Manuel des Politiques de l'AMM

L'Association Médicale Mondiale, Inc.

Historique des versions

© Association médicale mondiale

Version 2011, Montevideo; imprimée en Décembre 2011
Version 2012, Bangkok; imprimée en Octobre 2012

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-2002-04-2002 par D-2002-04-2012	Technologies Médicales Innovantes (modifiée en 2012)
S-1956-01-2006 par S-1956-01-2012	Conflit Armé (modifiée en 2012)
R-2002-05-2002 par R-2002-05-2012	Utilisation Abusive de la Psychiatrie (modifiée en 2012)

- Suppression des politiques supprimées et archivées par la 63e Assemblée générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

R-2002-03-2002	Services de Soins de Santé en Afghanistan
R-2002-04-2002	Organisation Panamericaine de la Santé

- Additions des politiques adoptées par la 63e Assemblée générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

S-2012-01-2012	Cigarettes Electroniques
S-2012-02-2012	Actions Collectives de Médecins
S-2012-03-2012	Stérilisation Forcée et Contrainte
S-2012-04-2012	Don d'Organes et de Tissus
S-2012-05-2012	Immunisation
S-2012-06-2012	Violence dans le Secteur de la Santé
R-2012-01-2012	Prix Plancher pour l'Alcool
R-2012-02-2012	Emballage Neutre des Cigarettes
R-2012-03-2012	Peine Capitale
R-2012-04-2012	Professeur Cyril Karabus

Version 2013-1, Bali; imprimée en Avril 2013

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-1981-02-1999 par D-1981-02-2010	Correction (en 2010, il a été réaffirmé, non modifié)
S-2003-02-2003 par S-2003-02-2013	Directives Anticipees (réaffirmée en 2013)
R-2002-01-2002 par R-2002-01-2013	Euthanasie (réaffirmée en 2013)
R-2003-01-2003 par R-2003-01-2013	Journee Annuelle de l'Ethique Médicale (réaffirmée en 2013)

Version 2013-2, Fortaleza; imprimée en Février 2014

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-1964-01-2008 par D-1964-01-2013	Recherche Médicale impliquant les Etres Humains (modifiée en 2013)
S-2003-01-2003 par S-2003-01-2013	Investigatiods Médico-légales des Personnes Dispareus (modifiée en 2013)
R-2002-06-2002 par R-2002-06-2013	Droit des Femmes aux Soins de Santé (modifiée en 2013)

- Suppression des politiques supprimées et archivées par la 64e Assemblée de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

R-2003-04-2003	SRAS

- Additions des politiques adoptées par la 64e Assemblée générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

S-2013-01-2013	Maladie Fongique
S-2013-02-2013	Papillomavirus Humain
S-2013-03-2013	Variante Naturelle de la Sexualité Humaine
S-2013-04-2013	Victimes de la Torture
S-2013-05-2013	Peine de Mort
R-2013-01-2013	Criminalisation de la Pratique Medicale
R-2013-02-2013	Situation Soins de Santé en Syrie
R-2013-03-2013	Interdiction des Armes Chimiques
R-2013-04-2013	Normalisation dans la Pratique Medicale et la Securite du Patient
R-2013-05-2013	Soutien à l'AMB

Version 2014-1, Tokyo; imprimée en Juin 2014

- Replacements

Code	Titre abrégé
R-2004-01-2004 par R-2004-01-2014	WFME (réaffirmé en 2014)

Version 2014-2, Durban; imprimée en Janvier 2015

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-2002-01-2003 par D-2002-01-2012	Armes Biologiques (réaffirmé en 2012)
D-2002-03-2002 par D-2002-03-2012	Sécurité du Patient (réaffirmé en 2012)
S-2002-01-2002 par S-2002-01-2012	Sécurite des Injections dans les Soins de Santé (modifiée en 2012)
S-2002-02-2002 par S-2002-02-2012	Automédication (réaffirmé en 2012)
S-2003-03-2003 par S-2003-03-2014	Recrutement des Medecins au Niveau International (modifiée en 2014)
S-2004-03-2004 par S-2004-03-2014	Eau et Soins de Santé (modifiée en 2014)
R-2002-02-2002 par R-2002-02-2012	Foeticide Féminin (réaffirmé en 2012)
R-2003-03-2003 par R-2003-03-2014	Non-Commercialisation des Eléments Humains de Reproduction (modifiée en 2014)

- Suppression des politiques supprimées et archivées par la 65e Assemblée de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

S-2004-01-2004	Communication et Coordination des Urgences Sanitaires

- Additions des politiques adoptées par la 65e Assemblée générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

D-2014-01-2014	Protection du Personnel de Santé
S-2014-01-2014	Traitements Esthétiques
S-2014-02-2014	Pollution de l'air
S-2014-03-2014	Confinement Solitaire
R-2014-01-2014	Maladie Virale Ebola
R-2014-02-2014	Santé et la Sécurité des Travailleurs Migrants au Qatar
R-2014-03-2014	Virus Ebola

Version 2015-1, Oslo; imprimée en Juin 2015

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-1981-01-2005 par D-1981-01-2015	Lisbonne (Droits du Patient) (réaffirmé en 2015)
D-1987-01-2005 par D-1987-01-2015	Euthanasie (réaffirmé en 2015)
D-1989-01-2005 par D-1989-01-2015	Hong Kong (Mauvais Traitements des Personnes Agées) (réaffirmé en 2015)
S-2005-02-2005 par S-2005-02-2015	Substitution des Médicaments (réaffirmé en 2015)
S-2005-04-2005 par S-2005-04-2015	Réforme sur la Responsabilité Médicale (réaffirmé en 2015)
R-1988-01-2005 par R-1988-01-2015	Sanctions ou Boycotts Académiques (réaffirmé en 2015)

Version 2015-2, Moscou; imprimée en Janvier 2018

- Replacements

Code	Titre abrégé
S-2011-04-2011 par D-2011-04-2015	Déterminants Sociaux de la Santé (adopté en 2011 et changé de titre (S à D) en 2015)
S-1995-02-2006 par S-1995-02-2015	Patients atteints de Maladie Mentale (modifié en 2015)
S-1985-01-2005 par S-1985-01-2015	Non-Discrimination vis-à-vis des Medecin en matière d'Affiliation et d'Activités professionnelles (modifié en 2015)
S-1998-01-2008 par S-1998-01-2015	Armes Nucléaires (modifié en 2015)
R-1999-01-1999 par R-1999-01-2015	Programme des écoles de Médecine du monde entier (modifié en 2015)

- Additions des politiques adoptées par la 65e Assemblée générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

D-2015-01-2015	Alcool
S-2015-01-2015	Santé Mobile
S-2015-02-2015	Bien-être des Médecins
S-2015-03-2015	Aide fournie aux Enfants des Rues
S-2015-04-2015	Agents Chimiques anti-émeutes
S-2015-05-2015	Personnes Transsexuelles
S-2015-06-2015	Carence en Vitamine D
S-2015-07-2015	Interventions Médiatiques promotionnelles des Médecins
R-2015-01-2015	Soins de santé en Turquie
R-2015-02-2015	Bombardement de l'Hopital de MSF à Kunduz
R-2015-03-2015	Crise Mondiale des Réfugiés

Version 2016-1, Buenos Aires, Argentine; imprimée en Janvier 2019

- Replacements

Code	Titre abrégé
S-1988-04-2006 par S-1998-04-2016	Questions Environnnementales (réaffirmé en 2016)
S-1989-01-2006 par S-1989-01-2016	Utilisation des Animaux dans la Recherche Biomédicale (réaffirmé en 2016)
S-1993-03-2006 par S-1993-03-2016	Protection des Intérêts du Patient (réaffirmé en 2016)
R-2006-02-2006 par R-2006-02-2016	Sécurité des Enfants pendant les Voyages en Avion (réaffirmé en 2016)
R-2006-04-2006 par R-2006-04-2016	Essais Nucléaires de la Corée du Nord (réaffirmé en 2016)

