence dans le préambule du présent document.
NMA	L'Association médicale norvégienne est favorable au présent document avec les amendements mineurs proposés.

* La numérotation sera supprimée (ou ajustée) lorsque le texte révisé sera adopté.

N°	Texte proposé : SMAC 207/Pandemic Influenza/Oct2017	Commentaires spécifiques Ajouts : gras/souligné Retraits : barré Commentaires seulement : [italique]	Révision proposée par : Rapporteur SMAC 209/ Pandemic Influenza REV/Apr2018
Titre	Déclaration de l'AMM sur la pandémie de grippe aviaire		Déclaration de l'AMM sur la pandémie de grippe aviaire
	Préambule		Préambule
1.	La pandémie de grippe humaine se produit trois ou quatre fois par siècle. La grippe pandémique est due à l'apparition d'un nouveau virus de la grippe A qui se transmet facilement d'une personne à l'autre contre laquelle l'être humain n'est pas ou peu	<i>[Last sentence deleted]</i> [CGCM] ... Adequate supplies of antivirals are key for treatment of specific at risk populations and possibly control further spread in certain settings. [SAMA]	La pandémie de grippe humaine se produit trois ou quatre fois par siècle. La grippe pandémique est due à l'apparition d'un nouveau virus de la grippe A qui se transmet facilement d'une personne à l'autre et contre laquelle l'être humain

	<p>immunisé. La prévention et les mesures d'éloignement social (éviter les foules) peuvent contribuer à ralentir la propagation du virus. Il peut être difficile d'élaborer un vaccin car on ne peut prévoir les souches de la grippe qui apparaîtront. C'est pourquoi il est essentiel de maintenir un approvisionnement adéquat en antiviraux pour traiter les populations à risque et éventuellement éviter que la maladie ne se propage dans certains environnements.</p>	<p>... Adequate supplies of antivirals are key for treatment of specific at risk population and possibly control in controlling further spread of the outbreak, in certain settings. [AMA]</p>	<p>n'est pas ou peu immunisé. La prévention et les mesures d'éloignement social (éviter les foules) peuvent contribuer à ralentir la propagation du virus. Il peut être difficile d'élaborer un vaccin car on ne peut prévoir les souches de la grippe qui apparaîtront. C'est pourquoi il est essentiel de maintenir un approvisionnement adéquat en antiviraux pour traiter les populations à risque et maîtriser tout risque de propagation de la maladie.</p>
2.	<p>La grippe aviaire est une infection zoonotique qui, outre les oiseaux et les volailles, peut se transmettre sporadiquement aux humains. Les oiseaux infectés abritent de grandes quantités de virus dans leurs fèces, muqueuses et salive. Les humains peuvent être exposés au virus, et infectés, par la bouche, les yeux ou par inhalation du virus. Il pourrait également y avoir des cas de transmission d'un humain à l'autre.</p>	<p>... There may also have been evidence of a non-sustained limited human to human limited transmission reported as well. [BMA]</p> <p>... There may have been evidence of a nNon-sustained human to human limited transmission has been reported as well. [SwMA]</p> <p>... Humans are infected if they are exposed through the mouth, eyes, or from the inhalation of virus particles. There may have has been evidence of a non-sustained human to human limited transmission reported as well. [CMA]</p> <p>... Birds act as a reservoir and shed the virus in their feces, mucous and saliva. Humans are may be infected if they are exposed through the mouth, eyes, or inhalation of virus particles. There may have been evidence of a non-sustained Limited evidence of human to human limited transmission has been reported as well. [AMA]</p>	<p>La grippe aviaire est une infection zoonotique qui, outre les oiseaux et les volailles, peut se transmettre sporadiquement aux humains. Les oiseaux infectés abritent de grandes quantités de virus dans leurs fèces, muqueuses et salive. Les humains peuvent être exposés au virus, et infectés par la bouche, les yeux ou par l'inhalation de particules du virus. Nous disposons également de données limitées selon lesquelles il existe des cas de transmission d'un humain à un autre.</p>

3.	<p>Cette prise de position vise à guider les associations médicales nationales et les médecins sur la manière dont ils peuvent s'impliquer dans le processus de planification d'une pandémie ou dans la lutte contre une épidémie de grippe ou de grippe aviaire dans leurs pays respectifs. Elle décrit également les prérequis d'une bonne préparation et d'une bonne réaction de la part des gouvernements. Enfin, elle fournit des recommandations quant aux activités que les médecins devraient envisager pour se préparer à une épidémie de grippe.</p>	<p>This statement alongside with WMA Statement on Epidemics and Pandemics provides guidance to National Medical Associations and physicians on how they should be involved in their respective country's pandemic influenza planning process in addition to responding to Avian Influenza or pandemic influenza should it occur... [FMA]</p> <p>This statement provides guidance to National Medical Associations and physicians on how they should be involved in their respective country's pandemic influenza planning and how to respond process in addition to responding to Avian Influenza or pandemic influenza should it occur... [AMA]</p>	<p>Cette prise de position, ainsi que la prise de position de l'AMM sur les épidémies et les pandémies, vise à guider les associations médicales nationales et les médecins sur la manière dont ils peuvent s'impliquer dans le processus de planification d'une pandémie ou lutter dans la lutte contre une épidémie de grippe ou de grippe aviaire dans leurs pays respectifs.</p>
	Recommandations		Recommandations
	Grippe aviaire		Grippe aviaire
4.	<p>Lorsqu'on observe une augmentation de la transmission aux humains d'une souche de grippe aviaire, il convient de prendre les mesures suivantes :</p>	<p>In the event of an avian influenza outbreak, that an Avian Influenza strain transmission to humans increases, the following measures should be taken: [AMA]</p>	<p>Lorsqu'on observe l'émergence d'une souche de grippe aviaire, il convient de prendre les mesures suivantes :</p>
a	<p>éviter les sources d'exposition autant que faire se peut, c'est la mesure de prévention la plus efficace ;</p>	<p>Sources of exposure should be avoided when possible as this is the most effective prevention measure. [CMA, SAMA]</p>	<p>éviter les sources d'exposition autant que faire se peut, c'est la mesure de prévention la plus efficace ;</p>
b	<p>pour toutes les personnes manipulant des volailles comme pour le personnel de santé : utiliser un équipement de protection individuel et adopter les mesures d'hygiène des mains ;</p>	<p>Personal protective equipment should be used and hand hygiene practices emphasized for personnel handling poultry as well as the for healthcare teams [SwMA]</p> <p>Personal protective equipment should be used and</p>	<p>utiliser un équipement de protection individuel et adopter des mesures d'hygiène des mains, pour toutes les personnes manipulant des volailles comme pour les membres du personnel de santé ;</p>

		hand hygiene practices emphasized for personnel handling poultry as well as members of the healthcare team. [CMA] ... as well as the healthcare team. [SAMA]	
c	détruire tous les oiseaux infectés/exposés et mettre les carcasses au rebut de manière appropriée. Désinfecter soigneusement les fermes ;	All infected/exposed birds should be destroyed with proper disposal of carcasses, and rigorous disinfection of farms. [CMA, SAMA] All infected/exposed birds, and other potentially infected animals should be destroyed with proper disposal of carcasses, and rigorous disinfection of farms and markets [AM] All infected/exposed birds should be destroyed with proper disposal of carcasses, and rigorous disinfection or quarantine of farms [AMA]	détruire tous les oiseaux infectés/exposés et mettre les carcasses au rebut de manière appropriées, désinfecter soigneusement les fermes ou les mettre en quarantaine ;
d	maintenir des stocks de vaccins en prévision d'une éventuelle pénurie ;	Stockpiles of vaccines should be maintained for use during an outbreak. [CMA, SAMA] Stockpiles of vaccines and antivirals should be maintained for use during an outbreak [AMA]	maintenir des stocks de vaccins et d'antiviraux en prévision d'une éventuelle poussée épidémique ;
e	utiliser des médicaments antiviraux comme des inhibiteurs de la neuraminidase.	Antiviral medications such as neuraminidase inhibitors can be used for treatment. [CMA, SAMA] Antiviral medications such as neuraminidase inhibitors may can be used for treatment [AMA]	utiliser éventuellement des médicaments antiviraux comme des inhibiteurs de la neuraminidase.
		[Added paragraph:] f. Surveillance should be increased [AM]	