Version 2016-2, Taipei, Taiwan; imprimée en Janvier 2019

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-1968-01-2006 par D-1968-01-2016	Détermination de la Mort (modifié en 2016)
D-1975-01-2006 par D-1975-01-2016	Détention et Emprisonnement (modifié en 2016)
D-2002-02-2002 par D-2002-02-2016	Bases de données sur la santé et les biobanques (modifié en 2016)
S-1984-01-2006 par S-1984-01-2016	Mauvais Traitements et Négligence envers les Enfants (modifié en 2016)
S-1990-01-2006 par S-1990-01-2016	Contrôle des Accidents (modifié en 2016)
S-1990-04-2006 par S-1990-04-2016	Accidents de la Route (modifié en 2016)
S-1991-01-2006 par S-1991-01-2016	Suicide et Adolescents (modifié en 2016)
S-1992-01-2006 par S-1992-01-2016	Alcool et Sécurité Routière (modifié en 2016)
S-1993-01-2005 par S-1993-01-2016	Fouille Corporelle de Prisonniers (modifié en 2016)
S-1993-02-2005 par S-1993-02-2016	Mutilation Génitale Féminine (modifié en 2016)
S-1995-04-2006 par S-1995-04-2016	Santé Publique (modifié en 2016)
S-1996-05-2006 par S-1996-05-2016	Armes de Guerre (modifié en 2016)
S-2006-05-2006 par S-2006-05-2016	Obésité(modifié en 2016)
S-2006-06-2006 par S-2006-06-2016	Abus d'Opiacés et de Psychotropes (modifié en 2016)
CR-2005-05-2005 par R-2005-05-2016	Tabac-OMS FCTC (modifié en 2016)
CR-2016-01-2016 par R-2016-03-2016	Réfugiés et les Migrants (adoptée en tant que Résolution du Conseil en avril 2016 et adoptée en tant que Résolution en octobre 2016)
CR-2016-02-2016 par R-2016-04-2016	Infection par le Virus Zika (adoptée en tant que Résolution du Conseil en avril 2016 et adoptée en tant que Résolution en octobre 2016)

- Suppression des politiques supprimées et archivées par la 67e Assemblée de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

R-2006-03-2006	VIH/SIDA

- Additions des politiques adoptées par la 67e Assemblée générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

Code	Titre abrégé
S-2016-01-2016	Vieillissement
S-2016-02-2016	Attaques cybernétiques des infrastructures de santé
S-2016-03-2016	Désinvestissement des énergies fossiles
S-2016-04-2016	Stages de médecine dans le monde
S-2016-05-2016	Obésité des enfants
R-2016-01-2016	Etablissements de santé et du personnel en Syrie
R-2016-02-2016	Santé et la sécurité au travail et dans l'environnement

Version 2017-1, Livingstone, Zambia; imprimée en Janvier 2019

- Replacements

Code	Titre abrégé
R-2007-01-2007 par R-2007-01-2017	Droits Humains au Zimbabwe (réaffirmé en 2017)

Version 2017-2, Chicago, United States; imprimée en Janvier 2019

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-1948-01-2006 par D-1948-01-2017	Genève (modifié en 2017)
D-1991-01-2006 par D-1991-01-2017	Grévistes de la Faim (modifié en 2017)
D-1997-02-2007 par D-1997-02-2017	Refuser la Torture (réaffirmé en 2017)
D-2009-01-2009 par D-2009-01-2017	Changements Climatiques (modifié en 2017)
D-2015-01-2015 par D-2015-01-2017	Alcool (modifié en 2017)
S-1983-01-2005 par S-1983-01-2017	Boxe (modifié en 2017)
S-1984-01-2016 par S-1984-01-2017	Mauvais Traitements et Négligence envers les Enfants (modifié en 2017)
S-1988-02-2006 par S-1988-01-2017	Accès aux Soins de Santé (modifié en 2017)
S-1992-05-2007 par S-1992-05-2017	Pollution Sonore (réaffirmé en 2017)
S-1994-01-2006 par S-1994-01-2017	Catastrophes (modifié en 2017)
S-1996-04-2007 par S-1996-04-2017	Droit des Femmes et planning Familial (réaffirmé en 2017)
S-2004-03-2014 par S-2004-03-2017	Eau et Soins de Santé (modifié en 2017)
S-2006-03-2006 par S-2006-03-2017	VIH/SIDA et la Profession Médicale (modifié en 2017)
S-2006-04-2006 par S-2006-04-2017	Formation Médicale (modifié en 2017)
S-2012-04-2012 par S-2012-04-2017	Don d'Organes et de Tissus (modifié en 2017)
R-1997-02-2007 par R-1997-01-2017	Embargos Economiques et Santé (réaffirmé en 2017)
R-2006-01-2006 par R-2006-01-2017	Voyages en Avion (modifié en 2017)
R-2006-05-2006 par R-2006-05-2017	Tuberculose (modifié en 2017)
R-2007-02-2007 par R-2007-02-2017	Associations Médicales en Amérique Latine et aux Caraïbes (réaffirmé en 2017)

- Suppression des politiques supprimées et archivées par la 68e Assemblée de l'AMM, Chicago, United States, Octobre 2017

Code	Titre abrégé
S-1997-01-2007	Rapporteur des NU sur l'Indépendance et l'Intégrité des Professionnels de Santé
S-2005-01-2005	Alcoolisme sur la Santé et la Société
R-2012-01-2012	Prix Plancher à l'Unité pour l'Alcool

- Additions des politiques adoptées par la 68e Assemblée générale de l'AMM, Chicago, United States, Octobre 2017

D-2017-01-2017	Qualité de la formation médicale initiale
D-2017-02-2017	Commerce équitable de fournitures médicales
S-2017-01-2017	lntimidation et le harcèlement au sein de la profession
S-2017-02-2017	Conflits armés
S-2017-03-2017	Thérapeutique du cannabis
S-2017-04-2017	Coopération des AMN pendant un conflit ou dans la période suivant un conflit
S-2017-05-2017	Épidémies et pandémies
S-2017-06-2017	Lutte contre l'exploitation dans le cadre des adoptions
R-2017-01-2017	Pologne
R-2017-02-2017	Examens anaux forcés

Version 2018-1, Riga, Lettonie; imprimée en Janvier 2019

- Replacements

Code	Titre abrégé
R-1998-05-2008 par R-1998-01-2018	Convention d'Ottawa (réaffirmé en 2018)

Version 2018-2, Reykjavik, Iceland; imprimée en Janvier 2019

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-2008-01-2008 par D-2008-01-2018	Autonomie Professionnelle et l'Indépendance Clinique (modifié en 2018)
D-1970-01-2006 par S-1970-01-2018	Interruption médicale de grossesse (changé de nom et modifié en 2018)
S-1997-02-2007 par S-1997-02-2018	Médecins reconnus coupables de génocide ou crimes (changé de nom et modifié en 2018)
S-1998-01-2015 par S-1998-01-2018	Armes Nucléaires (modifié en 2018)
S-2006-02-2006 par S-2006-02-2018	Pandémie de Grippe Aviaire (modifié en 2018)
S-2007-02-2007 par S-2007-01-2018	Télémédecine (modifié en 2018)
S-2008-02-2008 par S-2008-02-2018	Mercure (réaffirmé en 2018)
S-2010-01-2010 par S-2010-01-2018	Dégradation de l'Environnement (modifié en 2018)
R-2008-03-2008 par R-2008-01-2018	Médecine Vétérinaire (réaffirmé en 2018)

- Suppression des politiques supprimées et archivées par la 69e Assemblée de l'AMM, Reykjavik, Iceland, Octobre 2018

S-1996-03-2006	Responsabilité Professionnelle
R-1981-01-2008	Peine Capitale
R-2008-01-2008	Crise Économique
R-2008-02-2008	Pavots à des Fins Médicales en Afghanistan

- Additions des politiques adoptées par la 69e Assemblée générale de l'AMM, Reykjavik, Iceland, Octobre 2018

S-2018-01-2018	Médicaments biosimilaires
S-2018-02-2018	Carnet de santé maternelle et infantile
S-2018-03-2018	Place des femmes dans la médecine
S-2018-04-2018	Tourisme médical
S-2018-05-2018	Développement durable
R-2018-01-2018	Migrations
R-2018-02-2018	Peine Capitale

Version 2019-1, Santiago, Chili; imprimée en Mai 2019

- Replacements

Code	Titre abrégé
S-1999-01-2009 par S-1999-01-2019	Dépôts de Brevet pour les Procédures Médicales (réaffirmé en 2019)
R-2009-03-2009 par R-2009-03-2019	Transfert de Tâches (réaffirmé en 2019)
S-2012-05-2012 par S-2012-05-2019	Immunisation (réaffirmé en 2019)

Version 2019-2, Tbilissi, Georgie; imprimée en Février 2020

- Replacements

Code	Titre abrégé
D-1997-01-2009 par D-1997-01-2019	Amélioration de la Qualité des Soins de Santé (réaffirmé avec révision mineure en 2019)
D-2009-02-2009 par D-2009-02-2019	Régulation assurée par la Profession (modifié en 2019)
S-1996-01-2008 par S-1996-01-2019	Résistance aux Antimicrobiens (changé de nom et modifié en 2019)
S-2003-04-2008 par S-2003-04-2019	Violence et Santé (modifié en 2019)
S-2005-03-2009 par D-2005-01-2019	Génétique et Médecine (changé de nom et de titre (s à D) et modifié en 2019)
S-2008-01-2008 par S-2008-01-2019	Consommation Alimentaire de Sel (modifié en 2019)
S-2014-03-2014 par S-2014-03-2019	Isolement Cellulaire (modifié en 2019)
R-1997-03-2008 par S-1997-03-2019	Accès aux Soins de Santé des Femmes et des Enfants (changé de titre (R à S) et modifié en 2019)
R-2002-02-2012 par S-2002-03-2019	Foeticide Féminin (changé de nom et de titre (R à S) et modifié en 2019)
R-2009-01-2009 par R-2009-01-2019	Législation contre l'Avortement au Nicaragua (modifié en 2019)
CR-2003-01-2003 par D-2003-01-2019	Droit et l'Ethique (adoptée en tant que Résolution du Conseil en 2003 et adoptée en tant que Déclaration en 2019)

- Suppression des politiques supprimées et archivées par la 70e Assemblée de l'AMM, Tbilissi, Georgie, Octobre 2019

Code	Short Title
D-1987-01-2015	Euthanasie
S-1992-06-2015	Suicide Médicalement Assisté
R-1998-03-2009	Investissements dans la Santé Publique
R-2002-01-2013	Euthanasie

- Additions des politiques adoptées par la 70e Assemblée générale de l'AMM, Tbilissi, Georgie, Octobre 2019

D-2019-01-2019	Euthanasie et le Suicide Médicalement Assisté
S-2019-01-2019	Intelligence Artificielle ou Augmentée dans les Soins Médicaux
S-2019-02-2019	Consommation des Sucres
S-2019-03-2019	Nécessité pour tous de recevoir des Informations de Santé
S-2019-04-2019	Demandeurs d'asile Mineurs non accompagnés
R-2019-01-2019	Urgence Climatique
R-2019-02-2019	Recommandation de l'OMS sur l'Emploi d'Opiacés

PREFACE

Avant la fin de la seconde guerre mondiale, un certain nombre d'associations médicales se réunirent à Londres pour réinventer une approche de la collaboration internationale entre médecins. Le vieux modèle représenté avant la guerre par "Association Professionnelle Internationale des Médecins" (APIM), ne répondait désormais plus aux besoins de la profession médicale. L'heure était venue d'innover.

Après seulement deux ans de préparation, 27 Associations Médicales Nationales se rencontrèrent à Paris, le 18 septembre 1947 pour l'inauguration d'une nouvelle association mondiale de médecins, l'Association Médiale Mondiale (AMM). La première Assemblée eut lieu parallèlement au procès des médecins nazis à Nuremberg qui était un moteur essentiel pour la nouvelle AMM. Cette terrible période de l'histoire de la médecine imposait à l'Association de devenir une voix faisant autorité en matière de normes mondiales pour l'éthique médicale et la conduite professionnelle et donc d'aller au delà de la défense des intérêts de la profession.

A la fin des années 1940, coordonner une organisation internationale n'était pas une chose facile. Il n'y avait ni internet, ni e-mail, ni téléphone portable, ni PC, ni fax ni même de photocopieur. Pour participer à une assemblée, beaucoup de médecins devaient faire un voyage intercontinental de plus jours et traverser des pays profondément dévastés en train, en bateau et seulement dans des circonstances exceptionnelles par avion. Néanmoins les membres fondateurs de l'AMM, motivés par leur vision, n'étaient pas effrayés par les défis auxquels ils étaient confrontés. Aujourd'hui cette vision ainsi que les idéaux et les objectifs communs demeurent d'actualité. Notre tâche est de les poursuivre.

Le Manuel des politiques de l'AMM démontre la constante implication de la profession médicale mondiale. Aujourd'hui l'AMM a pris de l'ampleur, est plus solide et plus active que jamais. Notre manuel traduit la synergie existante entre les médecins depuis plus de 50 ans, synergie visant à fournir des directives éthiques, un soutien moral et des conseils pratiques aux confrères dans l'exercice de leur métier afin qu'ils servent au mieux les intérêts de leurs patients. De la Déclaration de Genève, souvent considérée comme étant le "Serment d'Hippocrate" moderne, à la Déclaration d'Helsinki s'adressant aux médecins impliqués dans la recherche médicale sur les êtres humains, à la Déclaration de Tokyo interdisant la participation des médecins à des actes de torture ou à des traitements dégradants – pour ne citer que quelques politiques phares de l'AMM – l'assistance fournie par l'AMM conserve toute son utilité.

Il existe beaucoup d'autres politiques dans le monde traitant de la conduite des médecins, bon nombre d'entre elles tentant d'être "modernes", "très lisibles" et "politiquement correctes". L'AMM n'a jamais capitulé face à l'esprit du temps et a vigoureusement défendu ses valeurs, les plus importantes étant la délivrance de soins, l'éthique et la science.

Sir William Osler a déclaré : "La délivrance de soins étant la chose la plus importante, elle doit être une priorité pour vous car des médecins bienveillants sont les plus grands porteurs d'espoir et de confiance". L'espoir et la confiance sont à la base de tous les traite-

ments. Un médecin n'inspirant pas la confiance sera confronté à davantage de défis que celui bénéficiant de la confiance des patients. Un patient ayant l'espoir est bien mieux armé qu'un patient sans espoir.

La délivrance de soins doit toutefois aller de paire avec l'éthique médicale et une conduite correcte. Les médecins sont souvent confrontés à des questions de vie et de mort, d'allocations de ressources et de double loyauté lorsque simultanément ils s'occupent d'un patient individuel et respectent les besoins de la communauté ou de la population. Les questions sont souvent trop difficiles et les problèmes trop lourds pour une seule personne. Nous sommes loin d'avoir une réponse à toutes ces questions mais l'AMM peut souvent apporter une aide éthique protégeant les patients, supportant les médecins et tenant compte des intérêts de la communauté et de la population auxquelles appartiennent ces médecins.

Enfin, la science est ce qui distingue la médecine de la bonté bien intentionnée. En médecine, des soins de qualité et une conduite éthique sont indissociables d'une science de qualité. En dépit de notre quête sincère et permanente de toujours plus de connaissances scientifiques, de compréhension et de solutions, nous ne serons jamais à l'abri d'erreurs. Exercer la médecine en respectant fidèlement des préceptes éthiques clairs est ce que nous pouvons faire de mieux.

Ce nouveau manuel* renferme une grande partie de ces préceptes. Il prouve notre engagement permanent auprès de nos confrères et de nos patients dans les différentes régions du monde, quels qu'ils soient et où qu'ils soient. C'est un document vivant et l'AMM continuera de l'améliorer et de l'enrichir, au service de la profession et de la santé de ceux que nous servons en tant que médecins.

J. Edward Hill
Président du Conseil

Otmar Kloiber

Wonchat Subchaturas
Président 2010-2011

* L'Association médicale mondiale remercie chaleureusement l'Association médicale coréenne d'avoir soutenu le travail de Mme Seong Mi Lee dans les bureaux de l'AMM à Ferney-Voltaire, fournissant ainsi une aide précieuse dans le rassemblement des politiques de l'association.