	Préparation à une pandémie de grippe		Préparation à une pandémie de grippe
5.	OMS et autorités sanitaires nationales :		OMS et autorités sanitaires nationales :
	Il incombe à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de coordonner la réaction internationale à une pandémie de grippe. L'OMS privilégie actuellement une approche « tous risques », pour permettre une réponse coordonnée fondée sur le degré de gravité de la pandémie.		Il incombe à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de coordonner la réaction internationale à une pandémie de grippe. L'OMS privilégie actuellement une approche « tous risques », pour permettre une réponse coordonnée fondée sur le degré de gravité de la pandémie.
6.	L'OMS doit :	The WHO must : [BMA] The WHO must should : [SwMA, CMA]	L'OMS devrait :
a	offrir, autant que de besoin, une assistance technique et de laboratoire aux pays touchés et réaliser le suivi permanent des niveaux d'activité des souches de grippe responsables de la pandémie et, le cas échéant, déclarer l'urgence de santé publique de portée internationale en temps utile ;	The WHO must Offer technical and laboratory assistance to affected countries if the need arises and monitor activity levels of potential pandemic influenza strains continuously, ensuring the designation of "Public Health Emergency of International Concern" is done in a timely manner if needed. [BMA] Offer technical and laboratory assistance to affected countries if the need arises and continuously monitor activity levels of potential pandemic influenza strains continuously, ensuring the designation of "Public Health Emergency of International Concern" is done in a timely manner if needed. [SwMA] Offer technical and laboratory assistance to affected countries if needed the need arises and monitor activity levels of potential pandemic influenza strains continuously, ensuring that the designation of "Public Health Emergency of International Concern" is done in a timely manner if needed. [AMA]	offrir, autant que de besoin, une assistance technique et de laboratoire aux pays touchés et réaliser le suivi permanent des niveaux d'activité des souches de grippe responsables de la pandémie et, le cas échéant, déclarer en temps utile une urgence de santé publique de portée internationale.

		<i>[Added paragraph, from text of 7.e. modified and moved here:]</i> The WHO should monitor and coordinate processes by which Ggovernments are also urged to share biological materials namely including virus strains and others, to facilitate the production of and ensure access to vaccines globally, this process should be monitored and coordinated by the WHO. [AMA]	superviser et coordonner les processus mis en œuvre par les gouvernements pour partager les éléments biologiques dont ils disposent, comme les souches de virus, afin de faciliter la production de vaccins et leur diffusion au niveau mondial ;
b	communiquer au plus tôt les informations dont elle dispose sur l'activité de la grippe afin de permettre une réaction en temps opportun.	The WHO should c Communicate available information on influenza activity of concern as early as possible to allow for a timely response. [SwMA, CMA] The WHO should C Communicate available critical information on influenza activity of concern as early as possible to allow for a timely response. [AMA]	communiquer au plus tôt les informations dont elle dispose sur l'activité de la grippe afin de permettre une réaction en temps opportun.
7.	Les gouvernements nationaux sont appelés à mettre en place des plans d'action nationaux en vue d'assurer :	National governments are urged to develop National Action plans to that address the following points: [SwMA] National governments are urged to develop National Action plans in coordination with physicians and/or medical organizations. As planning proceeds, timely and clear information and the rationale behind decisions, should be available to public health authorities, the medical establishment and the public. Plans should be shared with the WHO and to address the following points: [AM] National governments or designated government	Les gouvernements nationaux sont appelés à mettre en place des plans d'action nationaux en vue d'assurer :

		<p>agencies are urged to develop National Action plans to address the following points: [SAMA]</p> <p>National governments are urged to develop National pandemicAction plans to address the following points: [AMA]</p>	
a	que les capacités locales en matière de diagnostic et de surveillance permettent le suivi permanent de l'activité de grippe à travers le pays ;	<p>Ensure that there is local capacity for diagnostics and surveillance to allow continuous surveying of influenza activity around the country; [CMA, SAMA]</p> <p>Ensure that there is adequate local capacity for diagnostistics and surveillance to allow continuous monitoringsurveying of influenza activity around the country [AMA]</p>	que les capacités locales en matière de diagnostic et de surveillance permettent le suivi permanent de l'activité de la grippe à travers le pays ;
		<p><i>[Added paragraph]</i> Consider the surge capacity of hospitals, laboratories, and public health infrastructure and improve them if necessary. [AMA]</p>	que les capacités de mobilisation rapide des hôpitaux, laboratoires et infrastructures de santé publiques sont suffisantes et les améliorer au besoin ;
b	l'identification des cadres légaux, éthiques et de gouvernance relatifs à la pandémie ;	<p>Identify legal and ethical frameworks as well as governance structures in relation to the pandemic planning; [CMA]</p> <p>Develop and iIdentify legal and ethical frameworks as well as governance in relation to the pandemic. [AM]</p>	l'identification des cadres légaux, éthiques et des structures de gouvernance relatifs à la planification de la pandémie ;
c	l'identification des mécanismes adéquats et des autorités concernées afin d'intensifier les interventions visant à ralentir la propagation du virus au sein de la communauté : fermetures d'écoles, mises en quarantaine,	<p>Identify the appropriate mechanisms, such as school closures, quarantine, border closures etc, and the relevant authorities to escalate interventions in order to slow the spread of the virus in the community such as school closures, quarantine, border closures etc [SwMA]</p>	l'identification des mécanismes adéquats et des autorités concernées afin de lancer et intensifier les interventions visant à ralentir la propagation du virus au sein de la communauté : fermetures d'écoles, mises en quarantaine, fermeture de frontières,

	fermeture de frontières, par exemple ;	<p>Identify the mechanisms and the relevant authorities to escalate interventions to slow the spread of the virus in the community such as school closures, quarantine, border closures etc; [CMA, SAMA]</p> <p>Develop and identify the mechanisms ... such as school closures, quarantine, border closures etc; [If other items should be listed, we prefer listing the specifics.] [AM]</p> <p>Identify the mechanisms and the relevant authorities to initiate and escalate interventions to slow the spread of the virus in the community such as school closures, quarantine, border closures etc [AMA]</p>	etc.
d	la préparation de la communication des risques ainsi que des stratégies et des messages de communication de crise pour prévenir l'inquiétude de la population et des médias ;	<p>Prepare risk communication and crisis communication strategies and messages in anticipation of public and media fear and anxiety [SwMA]</p> <p>Prepare risk communication and crisis communication strategies and messages in anticipation of public and media fear and anxiety; [CMA]</p>	la préparation de la communication des risques ainsi que des stratégies de communication de crise et de messages d'alerte pour prévenir l'inquiétude de la population et des médias ;
e	que les gouvernements sont également appelés à partager les éléments biologiques dont ils disposent, comme les souches de virus, afin de faciliter la production de vaccins et leur diffusion au niveau mondial. Ce processus doit être supervisé et coordonné par l'OMS ;	<p>Governments are also urged to sShare biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally, this process should be monitored and coordinated by the WHO. [BMA]</p> <p>Governments are also urged to sShare biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally; [CMA]</p>	le partage des éléments biologiques dont ils disposent, comme les souches de virus, afin de faciliter la production de vaccins et leur diffusion au niveau mondial ;

		<p>this process should be monitored and coordinated by the WHO. [CMA]</p> <p>Governments are also urged to share Processes that ensure appropriate sharing of biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production of and ensure access to vaccines globally, this. These processes should be monitored and coordinated by the WHO;. [SwMA]</p> <p>Governments are also urged to share biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally. This process should be monitored and coordinated by the WHO. [SAMA]</p> <p>Governments are also urged to share biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally. this process should be monitored and coordinated by the WHO. [This text has been modified and moved to an added paragraph after 6.a] [AMA]</p>	
f	que les efforts de diagnostic et de surveillance se poursuivent et que les stocks de vaccins sont suffisants ;	Ensure that diagnostics and surveillance efforts are continued and that adequate enough vaccine and antiviral stockpiles are established. [AMA]	que les efforts de diagnostic et de surveillance se poursuivent et que les stocks de vaccins et d'antiviraux soient adéquats ;
g	que les protocoles de gestion des patients au sein des communautés, d'orientation au sein des établissements de santé, de gestion de la ventilation ainsi que de gestion des déchets infectieux sont mis en place ;	<p>Protocols should be in place to manage patients in the community, triage in healthcare facilities, and for ventilation management, as well as handling of infectious waste [BMA]</p> <p>Protocols should be in place to manage patients in the community, triage in healthcare facilities, ventilation</p>	que soient mis en place des protocoles de gestion des patients au sein des communautés, d'orientation au sein des établissements de santé, de gestion de la ventilation ainsi que d' élimination des déchets infectieux ;

		<p>management, as well as handling of infectious waste [SwMA]</p> <p>... as well as handling of infectious waste; [CMA, SAMA]</p> <p>Establish pProtocols should be in place to manage patients in the community, carry out triage in healthcare facilities, provide ventilation management, as well as and handling of infectious waste [AMA]</p>	
h	la coordination avec des experts pour l'attribution de doses de vaccins, d'antiviraux et de lits d'hôpital ;	The aAllocation of vaccine doses, antivirals and hospital beds should be coordinated with experts. [SwMA]	l'attribution de doses de vaccins, d'antiviraux et de lits d'hôpital est coordonnée avec des experts ;
i	que la vaccination bénéficie prioritairement aux groupes à hauts risques, notamment les personnes qui maintiennent la continuité des services de base ;	Priority for vaccination should be given to the highest risk groups including those required to maintain essential services; including health care services. [CMA]	que la vaccination bénéficie prioritairement aux groupes à hauts risques, notamment les personnes qui maintiennent la continuité des services de base, notamment les services de santé ;
j	l'information et l'orientation en temps utile vers les services de santé régionaux, les organisations de santé et les médecins ;	Provide gGuidance and timely information to regional health departments, health care organizations, and physicians. [SwMA]	l'orientation et l'information en temps utile vers les services de santé régionaux, les organisations de santé et les médecins ;
k	la préparation en vue d'une augmentation de la demande de soins de santé, notamment si la maladie s'avère d'une gravité clinique élevée. Dans ce cas, le classement par priorité et la coordination des ressources disponibles est indispensable ;	PreparePreparation for an increase in demand for healthcare services especially if clinical severity of the illness is high. In this such cases prioritization and coordination of available resources is essential. [SwMA]	la préparation d'une augmentation de la demande de soins de santé et de l'absence de nombreux soignants , notamment si la maladie s'avère d'une gravité clinique élevée. Dans ce de tels cas, le classement par priorité et la coordination des ressources disponibles est indispensable. Il pourrait s'avérer nécessaire de mobiliser les capacités du secteur privé si les ressources de l'État se révélaient
		... In this case prioritization and coordination of available resources is essential. This may include tapping into private sector capacity where state resources are insufficient. [SAMA]	

		Prepare for an increase in demand for healthcare services and absences of health care providers. especially if clinical severity of the illness is high. In this case prioritization and coordination of available resources is essential. [AMA]	<u>insuffisantes ;</u>
l	le financement adéquat de la préparation et de la lutte contre la pandémie ;	<p>Ensure aAdequate funding is allocated for preparedness and response [SwMA]</p> <p>Ensure adequate funding is allocated for preparedness and response; [CMA, SAMA]</p> <p>Ensure adequate funding is allocated for preparedness and response <u>of pandemics and their health and social consequences.</u> [CGCM]</p> <p>Ensure adequate funding is allocated for <u>pandemic</u> preparedness and response [AMA]</p>	le financement adéquat de la préparation et de la lutte contre la pandémie, <u>ainsi que de la réponse à ses conséquences sanitaires et sociales ;</u>
m	que les mécanismes permettant de garantir la sécurité des établissements de soins de santé, du personnel et la protection de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et en antiviraux sont en place, le cas échéant.	<p>Make sure that mMechanisms are in place to ensure the safety of healthcare facilities, and personnel and protection for <u>vaccines and antivirals</u> supply chains for vaccines and antivirals if needed. [SwMA]</p> <p>Make sure that mechanisms are in place to ensure the safety of healthcare facilities, personnel and protection for <u>the</u> supply chains for vaccines and antivirals if needed. [AMA]</p>	que les mécanismes permettant de garantir la sécurité des établissements de soins de santé, du personnel et la protection de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et en antiviraux soient en place, le cas échéant ;
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>n. Promote and finance research to develop vaccines and effective treatments with lasting effects against the viruses that produce these pandemics.</u> [CGCM]	<u>la promotion et le financement de la recherche en vue d'élaborer des vaccins et des traitements efficaces à long terme contre la grippe ;</u>

		<i>[Added paragraph:]</i> <u>o. Encourage collaboration between human and veterinary medicine in the prevention, approach and research of bird flu to achieve control of this and any other pandemic.</u> [CGCM]	<u>que soit encouragée la collaboration entre la médecine humaine et vétérinaire pour la prévention, la recherche et la lutte contre la grippe aviaire.</u>
8.	Les associations médicales nationales sont appelées à :	<u>National governments or, if necessary,</u> National Medical Associations are urged to: [RDMA] <i>[In some countries, including the Netherlands, the actions mentioned below are performed by governmental organisations and not the NMA. Therefore RDMA would like to change the title as above] [RDMA]</i> National Medical Associations <u>should have their own organization-specific business contingency plan in place to ensure continued support of their members, and</u> are urged to: [AM]	Les associations médicales nationales sont appelées à :
a	définir leur implication dans le plan de préparation à une épidémie nationale de grippe, ce qui peut supposer de renforcer les capacités au sein de la communauté des médecins, et de participer à l'élaboration de recommandations et d'une communication avec des professionnels de santé ;	Delineate their involvement in the national pandemic influenza preparedness plan which can include increasing capacity building amongst the physician communities , participating in guideline development and communication with healthcare professionals. [BMA] Delineate their involvement in the national pandemic influenza preparedness plan, which can may include increasing capacity building amongst the physician community , participating in guideline development and communication with healthcare professionals. [SwMA]	définir leur implication dans le plan de préparation à une épidémie nationale de grippe, ce qui peut pourrait supposer de renforcer les capacités au sein de la communauté des médecins, participer à l'élaboration de recommandations et d'une communication avec des professionnels de santé ;

		Delineate their involvement in the national pandemic influenza preparedness plan which can may include increasing capacity building amongst the physician communities, ... [AMA]	
b	contribuer à informer la population via les médias et les canaux officiels de communication ;	Help educate the public about avian and pandemic influenza through the media and official channels of communication [SwMA]	aider à informer la population au sujet de l'épidémie de grippe et de grippe aviaire ;
c	promouvoir des mesures de lutte contre l'infection au sein de la population afin de ralentir la propagation de la maladie, y compris le confinement à leur domicile des patients infectés, l'hygiène des mains, les mesures d'hygiène en cas de toux, etc.	... hand hygiene, cough etiquette etc.; [CMA] ... of infected patients, hand hygiene, cough etiquette, etc; [If other items should be listed, we prefer listing the specifics.] [AM] ... of infected patients, hand hygiene, cough etiquette etc. [SAMA]	
d	lorsque cela est possible, coopérer avec des homologues étrangers et d'autres organisations de professionnels de santé pour identifier les difficultés communes et les politiques idoines permettant de préparer l'arrivée de l'épidémie de grippe ou d'y répondre ;	When feasible, NMAs should coordinate with other healthcare professionals' organizations as well as other NMAs to identify common issues and congruent policies regarding to pandemic influenza preparedness and response [BMA] When feasible, NMAs should coordinate with other NMAs as well as other healthcare professionals' organizations as well as other NMAs to identify common issues and promote congruent policies regarding to pandemic influenza preparedness and response [SwMA] When feasible, NMAs should coordinate with other healthcare professionals' organizations as well as other NMAs to identify common issues and congruent	lorsque cela est possible, coopérer avec des homologues étrangers et d'autres organisations de professionnels de santé pour identifier les difficultés communes et les politiques idoines permettant de préparer l'arrivée de l'épidémie de grippe et d'y répondre ;

		<p>policies regardingrelated to pandemic influenza preparedness and response;. [CMA]</p> <p>When feasible, NMAs should coordinate with other healthcare professionals' organizations as well as other NMAs to identify common issues and congruent policies regarding to pandemic influenza preparedness and response [NMA]</p> <p>... regarding to pandemic influenza preparedness and response;. [RDMA, SAMA]</p> <p>When feasible, NMAs should Coordinate with other healthcare professionals' organizations ... [AMA]</p>	
e	<p>le cas échéant, envisager la mise en œuvre de stratégies de soutien aux membres impliqués dans la lutte contre l'épidémie comme les services de santé mentale, les équipes d'intervention d'urgence et les suppléants, entre autres ;</p>	<p>When available, NMAs should Consider the implementation of support strategies for members involved in the pandemic influenza response, including mental health services, facilitation of health emergency response teams, and locumlocal relief among others. [SwMA]</p> <p>When available, NMAs should consider the implementation of support strategies for members involved in the response including mental health services, facilitation of health emergency response teams, and locum relief among others;. [CMA]</p> <p>When available, NMAs should consider the implementation of support strategies for members involved in the response including mental health services, facilitation of health emergency response teams, and locum relief among others. [NMA]</p> <p>When available, NMAs should Consider</p>	<p>le cas échéant, envisager de mettre en œuvre la mise en œuvre des stratégies de soutien aux membres impliqués dans la lutte contre l'épidémie comme les services de santé mentale, les équipes d'intervention d'urgence et les suppléants, entre autres ;</p>