TABLE DES MATIÈRES

- Ordre Chronologique -

DECLARATIONS

Déclaration de Genève D-1948-01-2017
Code International d'Éthique Médicale de l'AMM D-1949-01-2006
Déclaration d'Helsinki de l'AMM - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains - D-1964-01-2013
Déclaration de Sydney de l'AMM sur la Détermination de la Mort et la Récuperation des Organes D-1968-01-2016
Déclaration de Tokyo de l'AMM - Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement - D-1975-01-2016
Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les Droits du Patient D-1981-01-2015
Déclaration de l'AMM sur les Principes Régissant les Soins de Santé en Médecine Sportive D-1981-02-2010
Déclaration de Venise de l'AMM sur la Phase Terminale de la Maladie D-1983-01-2006
Déclaration de Hong Kong de l'AMM sur les Mauvais Traitements des Personnes Agées D-1989-01-2015
Déclaration de Malte de l'AMM sur les Grévistes de la Faim D-1991-01-2017
Déclaration de l'AMM Sur les Directives pour L'Amélioration Continuelle de la Qualité des Soins de Santé D-1997-01-2019
Déclaration de Hambourg de l'AMM sur le Soutien aux Médecins qui Refusent toute Participation ou Caution à l'Utilisation de la Torture ou autre Forme de Traitement Cruel, Inhumain ou Dégradant D-1997-02-2017
Déclaration d'Ottawa de l'AMM sur la santé des enfants D-1998-01-2009
Déclaration d'Edimbourg de l'AMM sur les Conditions Carcérales et la Propagation de la Tuberculose et Autres Maladies Transmissibles D-2000-01-2011
Déclaration de Washington de L'AMM sur les Armes Biologiques D-2002-01-2012
Déclaration de l'AMM sur les considérations éthiques concernant les bases de données de santé D-2002-02-2016
Déclaration de l'AMM sur la Sécurité du Patient D-2002-03-2012
Déclaration de l'AMM sur l'ethique Medicale et les Technologies Medicales Innovantes D-2002-04-2012

Déclaration de l'AMM sur la Relation entre le Droit et l'Éthique D-2003-01-2019
Déclaration de Reykjavik de l'AMM-Considérations éthiques relatives à
l'Utilisation de la Génétique dans les soins de Santé D-2005-01-2019
Déclaration de Séoul de l'AMM sur l'Autonomie Professionnelle et
l'Indépendance Clinique D-2008-01-2018
Déclaration de l'AMM de Delhi sur la santé et les changements climatiques D-2009-01-2017
Déclaration de l'AMM sur la Régulation Assurée par la Profession D-2009-02-2019
Déclaration de Montevideo de l'AMM sur
la Préparation aux Catastrophes et sur la Réponse Médicale D-2011-01-2011
Déclaration de l'AMM sur les Soin Medicaux en Fin de Vie D-2011-02-2011
Déclaration de l'AMM sur le Contrôle de la Lepre dans le Monde et
la Suppression de Toute Discrimination contre
les Personnes Affectees par la Lepre D-2011-03-2011
Déclaration de l'AMM sur les Déterminants Sociaux de la Santé D-2011-04-2015
Déclaration de l'AMM sur la protection du personnel de santé dans les
situations d'urgence D-2014-01-2014
Déclaration de l'AMM sur l'Alcool D-2015-01-2017
Déclaration de Chicago de l'AMM sur la Qualité de la formation médicale D-2017-01-2017
Déclaration de l'AMM sur le Commerce equitable de produits
et de fournitures médicales D-2017-02-2017
Déclaration de l'AMM sur l'Euthanasie et le Suicide médicalement assisté D-2019-01-2019

PRISE DE POSITION

Règles de l'AMM en temps de conflit armé et
dans d'autres situations de violence S-1956-01-2012
Prise de Position de l'AMM sur l'Interruption médicale de Grossesse S-1970-01-2018
Déclaration de l'AMMsur la Boxe S-1983-01-2017
Prise de Position de l'AMM sur les Mauvais Traitements et la
Négligence envers les Enfants S-1984-01-2017
Déclaration de l'AMM sur la Liberté de Participer aux Réunions Médicales S-1984-02-1984
Déclaration de l'AMM sur la Non Discrimination vis-à-vis des
Médecins en Matiere d'Affiliation et d'Activites Professionnelles S-1985-01-2015
Prise de Position de l'AMM sur l'Accès aux Soins de Santé S-1988-01-2017
Déclaration de l'AMM sur le Rôle des Médecins dans les
Questions environnnementales S-1988-04-2016
Prise de Position de l'AMM sur les Risques pour la Santé des

Produits Dérivés du Tabac S-1988-05-2011
Prise de Position de l'AMM sur l'Utilisation des Animaux dans la Recherche Biomédicale S-1989-01-2016
Prise de Position de l'AMM sur le Contrôle des Accidents S-1990-01-2016
Déclaration de l'AMM sur les Accidents de la Route S-1990-04-2016
Déclaration de l'AMM sur les Adolescents et le Suicide S-1991-01-2016
Déclaration de l'AMM sur la Sécurité Routière et l'Alcool S-1992-01-2016
Prise de Position de l'AMM sur la Pollution sonore S-1992-05-2017
Déclaration de l'AMM sur la Fouille Corporelle de Prisonniers S-1993-01-2016
Déclaration de l'AMM sur la Mutilation Génitale Féminine S-1993-02-2016
Prise de Position de l'AMM sur la Protection des Intérêts du Patient S-1993-03-2016
Prise de Position de l'AMM sur l'Éthique Médicale dans les Situations de Catastrophes S-1994-01-2017
Prise de Position de l'AMM sur les Problèmes Éthiques concernant les Patients atteints de Maladie Mentale S-1995-02-2015
Prise de Position de l'AMM sur les Médecins et la Santé Publique S-1995-04-2016
Prise de Position de l'AMM sur la la Résistance aux Antimicrobiens S-1996-01-2019
Prise de Position de l'AMM sur la Violence dans la Famille S-1996-02-2010
Prise de Position de l'AMM sur le Planning familial et le Droit des Femmes à la Contraception S-1996-04-2017
Prise de Position de l'AMM sur les Armes de Guerre et leur Relation à la Vie et à la Santé S-1996-05-2016
Proposition de l'AMM de Création à l'ONU d'un Poste de Rapporteur sur l'Indépendance et l'Intégrité des Professionnels de Santé S-1997-01-2007
Prise de Position de l'AMM relative aux Médecins reconnus coupables de Genocide, Crimes de Guerre ou Crimes contre l'Humanité S-1997-02-2018
Prise de Position de l'AMM sur l'Accès aux Soins de santé des Femmes et des Enfants S-1997-03-2019
Prise de Position de l'AMM sur les Armes Nucléaires S-1998-01-2018
Prise de Position de l'AMM sur les Soins Médicaux aux Refugiés, dont les Demandeurs d'Asile, les Demandeurs d'Asile Non Admis et les Migrants sans Papiers ainsi que les Personnes Déplacées en Interne S-1998-02-2010
Prise de Postion de l'AMM sur les Dépôts de Brevet pour les Procédures Médicales S-1999-01-2019
Prise de Position de l'AMM sur les Relations de Travail entre Médecins et Pharmaciens dans le Cadre du Traitement Pharmacologique S-1999-02-2010
Prise de position de l'AMM sur la Sécurite des Injections dans les

Soins de Santé S-2002-01-2012
Prise de Position de l'AMM sur l'Automédication S-2002-02-2012
Prise de Position de l'AMM sur l'Avortement Sexo-Sélectif et le Foeticide Féminin S-2002-03-2019
Prise de Position de L'AMM sur les Investigations Médico-Légales de Disparus S-2003-01-2013
Prise de Position de l'AMM sur les Directives Anticipées ("Living Wills") S-2003-02-2013
Prise de Position de L'AMM sur les Directives Ethiques pour le Recrutement des Medecins au Niveau International S-2003-03-2014
Prise de Position de l'AMM sur la Violence et la Santé S-2003-04-2019
Prise de Position de l'AMM concernant les Relations entre Médecins et Entreprises commerciales S-2004-02-2009
Prise de Position de l'AMM sur l'Eau et les Soins de Santé S-2004-03-2017
Prise de Position de l'AMM sur la Substitution des Médicaments S-2005-02-2015
Prise de Position de l'AMM concernant la Réforme sur la Responsabilité Médicale S-2005-04-2015
Prise de Position de l'AMM sur les Technologies de Procréation Assistée S-2006-01-2006
Déclaration de l'AMM sur la Pandémie de Grippe Aviaire S-2006-02-2018
Prise de Position de l'AMM sur le VIH/SIDA et la Profession Médicale S-2006-03-2017
Prise de Position de l'AMM sur la Formation Médicale S-2006-04-2017
Prise de Position de l'AMM sur le Rôle du Médecin dans l'Obésité S-2006-05-2016
Prise de Position de l'AMM sur les Responsabilités des Médecins dans la Prévention et le Traitement des Abus d'Opiacés et de Psychotropes S-2006-06-2016
Prise de Position de l'AMM sur l'Ethique en Télémédecine S-2007-02-2018
Prise de Position de l'AMM sur la Réduction de la Consommation alimentaire de Sel S-2008-01-2019
Prise de Position de l'AMM sur la Réduction du Fléau Mondial du Mercure S-2008-02-2018
Prise de Position de l'AMM sur le Conflit d'Intérêts S-2009-01-2009
Prise de position de l'AMM sur la recherche sur les cellules souches embryonnaires S-2009-02-2009
Prise de position de l'AMM sur les Inégalités en Matière de Santé S-2009-03-2009
Prise de Position de l'AMM sur les Principes Directeurs pour l'Utilisation de la Télésanté dans les Soins Médicaux S-2009-04-2009
Prise de Position de l'AMM sur la Dégradation de l'Environnement et sur une Bonne Gestion des Produits Chimiques S-2010-01-2018
Prise de Position de l'AMM sur le Fleau Mondial des Maladies Chroniques S-2011-01-2011
Recommandation sur la Mise au Point de Signalement Permettant de

verifier l'Adhesion des Etats a la Déclaration de Tokyo S-2011-02-2011
Prise de Position de l'AMM sur la Protection et l'Integrite du Personnel Medical dans les Conflits Armes et Autres Situations de Violence S-2011-03-2011
Prise de Position de l'AMM sur l'Ethique Professionelle et l'Usage Ethique des Medias Sociaux S-2011-05-2011
Prise de Position de l'AMM sur les Cigarettes Electroniques et Autres Systèmes d'Administration Electronique S-2012-01-2012
Prise de Position de l'AMM sur les Implications Ethiques des Actions Collectives de Médecins S-2012-02-2012
Prise de Position de l'AMM sur la Stérilisation Forcée et Contrainte S-2012-03-2012
Prise de Position de l'AMM sur le Don d'Organes et de Tissus S-2012-04-2017
Prise de Position de l'AMM sur L'immunisation S-2012-05-2019
Prise de Position de l'AMM sur la Violence dans le Secteur de la Santé de la part des Patients et des Personnes Proches S-2012-06-2012
Prise de Position de l'AMM sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie fongique S-2013-01-2013
Prise de position de l'AMM sur la vaccination contre le papillomavirus humain S-2013-02-2013
Prise de Position de l'AMM sur les orientations naturelles de la sexualité humaine S-2013-03-2013
Prise de position de l'AMM sur le droit à la réhabilitation des victimes de torture S-2013-04-2013
Prise de Position de l'AMM sur la Résolution des Nations Unies pour un moratoire sur le recours à la peine de mort S-2013-05-2013
Prise de Position de l'AMM sur les Traitements Esthétiques S-2014-01-2014
Prise de Position de l'AMM sur la Prévention de la Pollution de l'air due Aux Émissions des Véhicules S-2014-02-2014
Prise de Position de l'AMM sur l'isolement Cellulaire S-2014-03-2019
Prise de Position de l'AMM sur la Santé Mobile S-2015-01-2015
Prise de Position de l'AMM sur le Bien-être des Médecins S-2015-02-2015
Prise de Position de l'AMM sur l'Aide fournie aux enfants des rues S-2015-03-2015
Prise de Position de l'AMM sur les Agents chimiques Anti-émeutes S-2015-04-2015
Prise de Position de l'AMM sur les Personnes Transsexuelles S-2015-05-2015
Prise de Position de l'AMM sur la Carence en Vitamine D S-2015-06-2015
Directives de l'AMM pour les Interventions Médiatiques promotionnelles des Médecins S-2015-07-2015

Prise de Position de l'AMM sur le Vieillissement S-2016-01-2016
Prise de Position de l'AMM sur les Attaques cybernétiqeus
des Infrastructures de santé et Autres infrastructures essentielles S-2016-02-2016
Prise de Position de l'AMM sur le Désinvestissement des energies fossils S-2016-03-2016
Prise de Position de l'AMM sur les Considérations éthiques concernant
les stages de Médecine dans le monde S-2016-04-2016
Prise de Position de l'AMM sur l'Obésité des enfants S-2016-05-2016
Prise de Position de l'AMM sur l'Intimidation et le Harcèlement
au sein de la profession S-2017-01-2017
Prise de Position de l'AMM sur les Conflits armés S-2017-02-2017
Prise de Position de l'AMM relative à l'Utilisation thérapeutique du Cannabis..... S-2017-03-2017
Prise de Position de l'AMM sur la Coopération des Associations
Médicales Nationales pendant un conflit ou dans la période
suivant un conflit S-2017-04-2017
Prise de Position de l'AMM sur les Épidémies et Pandémies S-2017-05-2017
Prise de Position de l'AMM sur le Rôle des médecins dans la lutte contre
l'Exploitation dans le cadre des adoptions S-2017-06-2017
Prise de Position de l'AMM sur les Médicaments Biosimilaires S-2018-01-2018
Prise de Position de l'AMM sur la Création et la Promotion d'un carnet
de santé maternelle et infantile S-2018-02-2018
Prise de Position de l'AMM sur la Place des femmes dans la Médecine S-2018-03-2018
Prise de Position de l'AMM sur le Tourisme Médical S-2018-04-2018
Prise de Position de l'AMM sur le Développement Durable S-2018-05-2018
Prise de Position de l'AMM sur l'Utilisation de l'Intelligence Augmentée
dans les Soins Médicaux S-2019-01-2019
Prise de Position de l'AMM relative à la Consommation des Boissons Sucrées
et contenant des Sucres Ajoutés S-2019-02-2019
Prise de Position de l'AMM sur la Nécessité pour Tous de Recevoir
des Informations de Santé S-2019-03-2019
Prise de Position de l'AMM sur l'Évaluation médicale de l'Âge des
Demandeurs d'Asile Mineurs non Accompagnés S-2019-04-2019

RESOLUTIONS

Résolution de l'AMM sur les Sanctions ou Boycotts Academiques R-1988-01-2015
Résolution de l'AMM sur les Embargos Economiques et la Santé R-1997-01-2017
Résolution de l'AMM sur la Main d'Oeuvre Médicale R-1998-04-2009

Résolution de Soutien de l'AMM à la Convention d'Ottawa R-1998-01-2018
Résolution de l'AMM sur l'Inscription de l'Ethique Médicale et des Droits de l'Homme au Programme des Ecoles de Médecine du Monde Entier R-1999-01-2015
Résolution de l'AMM sur l'utilisation Abusive de la Psychiatrie R-2002-05-2012
Résolution de l'AMM sur le Droit des Femmes aux soins de Santé, en particulier à la Prévention de la Transmission de l'Infection par le VIH de la Mère à l'Enfant R-2002-06-2013
Resolution de l'AMM sur la Proclamation d'une Journée Annuelle de l'Ethique Medicale R-2003-01-2013
Résolution de l'AMM sur la Responsabilité des Medecins dans la Documentation et la Dénonciation des Actes de Torture ou des Traitements Cruels, Inhumains ou Degradants R-2003-02-2007
Résolution de l'AMM sur la Non-Commercialisation des Eléments Humains de Reproduction R-2003-03-2014
Résolution de l'AMM sur les Standards Généraux WFME pour l'Amélioration de la Qualite de l'Enseignement Médical R-2004-01-2014
Résolution de l'AMM sur l'Application de la convention cadre de l'OMS sur la lutte Antitabac R-2005-01-2016
Résolution de l'AMM sur l'Assistance Médicale pendant les Voyages en Avion R-2006-01-2017
Résolution de l'AMM sur la Sécurité des Enfants pendant les Voyages en Avion R-2006-02-2016
Résolution de l'AMM sur les Essais Nucléaires de la Corée du Nord R-2006-04-2016
Résolution de l'AMM sur la Tuberculose R-2006-05-2017
Résolution sur l'Abus en Matière de Santé et de Droits de l'Homme au Zimbabwe R-2007-01-2017
Résolution de l'AMM sur le Soutien aux Associations Médicales en Amérique Latine et aux Caraïbes R-2007-02-2017
Résolution de l'AMM sur la Collaboration entre la Médecine humaine et Vétérinaire R-2008-01-2018
Résolution d'urgence sur la législation contre l'avortement au Nicaragua R-2009-01-2019
Résolution de l'AMM d'urgence défendant les droits des patients et des médecins en Républic Islamique d'Iran R-2009-02-2009
Résolution de l'AMM sur le transfert de tâches depuis la profession médicale R-2009-03-2019
Résolution de l'AMM sur la Prescription de Medicaments R-2010-01-2010
Résolution de l'AMM sur la Violence à l'Encontre des Femmes et des