		<p>implementing the implementation of support strategies for members involved in the response including mental health services, facilitation of health emergency response teams, and locum relief among others. [AMA]</p>	
<p>f</p>	<p>se préparer à défendre les membres qui, au cours d'une épidémie, verraient émerger soudain de nouveaux besoins professionnels à satisfaire et à défendre les patients et la population qui seront touchés par ces évènements.</p>	<p>NMAs should be prepared to Advocate, on behalf of members who, before and during a pandemic, for allocation of adequate resources to meet foreseeable and emerging needs of healthcare, patients and the general public. will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events [SwMA]</p> <p>NMAs should be prepared to Advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [CMA]</p> <p>NMAs should be prepared to advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events [NMA]</p> <p>NMAs should be prepared to advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [RDMA] [RDMA does not understand what is meant by this sentence. Please clarify.]</p>	<p>se préparer à défendre les membres qui, avant ou au cours d'une épidémie, <u>l'attribution des ressources appropriées pour satisfaire les besoins prévisibles ou qui se feraient jour au sein du secteur de la santé, des patients et de la population</u> ;</p> <p><i>(réponse du rapporteur à la question de la RDMA : pendant une poussée épidémique ou une épidémie, en raison de la pression considérable exercée sur les professionnels et les établissements de santé des besoins non prévus par les autorités peuvent apparaître, dus par exemple à des manques de personnel ou de formation, d'équipements de protection individuels, de doses de vaccins, de stocks d'antiviraux, des cas de surmenage, etc. Les associations médicales nationales</i></p>

		<p>NMAs should be prepared to advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs - education, supplies, and manpower - that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [AM]</p> <p>... on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [SAMA]</p> <p>NMAs should be prepared to Advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will also be affected by the unfolding events [AMA]</p>	<p><i>devraient être préparées à défendre la satisfaction de tous les besoins, au nom de leurs membres, mais aussi des patients et de la population en général, qui sont également touchés par les pénuries, le matériel inadapté, les besoins spécifiques en matière de soins, etc.)</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> g. Encourage health personnel to protect themselves by vaccination [NMA]</p> <p><i>[It should not be necessary to repeat NMAs in the sub items, confer the headline. Not only physicians should be vaccinated (item 9b), but all health care personnel.]</i> [NMA]</p>	<p>encourager le personnel de santé à se protéger en se faisant vacciner ;</p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> g. Develop their own organization-specific business contingency plans to ensure continued support of their members. [AMA]</p>	<p>créer des plans de poursuite de l'activité propres à leur organisation afin d'assurer un appui permanent à leurs membres.</p>
9.	Les médecins		Les médecins :
a	Les médecins doivent être suffisamment formés aux épidémies de grippe et aux risques de transmission, y compris en termes d'épidémiologie locale et internationale.	<p>Physicians must receive sufficient education so as to be sufficiently knowledgeable about pandemic influenza and transmission risks, including local and international epidemiology. [SwMA]</p> <p>Physicians must be sufficiently knowledgeable about</p>	<p>doivent être suffisamment formés aux épidémies de grippe et aux risques de transmission, y compris en termes d'épidémiologie locale, nationale et internationale ;</p>

		pandemic influenza and transmission risks, including local, <u>national</u> and international epidemiology. [CMA]	
b	Les médecins devraient mettre en œuvre des mesures de lutte contre l'infection, y compris la vaccination si cela est possible, afin de se protéger et de protéger leur personnel pendant les épidémies de grippe, notamment saisonnières.	<p>Physicians should implement infection control practices and vaccination if available, to protect themselves as well as other staff members during both seasonal and pandemic influenza. [SwMA]</p> <p>Physicians should implement infection control practices and vaccination if available, to protect themselves as well as other staff members during both seasonal and pandemic influenza. [AM]</p> <p>Physicians should implement infection control practices and vaccination if available <u>be vaccinated in order</u> to protect themselves as well as other staff members during <u>outbreaks of</u> both seasonal and pandemic influenza. [AMA]</p>	devraient mettre en œuvre des mesures de lutte contre l'infection, y compris la vaccination si cela est possible , afin de se protéger et de protéger leur personnel pendant les <u>épisodes</u> épidémiques de grippe, notamment saisonnière ;
c	Les médecins doivent participer à la planification et à la préparation aux épidémies de grippe.	<p>Physicians must <u>should, to the extent possible</u>, participate in local/regional pandemic influenza preparedness planning [SwMA]</p> <p>Physicians must participate in local/regional pandemic influenza preparedness planning <u>and training</u>. [AM]</p> <p>Physicians must participate <u>and remain involved</u> in local/regional pandemic influenza preparedness planning [AMA]</p>	doivent participer à la planification, à la préparation <u>et à la formation à la lutte contre</u> les épidémies de grippe, au niveau local et régional ;
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>d. In case of epidemic, physicians for ethical and professional reasons, will not abandon any patient who needs their care, unless forced to do so by the competent authority or there is an imminent and unavoidable vital risk to</u>	<i>(réponse du rapporteur au CGCM : Je laisserais aux associations médicales nationales le soin de décider s'il est opportun dans la présente politique,</i>

		<p><u>their persons.</u> [CGCM]</p>	<p><i>quelles que soient les perspectives scientifiques, de désigner des catégories de professionnels de santé dont l'état pourrait rendre particulièrement grave une infection par la grippe, comme les femmes enceintes, les personnes transplantées ou atteintes par le VIH. Il me semble qu'il serait délicat de rédiger une recommandation générale)</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>d. Develop contingency plans to deal with possible disruptions in essential services and personnel shortages.</u> [AMA]</p>	<p><u>devraient créer des plans de poursuite de l'activité pour faire face à d'éventuelles perturbations au sein de services de base et à des manques de personnel.</u></p>

21.03.2018

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : SMAC 209/Nuclear Weapons/Apr2018 Titre : Proposition de révision de la prise de position de l'AMM sur les armes nucléaires	Original : anglais
Destination : Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	La prise de position de l'AMM sur les armes nucléaires a été adoptée en 1998 et modifiée en 2008 puis en 2015. La proposition de révision de l'Association médicale japonaise a été rédigée avec les conseils de l'association internationale des médecins pour la prévention d'une guerre nucléaire (IPPNW) dans le cadre de la récente adoption du traité sur l'interdiction des armes nucléaires . Les ajouts sont indiqués en gras et soulignés , les retraits sont barrés .

PREAMBULE

Les Déclarations de Genève, d'Helsinki et de Tokyo de l'AMM énoncent clairement les devoirs et responsabilités de la profession médicale quant à la préservation et à la sauvegarde de la santé du patient ainsi qu'à son engagement au service de l'humanité. Dès lors, et à la lumière des conséquences humaines catastrophiques d'un éventuel recours aux armes nucléaires et de l'impossibilité de leur apporter une réponse sanitaire et humanitaire significative, l'AMM estime qu'il est de son devoir de travailler à l'élimination des armes nucléaires.

RECOMMANDATIONS

Par conséquent, l'AMM :

1. Condamne la mise au point, les tests, la production, le stockage, le transfert, le déploiement, la menace d'utilisation et l'emploi des armes nucléaires ;
2. Demande à tous les gouvernements de s'abstenir de développer, de tester, de produire, de stocker, de transférer, de déployer, de menacer d'utiliser et d'employer des armes nucléaires et d'œuvrer en toute bonne foi à leur élimination ;
3. Fait observer à tous les gouvernements que même une guerre nucléaire limitée entraînerait d'immenses souffrances humaines et un grand nombre de morts avec des effets catastrophiques

sur l'écosystème de la Terre, ce qui en conséquence raréfierait l'approvisionnement alimentaire mondial et ferait courir un risque de famine à une grande partie de la population de la planète ;

4. **Exprime sa vive préoccupation face aux programmes de conservation indéfinie et de modernisation des arsenaux nucléaires, à l'absence de progrès des États nucléaires en matière de désarmement et au danger croissant de guerre nucléaire qu'elle soit volontaire, y compris par cyberattaque, accidentelle ou causée par une négligence ;**
5. **Salue l'adoption du traité sur l'interdiction des armes nucléaires et rejoint les autres membres de la communauté internationale, notamment le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant rouge, l'association internationale des médecins pour la prévention de la guerre nucléaire, la Campagne internationale pour abolir les armes nucléaires et une large majorité d'États membres pour appeler, en qualité de médecins, tous les États à signer, ratifier ou rejoindre et à mettre en œuvre en toute bonne foi le traité sur l'interdiction des armes nucléaires, et ce dans les plus brefs délais ;**
6. Demande à toutes les associations médicales nationales de se joindre à l'AMM afin de soutenir cette déclaration, d'utiliser les ressources pédagogiques existantes pour sensibiliser le grand public et d'inciter leurs gouvernements respectifs à œuvrer pour l'élimination des armes nucléaires ;
7. Demande à toutes les associations médicales nationales de se joindre à l'AMM pour soutenir cette Déclaration et exhorter leurs gouvernements respectifs à travailler **de toute urgence** à l'interdiction et l'élimination des armes nucléaires **et à rejoindre et mettre en application le traité sur l'interdiction des armes nucléaires.**

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : SMAC 209/ Maternal & Child Health Handbook /Apr2018	Original : anglais
Titre : Proposition de prise de position de l'AMM sur la création et la promotion d'un carnet de santé maternelle et infantile	
Destination : Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	La présente proposition émane de l'Association médicale japonaise.
Politiques apparentées de l'AMM :	<ul style="list-style-type: none">▪ déclaration d'Ottawa de l'AMM sur la santé des enfants▪ prise de position de l'AMM sur l'aide fournie aux enfants des rues▪ prise de position de l'AMM sur l'obésité des enfants
Mots clés :	Santé maternelle et infantile, Carnet, Mère, Enfant, Continuum de soins

PRÉAMBULE

1. L'AMM estime qu'il est nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être maternels et infantiles d'assurer un continuum de soins et de donner des moyens d'action aux familles. La réduction des taux de mortalité maternelle et infantile a constitué deux volets importants des Objectifs du millénaire pour le développement. La réduction des taux de mortalité maternelle, de mortalité néonatale et de mortalité des enfants de moins de 5 ans fait également partie des Objectifs de développement durable (ODD).
2. En 1948, le Japon est devenu le premier pays au monde à créer et à distribuer un carnet de santé maternelle et infantile, afin de protéger la santé de la mère et de l'enfant. Ce carnet contenait des informations sur la grossesse, les étapes néonatales et pédiatriques du développement de l'enfant, des carnets de croissance, de vaccination, ainsi que d'éducation à la santé, le tout regroupé dans un seul livret, à conserver par chaque destinataire à son domicile.
3. Il en existe désormais des versions dans près de quarante pays, toutes adaptées à la culture locale et au contexte socio-économique. L'utilisation des carnets de santé maternelle et infantile

notamment dans les pays à revenu faible ou moyen a contribué à améliorer les connaissances des femmes sur les principales questions de santé maternelle et infantile et à modifier les comportements pendant la grossesse et l'accouchement.

4. Le carnet de santé maternelle et infantile favorise la santé des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants en ce qu'il peut être utilisé comme un outil pour renforcer le continuum de soins. Il permet également aux médecins de prendre de meilleures décisions en leur donnant accès aux antécédents médicaux et aux données des patientes et des jeunes patients rassemblés dans le carnet. C'est pourquoi l'utilisation de ce carnet devrait s'étendre à davantage de pays.
5. Au Japon, c'est la version numérique du carnet qui se généralise progressivement, aux fins de préserver la confidentialité des données relatives aux patients.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM recommande que les associations qui comptent parmi ses membres constituants encouragent les autorités de santé et les institutions sanitaires de leur pays à reconnaître que le carnet de santé maternelle et infantile constitue un outil essentiel de la promotion de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.
2. L'AMM recommande que les associations et les professionnels de la médecine qui comptent parmi ses membres constituants favorisent l'utilisation d'un tel carnet afin que les Objectifs de développement durable correspondants soient réalisés pour toutes et tous, y compris les personnes illettrées, les familles en situation de migration, les réfugiés, les minorités, ainsi que les mères, les nouveau-nés et les enfants les plus isolés.
3. Le carnet de santé maternelle et infantile, imprimé ou numérique, doit être utilisé sans préjudice de la confidentialité des informations de santé qu'il contient et de la protection de la vie privée des mères et des enfants.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : SMAC 209/Pseudoscience/Apr2018 Titre : Proposition de déclaration de l'AMM sur les pseudosciences, les pseudo-thérapies, l'intrusion et les sectes dans le domaine de la santé	Original : anglais
Destination : Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude
Note :	La présente proposition émane de l'Association médicale espagnole, qui la présente dans le délai imparti aux suggestions de nouvelles politiques. Le Comité de révision a examiné la proposition et a demandé à l'Association médicale espagnole de la retravailler, notamment pour y intégrer des éléments et clarifier des termes.
Mots clés :	Pseudosciences, Pseudo-thérapies, Intrusion dans la profession médicale
Résumé :	<p>Grâce aux progrès scientifiques, les sociétés développées ou en développement dans lesquelles nous vivons sont parvenues à soulager, voire à traiter nombre de maladies ou de troubles qui touchent la santé humaine.</p> <p>Les systèmes de soins de santé et de protection sociale sont fondés sur la science. Dans le domaine des soins de santé, il est essentiel de préserver nos différentes législations et nos systèmes nationaux, qui font partie de nos atouts les plus précieux. L'attachement des populations à ces systèmes et traditions ne saurait être mis en doute.</p> <p>La pénurie de médicaments dans certains pays en développement justifie l'utilisation de certaines plantes médicinales lorsque leur efficacité et leur innocuité sont étayées par des données scientifiques. Leur utilisation en médecine traditionnelle ou indigène est bien sûr également justifiée dans des communautés ou des pays où d'autres ressources, voire un véritable système de soins de santé font défaut. Dans cette perspective, la médecine dite « traditionnelle » ou « parallèle » doit également être fondée sur des données scientifiques pour être considérée comme faisant partie intégrante des services de soins de santé (« Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 », Organisation mondiale de la santé).</p> <p>Le concept de pseudoscience recouvre les croyances et les pratiques</p>

présentées à tort comme relevant de la science alors qu'elles ne sont pas fondées une méthode scientifique valide et reconnue. La principale caractéristique des pratiques et croyances pseudo-scientifiques est que leur authenticité ne peut être démontrée, car les résultats et hypothèses sur lesquels elles reposent ne peuvent être attestés par des méthodes scientifiques fiables et valides.

Le terme « **pseudosciences** » désigne un ensemble de connaissances, méthodes, croyances ou pratiques considérées à tort comme basées sur une méthode scientifique alors qu'elles ne peuvent être corroborées par la communauté scientifique (définition tirée de l'*Oxford American Dictionary*).

Selon Karl Popper, philosophe autrichien considéré comme le père du rationalisme critique, la distinction entre science et non-science réside dans le fait que les théories scientifiques permettent d'établir des hypothèses et des prédictions vérifiables et donc réfutables, qui peuvent donc être écartées ou rejetées lorsqu'elles ne résistent pas à l'examen. **La classification comme pseudoscience n'est pas déterminée par le sujet, mais par les postulats sur lesquels se fonde son étude.**

Le terme « **pseudo-thérapies** » désigne de manière générale des approches visant à soigner des maladies, soulager des symptômes ou améliorer la santé qui s'appuient sur des procédures, des techniques, des produits ou des substances dont l'efficacité n'est pas démontrée par les données scientifiques disponibles (simulation de traitements au moyen de faux médicaments, techniques reposant sur des fantasmes, raisonnements illogiques, falsifications, techniques de manipulation mentale ou émotionnelle, utilisation de produits interdits ou toxiques, etc.).

Les pseudo-thérapies, qu'elles soient proposées par des professionnels de santé ou non, sont des offres thérapeutiques dont la validité ou l'efficacité ne sont pas scientifiquement fondées. Leur impact réel sur la société est heureusement faible. Il convient néanmoins de comprendre et d'analyser leurs ressorts pour empêcher leur propagation. **Aucun professionnel de santé ne saurait proposer des pseudo-thérapies dans le cadre de sa pratique clinique.**

Le terme « **intrusion dans la profession médicale** » désigne l'exécution de procédures médicales par une personne non compétente et non qualifiée.