Jeunes Filles R-2010-02-2010
Résolution de l'AMM sur l'Accès à des
Traitements Anti-Douleurs Appropriés R-2011-01-2011
Résolution de l'AMM sur le Bahrein R-2011-02-2011
Résolution de l'AMM Réaffirmant la Résolution de l'AMM sur les
Embargos Economiques et la Santé R-2011-03-2011
Résolution de l'AMM sur l'Independance des Associations Medicales R-2011-04-2011
Résolution de l'AMM sur l'Emballage Neutre des Cigarettes R-2012-02-2012
Résolution de l'AMM visant à Réaffirmer l'Interdiction faite aux
Médecins de Participer à la Peine Capitale R-2012-03-2012
Résolution de l'AMM en Soutien au Professeur Cyril Karabus R-2012-04-2012
Résolution de l'AMM sur la criminalisation de la pratique médicale R-2013-01-2013
Résolution de l'AMM sur la Situation des Soins de Santé en Syrie R-2013-02-2013
Résolution de l'AMM sur l'interdiction des armes chimiques R-2013-03-2013
Résolution du Conseil de l'AMM sur la normalisation dans la
pratique médicale et la sécurité du patient R-2013-04-2013
Résolution de l'AMM sur le soutien à l'Association Médicale Brésilienne R-2013-05-2013
Résolution de l'AMM sur la Maladie Virale Ebola R-2014-01-2014
Résolution de l'AMM sur la Santé et la Sécurité des
Travailleurs Migrants au Qatar R-2014-02-2014
Résolution de l'AMM sur les Thérapies Non Prouvées et le Virus Ebola R-2014-03-2014
Résolution de l'AMM pour la Fin des Attaques contre le personnel de
santé et les centres de soins en Turquie R-2015-01-2015
Résolution de l'AMM sur le Bombardement de l'Hopital de MSF à Kunduz R-2015-02-2015
Résolution de l'AMM sur la Crise Mondiale des Réfugiés R-2015-03-2015
Résolution de l'AMM sur la Protection des étabilissements santé
et du Personnel en Syrie R-2016-01-2016
Résolution de l'AMM sur la Santé et la Sécurité au travail
et dans l'environnement R-2016-02-2016
Résolution de l'AMM sur les Réfugiés et les Migrants R-2016-03-2016
Résolution de l'AMM sur l'Infection par le Virus Zika R-2016-04-2016
Résolution de l'AMM relative à la Pologne R-2017-01-2017
Résolution de l'AMM sur les Examens anaux frorcés pour apporter la preuve
d'activités homosexuelles R-2017-02-2017
Résolution de l'AMM sur les Migrations R-2018-01-2018
Proposition de Résolution de l'AMM sur la Prohibition de la participation des
médecins à la Peine Capitale R-2018-02-2018

Résolution de l'AMM sur l'Urgence Climatique R-2019-01-2019
Résolution de l'AMM sur le Retrait, par l'OMS des ses Recommandations
relatives à l'Emploi d'Opiacés R-2019-02-2019

* **Explication du code (critéres de classement):**

D-1948-01-2006

- Année de la derniére action
- Numéro de serie
- Année d'adoption
- Type de document

D: Declaration / S: Prise de position / R: Resolution

TABLE DES MATIÈRES

- Classé par Titre Abrégé -

[A]

Abus d'Opiacés et de Psychotropes S-2006-04-2016
Accès aux Soins de Santé S-1988-01-2017
Accès aux Soins de Santé des Femmes et des Enfants S-1997-03-2019
Accidents de la Route S-1990-04-2016
Actions Collectives de Médecins S-2012-02-2012
Alcool S-2015-01-2017
Alcool et Sécurité Routière S-1992-01-2016
Agents Chimiques Anti-émeutes S-2015-04-2015
Amélioration de la Qualité des Soins de Santé D-1997-01-2019
Armes Biologiques (Washington) D-2002-01-2012
Armes de Guerre S-1996-05-2006
Armes Nucléaires S-1998-01-2018
Associations Médicales en Amérique Latine et aux Caraïbes R-2007-02-2017
Attaques cybernétiques des infrastructures de santé S-2016-02-2016
Automédication S-2002-02-2012
Autonomie Professionnelle et l'Indépendance Clinique (Séoul) D-2008-01-2018

[B]

Bahrein R-2011-02-2011
Bases de Données sur la Santé D-2002-02-2016
Bien-être des Médecins S-2015-02-2015
Bombardement de l'Hopital de MSF a Kunduz R-2015-02-2015
Boxe S-1983-01-2017

[C]

Carence en Vitamine D S-2015-06-2015
Carnet de santé maternelle et infantile S-2018-02-2018
Catastrophes S-1994-01-2017
Changements Climatiques (Delhi) D-2009-01-2017
Cigarettes Electroniques S-2012-01-2012

Commerce équitable de fournitures médicales D-2017-02-2017
Conditions Carcérales et TB (Edimbourg) D-2000-01-2011
Conflit Armé S-1956-01-2012
Conflits Armés S-2017-02-2017
Conflit d'Intérêts S-2009-01-2015
Consommation Alimentaire de Sel S-2008-01-2019
Consommation des Sucres S-2019-02-2019
Contrôle de la Lepre D-2011-03-2011
Contrôle des Accidents S-1990-01-2006
Convention d'Ottawa R-1998-01-2018
Coopération des AMN pendant un Conflit ou dans la Période suivant un Conflit S-2017-04-2017
Criminalisation de la Pratique Medicale R-2013-01-2013
Crise Mondiale des Réfugiés R-2015-03-2015

[D]

Dégradation de l'Environnement S-2010-01-2018
Delhi (Changements Climatiques) D-2009-01-2009
Demandeurs d'Asile Mineurs non Accompagnés S-2019-04-2019
Dénonciation des Actes de Torture R-2003-02-2008
Dépôts de Brevet pour les Procédures Médicales S-1999-01-2019
Désinvestissement des énergies fossils S-2016-03-2016
Détention et Emprisonnement (Tokyo) D-1975-01-2016
Déterminants Sociaux de la Sante S-2011-04-2015
Détermination de la Mort (Sydney) D-1968-01-2016
Développement durable S-2018-05-2018
Directives Anticipées S-2003-02-2013
Don d'Organes et de Tissus S-2012-04-2017
Droit des Femmes aux Soins de Santé R-2002-06-2013
Droit des Femmes et planning Familial S-1996-04-2017
Droit et l'Ethique D-2003-01-2019
Droits des Patients et des Médecins en Iran R-2009-02-2009
Droits du Patient (Lisbonne) D-1981-01-2015
Droits Humains au Zimbabwe R-2007-01-2017

[E]

Eau et Soins de Santé S-2004-03-2017
Edimbourg (Conditions Carcérales et TB) D-2000-01-2011
Emballage Neutre des Cigarettes R-2012-02-2012
Embargos Economiques et Santé R-1997-02-2017
Embargos Economiques et Santé [Rrevised] R-2011-03-2011
Enfants des rues S-2015-03-2015
Essais Nucléaires de la Corée du Nord R-2006-04-2016
Épidémies et pandémies S-2017-05-2017
Etablissements de santé et du personnel en Syrie R-2016-01-2016
Éthique Médicale D-1949-01-2006
Euthanasie et le Suicide Médicalement Assisté D-2019-01-2019

[F]

Foeticide Féminin S-2002-03-2019
Formation Médicale S-2006-04-2017
Fouille Corporelle de Prisonniers S-1993-01-2016

[G]

Génétique et Médecine D-2005-01-2019
Genève D-1948-01-2017
Grévistes de la Faim (Malte) D-1991-01-2017

[H]

Hambourg (Refuser la Torture) D-1997-02-2017
Helsinki (Recherche Médicale impliquant les Etres Humains) D-1964-01-2013
Hong Kong (Mauvais Traitements des Personnes Agées) D-1989-01-2015

[I]