Dans le cadre de la profession médicale, les pratiques médicales stricto sensu recouvrent la prévention, le diagnostic ou le traitement de maladies par l'utilisation des méthodes scientifiques éprouvées relevant de la médecine telle qu'elle est enseignée dans les facultés de médecine (« conforme aux règles de l'art »).

Nous assistons dans la profession médicale à une inquiétante augmentation du nombre de personnes non qualifiées, qui s'appuient sur l'utilisation des nouvelles technologies et sur l'insuffisance de la réglementation et des restrictions de ces pratiques.

L'entrée dans la profession médicale de personnes non qualifiées pose un problème particulier en ce qu'elle fait peser un risque sur la santé publique et touche donc directement l'ensemble des citoyens. Il incombe aux autorités de santé et aux organisations professionnelles réglementées et universitaires de protéger la santé de la population et par conséquent de combattre l'exercice de la profession médicale par des personnes non qualifiées.

Introduction

1. En général, les pseudosciences et les pseudo-thérapies soit ne sont pas reconnues par les autorités de santé de la plupart des pays, soit se sont vues accorder un statut inférieur à la médecine conventionnelle. Souvent, les fondements scientifiques sur lesquels elles s'appuient sont contestés ou font l'objet de polémiques.
2. La plupart des pays ne disposent pas d'un cadre réglementaire suffisant pour empêcher la prolifération des pseudo-thérapies ou des pseudosciences. Nous avons l'habitude de considérer les pseudo-thérapies comme inoffensives en raison de leur absence d'effets secondaires, mais de plus en plus de données montrent que loin d'être bénignes, elles sont en fait problématiques. Il conviendrait d'établir de nouvelles législations pour mettre un coup d'arrêt à la prolifération des pseudo-thérapies.
3. Ces pseudo-thérapies, pour paraître efficaces, prennent appui sur des mécanismes variés : l'évolution naturelle de l'état de santé, le phénomène de régression vers la moyenne, les processus relevant de l'effet placebo, entre autres. Ce sont ces mécanismes qui poussent les patients à voir une relation de cause à effet entre la mise en œuvre de la pseudo-thérapie et l'amélioration qu'ils perçoivent de leur état de santé.
4. Ces pseudo-thérapies sont fondées sur des pseudosciences et constituent un danger significatif à plus d'un titre :
 - 4.1 elles comportent le risque que les patients abandonnent des traitements médicaux efficaces au profit de pratiques qui ne présentent pas de valeur thérapeutique ou dont la valeur thérapeutique n'est pas démontrée ;
 - 4.2 elles rendent plus probables les retards dans la prise de médicaments, l'application de procédures et de techniques qui sont reconnues et avalisées par la communauté scientifique et par suite les « pertes de chance de guérison » ;
 - 4.3 elles peuvent avoir des effets néfastes sur la santé, outre celui de faire abandonner un authentique traitement médical ;
 - 4.4 elles peuvent causer des préjudices moraux et financiers aux patients ;
 - 4.5 elles peuvent mettre en œuvre des procédures multipliées, à un coût global croissant pour le patient ;
 - 4.6 l'intrusion de personnes non qualifiées dans la profession médicale, qui augmente de manière préoccupante avec l'usage d'internet, ne peut être combattue que par des mesures légales. Les politiques gouvernementales ne sauraient tolérer ces pratiques, contre lesquelles les autorités doivent s'engager sérieusement ;
 - 4.7 les pseudosciences et les pseudo-thérapies s'inscrivent souvent dans un mouvement religieux ou spirituel.

5. La définition du terme « sécurité » doit être actualisée et élargie dans le contexte des soins apportés au patient, pour y intégrer l'idée d'accroître les possibilités, pour le patient, de recevoir des soins appropriés fondés sur des données scientifiques. Ainsi, faire obstacle de quelque manière que ce soit à ce type de soins peut être considéré comme une perte de chance de guérison, et à ce titre comme une éventuelle défaillance du système de soins de santé, qui doit être prise en compte et corrigée. Il incombe aux gouvernements nationaux, mais aussi aux organisations professionnelles, aux sociétés savantes et aux associations de patients de remplir cet engagement.

Recommandations

6. Considérant que l'AMM, les associations médicales nationales et la profession médicale dans son ensemble doivent être conscientes du problème et de ses répercussions médicales et sociales, compte tenu de son ampleur et de ses conséquences ;
7. Considérant l'engagement de l'AMM, des associations médicales nationales et de la profession médicale et leur responsabilité quant à la préservation de la santé publique et individuelle, il convient d'adopter les recommandations suivantes.
8. Les médecins doivent continuer de pratiquer la médecine comme un service fondé sur l'application de connaissances scientifiques résistant à un examen critique et de compétences relevant de leur spécialité ainsi que sur l'observation d'une attitude et d'un comportement éthiques. Individuellement, il leur incombe de maintenir ces connaissances, compétences, attitude et comportement à jour, un engagement que doivent partager toutes les organisations et les autorités impliquées dans la gouvernance et la régulation de la profession médicale.
9. Le risque de présumer que les pseudosciences et les pseudo-thérapies ont un rôle à jouer dans le traitement adéquat des souffrances humaines est de même nature que le débat éthique relatif au rôle d'un placebo dans un traitement. Le raisonnement éthique doit faire partie intégrante du raisonnement scientifique, l'un n'allant pas sans l'autre.
10. L'AMM et les associations médicales nationales doivent recommander aux autorités nationales de ne pas financer ces types de supposés traitements, les systèmes de soins de santé n'ayant pas vocation à rembourser les coûts induits par ces pseudo-thérapies, à l'exception de celles dont l'efficacité, l'efficacité et la sûreté ont été établies par des protocoles de test rigoureux.
11. Comme le préconise le Comité permanent des médecins européens (CPME) dans sa prise de position sur les traitements complémentaires et alternatifs (CPME/AD/Board/26052015/130_Final/EN), la sûreté et l'efficacité de tous les traitements existants devraient être réévaluées en permanence. Toute nouvelle méthode thérapeutique et de diagnostic doit être testée conformément aux principes scientifiques et éthiques, comme il est recommandé dans la Déclaration d'Helsinki de l'AMM sur les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, adoptée lors de la 64^e Assemblée générale, qui s'est tenue à Fortaleza au Brésil en octobre 2013). Une étude exhaustive s'impose aux fins d'évaluer la sûreté, l'efficacité, l'efficacité, le champ d'application et le caractère prétendument alternatif ou complémentaire de toutes ces thérapies et techniques non conventionnelles.

12. Les médecines traditionnelles et indigènes dans les communautés où d'autres moyens ou systèmes de santé font défaut doivent également être mises à l'épreuve de tests scientifiques pour être envisagées comme faisant partie intégrante des services de soins de santé. C'est pourquoi il est nécessaire de soutenir la recherche et développement dans ce domaine, comme le soulignent les auteurs de la « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 ».
13. Le devoir d'un médecin est de fournir des soins médicaux humains et scientifiques à tous les patients et par voie de conséquence il doit proposer le meilleur traitement possible compte tenu des données scientifiques disponibles. Dans cette perspective, la Déclaration de Genève de l'AMM et le Code international d'éthique médicale devraient constituer des références en matière de soins médicaux éthiques et de haute qualité ainsi qu'en matière de sécurité des patients.
14. Aux fins de la sécurité du patient et de la qualité des soins, un médecin doit jouir de la liberté de prescription, sous réserve des données scientifiques disponibles et des instructions des autorités compétentes. À chaque étape du processus de soins, le patient doit être dûment informé et pouvoir participer aux décisions thérapeutiques en vue de parvenir au traitement qui lui convient le mieux.
15. La profession médicale a besoin de creuser certains aspects comme la relation entre le médecin et le patient, la communication personnelle et sociale, la confiance mutuelle et comment humaniser les soins de santé centrés sur le patient, à la fois pour ce qui concerne les décisions et l'autonomie de ce dernier, afin de l'amener à délaisser les pseudosciences et les pseudo-thérapies, le tout en lui expliquant bien sûr les risques que présentent ces pratiques non conventionnelles pour sa santé et pour sa vie.
16. Les médecins doivent savoir que certains groupes de patients, comme les personnes atteintes d'un cancer, d'une maladie psychiatrique ou d'une maladie chronique grave, ainsi que les enfants, sont particulièrement vulnérables face aux risques associés aux pratiques non conventionnelles qui n'ont pas été évaluées selon des méthodes scientifiques.
17. Le médecin doit privilégier les procédures et les prescriptions médicales dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée. Les pratiques relevant du charlatanisme, dénuées de fondement scientifique, promettant abusivement la guérison à des malades, présentant comme efficaces des procédures illusoire ou insuffisamment testées, simulant des traitements médicaux ou des procédures chirurgicales ou utilisant des produits de composition inconnue sont contraires à l'éthique.
18. Il incombe au médecin de dire à ses patients que les pratiques traditionnelles, non conventionnelles, alternatives ou complémentaires ne sont pas considérées comme des spécialités médicales scientifiques, ce qui signifie que les certifications sanctionnant une formation dans ces domaines ne sauraient constituer une qualification de spécialité reconnue par la communauté scientifique. Elles ne sont d'ailleurs pas reconnues légalement dans la plupart des pays et ne sauraient ressortir à l'art médical stricto sensu.
19. Pour ce qui se rapporte aux pseudosciences/pseudo-thérapies, il convient de garder à l'esprit :
 - a. Que tous les actes médicaux doivent être « conformes aux règles de l'art » ;
 - b. Que tous les actes médicaux doivent être dispensés par un médecin adéquatement formé selon les règles de l'art ;

- c. Qu'un acte médical requiert l'existence d'une relation de confiance et de bonnes pratiques entre le médecin et ses patients ;
 - d. Que les médecins qui exécutent et appliquent des techniques et des thérapies qui ne sont pas cautionnées par la communauté scientifique doivent en informer leurs patients de manière appropriée et assumer l'ensemble des obligations légales, professionnelles et éthiques afférentes à l'activité médicale conforme aux règles de l'art ;
 - e. Qu'il convient de sensibiliser les autorités à la nécessité d'établir une définition plus claire de ces types de pseudo-thérapies/pseudosciences et de renforcer une législation permissive, laxiste, voire inexistante ;
 - f. Que l'intrusion de personnes non qualifiées dans la profession médicale, qui augmente de manière préoccupante avec l'usage d'internet, ne peut être combattue que par des mesures légales ; que les politiques gouvernementales ne sauraient tolérer ces pratiques, contre lesquelles les autorités doivent s'engager sérieusement.
20. La définition actuelle du concept de « sécurité des soins apportés au patient », au sens large, doit recouvrir l'accroissement des chances du patient de recevoir des soins adéquats fondés sur des données acquises de la science. Tout obstacle à l'accès à ce type de soins (tel que les pseudo-thérapies et les pseudosciences dénuées de fondement scientifique) doit être considéré comme une perte de chance de guérison et à ce titre comme une éventuelle défaillance du système de santé, qui doit être prise en compte et corrigée. Il incombe aux gouvernements nationaux, mais aussi aux organisations professionnelles, aux sociétés savantes et aux associations de patients de remplir cet engagement. Nous recommandons :
- a. De signaler tout acte d'intrusion de personnes non qualifiées dans la profession médicale et toute pseudoscience ou pseudo-thérapie qui présenterait un risque pour la santé publique, ainsi que toute mauvaise pratique, publicité trompeuse et site internet non certifié qui offrirait des services ou des produits qui pourraient être considérés comme frauduleux ou menacer la santé de patients ;
 - b. Que les associations médicales nationales et les membres constituants combattent les pseudo-thérapies et les techniques de manipulation mentales/émotionnelles comportant un élément spirituel significatif (comme la médecine nouvelle germanique [GNM] ou méthode Hamer et ses dérivés, tels que le décodage biologique, la biologie totale, la théorie du choc émotionnel à l'origine de la maladie) ainsi que celles qui prétendent guérir le cancer par l'emploi de produits non autorisés (solution minérale miracle [MMS], une solution de chlorite de sodium à 28 %). Toutes ces pratiques doivent être expressément exclues de tous les systèmes de santé et considérées comme des atteintes à la santé publique et à la sécurité des patients.
21. Les gouvernements devraient édicter des dispositions plus strictes aux fins de protéger les patients traités au moyen de pratiques de soins non conventionnelles, traditionnelles, complémentaires ou alternatives. Afin de préserver la santé publique, il conviendrait que soit établi un système qui permette de faire cesser ou de restreindre drastiquement toute pratique qui s'avérerait nocive ou tout traitement classé comme complémentaire ou alternatif.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Document n° : SMAC 209/Policy Review 2008/Apr2018	Original : anglais
Titre : Examen annuel des politiques de 2008 : recommandations reçues sur les documents du SMAC	
Destination : Comité des affaires médico-sociales 209 ^e session du Conseil Hôtel Radisson Blu Latvija Riga, Lettonie du 26 au 28 avril 2018	Actions requises : pour étude

Le processus de révision des politiques de l'AMM suppose l'examen de toutes les politiques adoptées ou révisées pour la dernière fois il y a dix ans.

La première étape du processus de révision consiste à demander aux Membres constituants leur avis sur le traitement de ces politiques, à savoir a) réaffirmation, b) quelques modifications mineures ou rédactionnelles avant réaffirmation, c) révision majeure ou d) suppression et archivage. Le 6 février 2018, un mémo a été adressé aux Membres constituants pour leur demander de recommander une classification des politiques de 2008. Les résultats de cette enquête sont présentés ci-après.

1) Liste des membres ayant répondu (26)

Australian Medical Association (AuMA)	Norway Medical Association (NMA, Norvège)
Bangladesh Medical Association (BaMA)	Royal Dutch Medical Association (RDMA, Pays-Bas)
Canadian Medical Association (CMA)	Consejo General de Colegios Medicos de España (CGCM)
Conseil national de l'ordre des médecins (France)	Swedish Medical Association (SwMA, Suède)
Danish Medical Association (DMA, Danemark)	Taiwan Medical Association (TMA)
Israeli Medical Association (IsMA)	Medical Association of Thailand (MAT)
Japan Medical Association (JMA)	Turkish Medical Association (TuMA)
Korean Medical Association (KMA)	British Medical Association (BMA, Grande-Bretagne)
Kuwait Medical Association (KuMA, Koweït)	Vatican Medical Association (AMV)
German Medical Association (GMA, Allemagne)	Pakistan Medical Association (PkMA)
Austrian Medical Chamber (AMC, Autriche)	Finnish Medical Association (FMA, Finlande)
Rwanda Medical Association (RMA)	American Medical Association (AMA, États-Unis)
Colegio Médico de México (CMM, Mexique)	South African Medical Association (SAMA, Afrique du Sud)

2) Abréviations des politiques

Accès des femmes à la santé :	Résolution de l'AMM sur l'accès à la santé des femmes et des enfants et sur le rôle des femmes dans la profession médicale
Médecine vétérinaire :	Résolution de l'AMM sur la collaboration entre médecines humaine et vétérinaire
Pavots :	Résolution de l'AMM sur les pavots à des fins médicales en Afghanistan
Crise économique :	Résolution de l'AMM sur la crise économique : implications sur la santé
Mines antipersonnel :	Résolution de soutien de l'AMM à la Convention d'Ottawa sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction
Sel :	Prise de position de l'AMM sur la réduction de la consommation alimentaire de sel
Mercure :	Prise de position de l'AMM sur la réduction du fléau mondial du mercure
Antibiotiques :	Prise de position de l'AMM sur la résistance aux antibiotiques
Violence :	Prise de position de l'AMM sur la violence et la santé

3) Commentaires spécifiques des Membres constituants

Accès des femmes à la santé :

L'Association médicale japonaise (JMA) estime que les résolutions ne devraient pas être modifiées en profondeur parce qu'elles sont censées refléter l'époque de leur adoption. Cette résolution pourrait être réaffirmée après des modifications mineures, puis nous pourrions nous concentrer sur la proposition de nouvelle politique sur la place des femmes dans la médecine.

L'Association médicale coréenne (KMA) estime que pour des raisons religieuses et culturelles, les femmes et les enfants continuent de subir des discriminations dans de nombreux pays. Cependant, l'accès à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé fait partie des droits humains fondamentaux et s'applique à toutes et à tous, c'est pourquoi il convient que l'AMM poursuive ses efforts de promotion des droits humains des femmes et des enfants.

L'Association médicale koweïtienne estime que cette résolution n'interfère pas avec la prise de position proposée par l'Association médicale israélienne et qu'elle convient telle qu'elle est : la participation des femmes, y compris aux postes de direction, dans le domaine médical peut figurer dans les deux documents.