Immunisation S-2012-05-2019
Independance des Associations Medicales R-2011-04-2011
Inégalités en Matière de Santé S-2009-03-2009
Infection par le Virus Zika R-2016-02-2016
Infraction Pénale et Autorisation d'Exercer S-1997-02-2007
Intelligence Artificielle ou Augmentée dans les Soins Médicaux S-2019-01-2019
Interdiction des Armes Chimiques R-2013-03-2013
Interruption médicale de grossesse S-1970-01-2018
Interventions Médiatiques Promotionnelles des Médecins S-2015-07-2015

Intimidation et le harcèlement au sein de la profession S-2017-01-2017
Investigations Médico-légales des Personnes Disparues S-2003-01-2013
Isolement Cellulaire S-2014-03-2019

[J]

Journée Annuelle de l'Ethique Médicale R-2003-01-2013

[L]

Législation contre l'Avortement au Nicaragua R-2009-01-2019
Liberté de Participer aux Réunions Médicales S-1984-02-1984
Lisbonne (Droits du Patient) D-1981-01-2015
Lutte contre l'exploitation dans le cadre des adoptions S-2017-06-2017

[M]

Madrid (Régulation assurée par la Profession) D-2009-02-2009
Main d'Oeuvre Médicale R-1998-04-2009
Maladie Fongique S-2013-01-2013
Maladie Virale Ebola R-2014-01-2014
Maladies Chroniques S-2011-01-2011
Malte (Grévistes de la Faim) D-1991-01-2017
Mauvais Traitements des Personnes Agées (Hong Kong) D-1989-01-2015
Mauvais Traitements et Négligence envers les Enfants S-1984-01-2017
Médecine Sportive D-1981-02-2010
Médecine Vétérinaire R-2008-03-2008
Médecins et Entreprises Commerciales S-2004-02-2009
Médecins et Pharmaciens dans le Cadre du Traitement Pharmacologique S-1999-02-2010
Médecins reconnus coupables de génocide ou crimes S-1997-02-2018
Medias Sociaux S-2011-05-2011
Médicaments biosimilaires S-2018-01-2018
Mercure S-2008-02-2018
Migrations R-2018-01-2018
Montevideo (Préparation aux Catastrophes) D-2011-01-2011
Mutilation Génitale Féminine S-1993-02-2016

[N]

Nécessité pour Tous de recevoir des Informations de Santé S-2019-03-2019
Non Discrimination vis-à-vis des Médecins S-1985-01-2015

Non-Commercialisation des Eléments Humains de Reproduction R-2003-03-2014
Normalisation dans la Pratique Medicale et la Securite du Patient R-2013-04-2013

[O]

Obésité S-2006-03-2016
Obésité des enfants S-2016-05-2016
Ottawa (Santé des Enfants) D-1998-01-2009

[P]

Pandémie de Grippe Aviaire S-2006-02-2018
Papillomavirus Humain S-2013-02-2013
Patients atteints de Maladies Mentales S-1995-02-2015
Peine Capitale R-2018-02-2018
Peine de Mort S-2013-05-2013
Personnes Transsexuelles S-2015-05-2015
Phase Terminale de la Maladie (Venise) D-1983-01-2006
Place des femmes dans la médecine S-2018-03-2018
Pollution de l'air S-2014-02-2014
Pollution Sonore S-1992-05-2017
Pologne R-2017-01-2017
Préparation aux Catastrophes (Monteviseo) D-2011-01-2011
Prescription de Medicaments R-2010-01-2010
Produits dérivés du Tabac et les Risques pour la Santé S-1988-05-2011
Professeur Cyril Karabus R-2012-04-2012
Programme des écoles de médecine dans le monde R-1999-01-2015
Protection des Intérêts du Patient S-1993-03-2016
Protection du Personnel de Santé D-2014-01-2014
Protection et l'Integrite du Personnel Medical S-2011-03-2011

[Q]

Questions Environnnementales S-1988-04-2016
Quality Assurance in Basic Medical Education D-2017-01-2017

[R]

Recherche Médicale impliquant les Etres Humains (Helsinki) D-1964-01-2013
Recherche sur les Cellules Souches Embryonnaires S-2009-02-2009

Recommandations de l'OMS sur l'Emploi d'Opiacés R-2019-02-2019
Recrutement des Médecins S-2003-03-2014
Réforme sur la Responsabilité Médicale S-2005-04-2015
Réfugiés et les Migrants R-2016-01-2016
Refuser la Torture (Hambourg) D-1997-02-2017
Régulation assurée par la Profession (Madrid) D-2009-02-2019
Résistance aux Antimicrobiens S-1996-01-2019

[S]

Sanctions ou Boycotts Académiques R-1988-01-2015
Santé des Enfants (Ottawa) D-1998-01-2009
Santé et la sécurité au travail et dans l'environnement R-2016-02-2016
Santé et la Sécurité des Travailleurs Migrants au Qatar R-2014-02-2014
Santé en Turquie R-2015-01-2015
Santé Mobile S-2015-01-2015
Santé Publique S-1995-04-2016
Sécurité des Enfants pendant les Voyages en Avion R-2006-02-2016
Sécurite des Injections dans les Soins de Santé S-2002-01-2012
Sécurité du Patient D-2002-03-2012
Séoul (Autonomie Professionnelle et l'Indépendance Clinique) D-2008-01-2008
Situation Soins de Santé en Syrie R-2013-02-2013
Soins Médicaux aux Refugiés S-1998-02-2010
Soins Médicaux en Fin de Vie D-2011-02-2011
Soutien à l'AMB R-2013-05-2013
Stérilisation Forcée et Contrainte S-2012-03-2012
Stages de médecine dans le monde S-2016-04-2016
Substitution des Médicaments S-2005-02-2015
Suicide et Adolescents S-1991-01-2016
Suivre la mise en œuvre de la Déclaration de Tokyo S-2011-02-2011
Sydney (Détermination de la Mort) D-1968-01-2016

[T]

Tabac-OMS FCTC R-2005-01-2016
Technologies de Procréation Assistée S-2006-01-2006
Technologies Medicales Innovantes D-2002-04-2012
Télémédecine S-2007-02-2018

Télésanté S-2009-04-2009
Thérapeutique du cannabis S-2017-03-2017
Tokyo (Détention et Emprisonnement) D-1975-01-2006
Tourisme médical S-2018-04-2018
Traitements Esthétiques S-2014-01-2014
Traitements Anti-Douleurs Appropries..... R-2011-01-2011
Transfert de Tâches R-2009-03-2019
Tuberculose R-2006-05-2017

[U]

Urgence Climatique R-2019-01-2019
Utilisation Abusive de la Psychiatrie R-2002-05-2012
Utilisation des Animaux dans la Recherche Biomédicale S-1989-01-2016

[V]

Variante Naturelle de la Sexualité Humaine S-2013-03-2013
Venise (Phase Terminale de la Maladie) D-1983-01-2006
Victimes de la Torture S-2013-04-2013
Vieillissement S-2016-01-2016
VIH/SIDA et la Profession Médicale S-2006-03-2017
Violence à l'encontre des Femmes et des Jeunes Filles R-2010-02-2010
Violence dans la Famille S-1996-02-2010
Violence dans le Secteur de la Santé S-2012-06-2012
Violence et Santé S-2003-04-2019
Virus Ebola R-2014-03-2014
Voyages en Avion R-2006-01-2017

[W]

Washington (Armes Biologiques) D-2002-01-2012
WFME R-2004-01-2014

DÉCLARATION DE GENÈVE

Adoptée par la 2e Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale,
Genève, Suisse, Septembre 1948
et amendée par la 22e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968
et la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
et la 46e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994
et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et par la 173e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006
et amendée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

Le Serment du médecin

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

CODE INTERNATIONAL D'ÉTHIQUE MÉDICALE DE L'AMM

Adopté par la 3e Assemblée Générale de l'AMM, Londres, Grande-Bretagne, Octobre 1949
et amendé par les 22e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968
et la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
et la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006

DEVOIRS GÉNÉRAUX DES MÉDECINS

LE MÉDECIN DEVRA toujours exercer son jugement professionnel de manière indépendante et respecter les plus hautes normes en matière de conduite professionnelle.

LE MÉDECIN DEVRA respecter le droit d'un patient jouissant de ses capacités d'accepter ou de refuser un traitement.

LE MÉDECIN NE DEVRA PAS pas se laisser influencer dans son jugement par un profit personnel ou une discrimination injuste.