L'Association médicale de Grande-Bretagne (BMA) souhaiterait replacer cette résolution dans son contexte et mieux l'adapter aux difficultés et aux défis que doivent affronter les médecins, et notamment les femmes. Les obstacles se situent davantage au fil de la progression des femmes vers les postes de direction, sous l'effet de leurs congés ou de leurs temps partiels parentaux ou de soins à des proches. Pour ce qui concerne l'accès des femmes aux soins de santé, bien qu'il y ait des exemples précis (par exemple le fait qu'elles n'aient pas accès aux services d'interruption de grossesse en Irlande du Nord), il n'est pas exact de considérer qu'il s'agit de l'accès à tous les soins

de santé. La formulation sur la discrimination doit être mise à jour, notamment pour clarifier la différence entre les situations des médecins et celles des patients/du grand public.

L'Association médicale des Pays-Bas (RDMA) convient avec le secrétariat que les sujets de l'accès des femmes et des enfants aux soins de santé d'une part et le travail des femmes dans la médecine d'autre part devraient être traités séparément. Nous sommes donc d'accord de réaffirmer cette résolution sur l'accès aux soins de santé après une refonte importante.

Médecine vétérinaire :

L'Association médicale australienne (AuMA) n'a pas donné d'avis.

L'Association médicale danoise (DMA) recommande une révision en profondeur plutôt que des modifications mineures. Il conviendrait de mettre à jour la description de l'initiative *One Health* et nous proposons d'intégrer aux recommandations une mention de l'importance de la résistance aux médicaments antimicrobiens.

L'Association médicale japonaise (JMA) réitère son commentaire précédent sur les résolutions.

L'Association médicale coréenne (KMA) estime que la coopération entre les médecines humaine et vétérinaire devrait trouver sa place dans la formation, la recherche clinique, la santé publique et la recherche et développement en médecine vétérinaire. Si une maladie infectieuse survenait, il conviendrait de prendre des mesures de lutte contre l'épidémie par une étroite coopération entre organisations spécialisées de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire.

L'Association médicale des Pays-Bas accepte des modifications mineures, bien que nous ne comprenions pas exactement la proposition du secrétariat au sujet du préambule et des maladies infectieuses. Nous observons que la résolution est déjà rédigée comme suit : « la plupart des maladies infectieuses qui apparaissent, y compris les agents bioterroristes, sont des zoonoses ».

Crise économique :

L'Association médicale autrichienne (CMA) est satisfaite de la nouvelle politique plus complète sur ce sujet.

La BMA estime vraiment que cette politique est dépassée.

Sel :

(JMA) Comme l'a rappelé de secrétariat, les données citées dans le document deviennent rapidement caduques, c'est pourquoi il vaudrait mieux éviter de faire figurer des données précises dans la prise de position. Cependant, il serait dénué de sens de retirer ces données, car elles étaient utiles lorsque la prise de position a été adoptée. Pour mettre à jour cette politique sur le sodium, il vaudrait mieux ébaucher une nouvelle prise de position.

Le Conseil national de l'ordre des médecins (France) propose que le Dr Ellena soit rapporteur de la révision de cette politique.

Le CNOM propose deux rapporteurs, les Drs Ahr et Ellena, respectivement sur la résistance aux antibiotiques et la consommation alimentaire de sel.

(KuMA) Il conviendrait de mettre à jour les informations et recommandations sur la base de

documents scientifiques actuels.

L'Association médicale suédoise (SwMA) convient avec le secrétariat que les informations deviennent rapidement caduques et qu'elles devraient être retirées de cette politique.

(RDMA) Nous estimons qu'il est très important d'étayer les ajouts par des données scientifiques valides. Si nous n'en avons pas, il vaut mieux abandonner l'ajout en question.

Mercure :

(JMA) Le Japon applique déjà la Convention de Minamata sur le mercure, adoptée par les Nations unies en 2013, la JMA trouve opportun de faire référence à cette convention dans la prise de position. Cependant il serait également bienvenu de faire référence à la déclaration de l'AMM sur la dégradation de l'environnement et pour une gestion avisée des produits chimiques.

(KMA) En Corée, il est déconseillé d'utiliser des produits et dispositifs qui contiennent du mercure, y compris les tensiomètres, les thermomètres, les batteries et les équipements de test. Il est nécessaire pour l'AMM de tenir à jour sa politique interdisant l'utilisation de produits et dispositifs contenant du mercure pour les femmes en âge de procréer et les enfants.

Antibiotiques :

(BMA) Il convient de mettre à jour cette politique au vu des derniers progrès accomplis au niveau international.

(JMA) Il est opportun de faire référence au rapport de l'OMS de 2014 (*Antimicrobial Resistance: global report on surveillance*). La prise de position devrait également mentionner l'initiative One Health. Au Japon un programme intersectoriel national est déjà mis en œuvre pour lutter contre la résistance aux médicaments antimicrobiens.

Le Conseil national de l'ordre des médecins (France) propose que le Dr Ahr soit rapporteur de la révision de cette politique.

(KuMA) Il conviendrait de mettre à jour les informations et recommandations sur la base de documents scientifiques actuels.

La RDMA estime qu'il n'est pas nécessaire dans une prise de position de l'AMM d'entrer dans le détail au point de donner des instructions de prescription. En outre, cette décision appartient au médecin prescripteur.

Violence :

(JMA) Cette prise de position traite de la violence dans la santé en général alors que les autres documents relatifs à la violence traitent de questions précises. La JMA réitère son avis selon lequel il serait long et non nécessaire d'énumérer les documents connexes dans le préambule. Les données citées dans le préambule seront rapidement caduques et elles devraient être supprimées. Chaque document peut exister indépendamment des autres et il n'est pas nécessaire de les compiler.

(RDMA) Nous proposons de ne pas précisément citer la violence contre le personnel de santé, car nous ne pouvons pas dire qu'il s'agit là d'une forme de violence pire que les autres. En outre, nous

ne sommes pas sûrs qu'il soit opportun d'insister sur les conséquences économiques, qui ne sont pas les conséquences les plus graves de la violence. Nous pensons qu'il est important que l'AMM insiste sur le fait que la violence, quelle qu'elle soit et quelles que soient les personnes qui la subissent est préjudiciable et condamnable.

4) Classification des Membres constituants

Nom de la politique Membres constituants	Accès des femmes à la santé	Médecine vétérinaire	Pavots	Crise économique	Mines antipersonnel	Sel	Mercure	Antibiotiques	Violence
AMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
AMC	C	B	D	D	A	C	B		
AuMA	C		D	D	A	C	B	C	C
BaMA	A	A	A	A	A	A	A	A	A
BMA	C	B	D	D	A	B	B	C	C
CGCM	C	B	D	D	A	C	B	C	
CMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
CMM	C	B	D	D	A		B	A	A
CNOM	C	A	D	D	A	C	B	C	C
DMA	C	C	D	D	A	C	B	C	C
GMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
FMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
IsMA		B	D	D	A	C	B	C	C
JMA	A	A	D	D	A	A	B	C	C
KMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
KuMA	A	B	D	D	A	C	A	C	C
NMA	C	B	D	D	A	A			
PkMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
RDMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
RMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
SAMA	C	B	B+D	D	A			C	C
SwMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
TMA	C	B	D	C+D	A	C	B	C	C
MAT	A	A	A	A	A	A	A	A	A
TuMA	C	B	D		A	B	B	C	B
VMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
TOTAL	25	25	26	25	26	24	24	24	23

5) Résumé de la classification

Nom de la politique	Accès des femmes à la santé	Médecine vétérinaire	Pavots	Crise économique	Mines anti-personnel	Sel	Mercure	Anti-biotiques	Violence
Classification									
Réaffirmation (a)	4	4	2	2	26	4	3	3	3
Réaffirmation avec modification mineure (b)		20	1			2	21		1
Révision majeure (c)	21	1		1		18		22	19
Suppression et archivage (d)			24	23					
Classification proposée sur la base des recommandations des membres	C	B	D	D	A	C	B	C	C

À la lumière de ces réponses, il est demandé au Comité de recommander au Conseil une classification de ces politiques pour le Comité des affaires médico-sociales.

Le secrétariat peut s'occuper des politiques qui ne requièrent que des modifications mineures, qui seront transmises aux associations membres à des fins de commentaires et examinées en vue des réunions du Comité et du Conseil d'octobre 2018. Les Membres constituants sont invités à se porter volontaires, individuellement ou en groupes de travail pour prendre en charge les révisions plus approfondies. Les recommandations visant à supprimer et à archiver les politiques seront adressées à l'Assemblée qui se réunira en octobre 2018 et qui prendra une décision définitive.