LE MÉDECIN DEVRA se consacrer en toute indépendance professionnelle et morale à la prestation de soins compétents avec compassion et respect pour la dignité humaine.

LE MÉDECIN DEVRA être honnête avec ses patients et ses collègues et signaler aux autorités compétentes les médecins dont la pratique est dépourvue d'éthique et de compétences ou qui ont recours à la fraude et à la tromperie.

LE MÉDECIN NE DEVRA PAS profiter d'avantages financiers ou autres uniquement pour avoir adressé des patients ou prescrit des produits spécifiques.

LE MÉDECIN DEVRA respecter les droits et préférences des patients, des confrères et des autres professionnels de santé.

LE MÉDECIN DEVRA être conscient de son rôle important en matière d'éducation du public mais devra faire preuve de la prudence requise lorsqu'il divulguera des découvertes, des nouvelles techniques ou de nouveaux traitements par un canal non professionnel.

LE MÉDECIN DEVRA certifier uniquement ce qu'il a personnellement vérifié.

LE MÉDECIN DEVRA s'efforcer d'utiliser de la meilleure façon possible les ressources de santé afin d'en faire bénéficier les patients et leurs communautés.

LE MÉDECIN DEVRA chercher à se faire soigner correctement s'il souffre de maladie mentale ou physique.

LE MÉDECIN DEVRA respecter les codes d'éthique régionaux et nationaux.

DEVOIRS DU MÉDECIN ENVERS SES PATIENTS

LE MÉDECIN DEVRA toujours avoir à l'esprit son obligation de respecter la vie humaine.

LE MÉDECIN DEVRA agir dans le meilleur intérêt du patient lorsqu'il délivrera des soins.

LE MÉDECIN DEVRA faire preuve de la plus complète loyauté envers ses patients et leur faire profiter de toutes les ressources scientifiques dont il dispose. Lorsqu'un examen ou un traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter ou adresser le patient à un autre médecin disposant des compétences nécessaires.

LE MÉDECIN DEVRA respecter le droit du patient à la confidentialité. Il est conforme à l'éthique de divulguer des informations confidentielles lorsque le patient y consent ou lorsqu'il existe une menace dangereuse réelle et imminente pour le patient ou les autres et que cette menace ne peut être éliminée e qu'en rompant la confidentialité.

LE MÉDECIN DEVRA considérer les soins d'urgence comme un devoir humanitaire à moins d'avoir la certitude que d'autres sont prêts et capables d'apporter ces soins.

LE MÉDECIN DEVRA dans les situations où il agit pour une tierce partie, s'assurer que le patient est totalement informé de la situation.

LE MÉDECIN NE DEVRA PAS avoir de relations sexuelles avec un patient qu'il traite ou une relation de nature abusive ou manipulatrice.

DEVOIRS DU MÉDECIN ENVERS SES COLLÈGUES

LE MÉDECIN DEVRA avoir envers ses collègues le même comportement que celui qu'il attend d'eux envers lui.

LE MÉDECIN NE DEVRA PAS saper la relation patient-médecin des confrères afin d'attirer des patients.

LE MÉDECIN DEVRA lorsque cela s'avère médicalement nécessaire, communiquer avec ses collègues impliqués dans les soins du même patient. Cette communication doit respecter la confidentialité concernant le patient et se limiter aux informations nécessaires.

DÉCLARATION D'HELSINKI DE L'AMM

- PRINCIPES ÉTHIQUES APPLICABLES À LA RECHERCHE MÉDICALE IMPLIQUANT DES ÊTRES HUMAINS -

Adoptée par la 18e Assemblée générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Juin 1964
et amendée par les:
29e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Japon, Octobre 1975
35e Assemblée générale de l'AMM, Venise, Italie, Octobre 1983
41e Assemblée générale de l'AMM, Hong Kong, Septembre 1989
48e Assemblée générale de l'AMM, Somerset West, Afrique du Sud, Octobre 1996
52e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, Octobre 2000
53e Assemblée générale de l'AMM, Washington DC, Etats Unis, 2002
(ajout d'une note de clarification pour le paragraphe 29)
55e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Japon 2004
(ajout d'une note de clarification concernant le paragraphe 30)
59e Assemblée générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
64e Assemblée générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PRÉAMBULE

1. L'Association Médicale Mondiale (AMM) a élaboré la Déclaration d'Helsinki comme un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables.

   La Déclaration est conçue comme un tout indissociable. Chaque paragraphe doit être appliqué en tenant compte de tous les autres paragraphes pertinents.

2. Conformément au mandat de l'AMM, cette Déclaration s'adresse en priorité aux médecins. L'AMM invite cependant les autres personnes engagées dans la recherche médicale impliquant des êtres humains à adopter ces principes.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

3. La Déclaration de Genève de l'AMM engage les médecins en ces termes: « La santé de mon patient prévaudra sur toutes les autres considérations » et le Code International d'Ethique Médicale déclare qu'un « médecin doit agir dans le meilleur intérêt du patient lorsqu'il le soigne ».

4. Le devoir du médecin est de promouvoir et de sauvegarder la santé, le bien être et les droits des patients, y compris ceux des personnes impliquées dans la recherche médicale. Le médecin consacre son savoir et sa conscience à l'accomplissement de ce devoir.

5. Le progrès médical est basé sur la recherche qui, en fin de compte, doit impliquer des êtres humains.

6. L'objectif premier de la recherche médicale impliquant des êtres humains est de comprendre les causes, le développement et les effets des maladies et d'améliorer les interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques (méthodes, procédures et traitements). Même les meilleures interventions éprouvées doivent être évaluées en permanence par des recherches portant sur leur sécurité, leur efficacité, leur pertinence, leur accessibilité et leur qualité.

7. La recherche médicale est soumise à des normes éthiques qui promeuvent et assurent le respect de tous les êtres humains et qui protègent leur santé et leurs droits.

8. Si l'objectif premier de la recherche médicale est de générer de nouvelles connaissances, cet objectif ne doit jamais prévaloir sur les droits et les intérêts des personnes impliquées dans la recherche.

9. Il est du devoir des médecins engagés dans la recherche médicale de protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'auto-détermination, la vie privée et la confidentialité des informations des personnes impliquées dans la recherche. La responsabilité de protéger les personnes impliquées dans la recherche doit toujours incomber à un médecin ou à un autre professionnel de santé et jamais aux personnes impliquées dans la recherche même si celles-ci ont donné leur consentement.

10. Dans la recherche médicale impliquant des êtres humains, les médecins doivent tenir compte des normes et standards éthiques, légaux et réglementaires applicables dans leur propre pays ainsi que des normes et standards internationaux. Les protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche ne peuvent être restreintes ou exclues par aucune disposition éthique, légale ou réglementaire, nationale ou internationale.

11. La recherche médicale devrait être conduite de sorte qu'elle réduise au minimum les nuisances éventuelles à l'environnement.

12. La recherche médicale impliquant des êtres humains doit être conduite uniquement par des personnes ayant acquis une éducation, une formation et des qualifications appropriées en éthique et en science. La recherche impliquant des patients ou des volontaires en bonne santé nécessite la supervision d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé qualifié et compétent.

13. Des possibilités appropriées de participer à la recherche médicale devraient être offertes aux groupes qui y sont sous-représentés.

14. Les médecins qui associent la recherche médicale à des soins médicaux devraient impliquer leurs patients dans une recherche uniquement dans la mesure où elle se justifie par sa valeur potentielle en matière de prévention, de diagnostic ou de traitement et si les médecins ont de bonnes raisons de penser que la participation à la recherche ne portera pas atteinte à la santé des patients concernés.

15. Une compensation et un traitement adéquats doivent être garantis pour les personnes qui auraient subi un préjudice en raison de leur participation à une recherche.

RISQUES, CONTRAINTES ET AVANTAGES

16. Dans la pratique médicale et la recherche médicale, la plupart des interventions comprennent des risques et des inconvénients.

    Une recherche médicale impliquant des êtres humains ne peut être conduite que si l'importance de l'objectif dépasse les risques et inconvénients pour les personnes impliquées.

17. Toute recherche médicale impliquant des êtres humains doit préalablement faire l'objet d'une évaluation soigneuse des risques et des inconvénients prévisibles pour les personnes et les groupes impliqués, par rapport aux bénéfices prévisibles pour eux et les autres personnes ou groupes affectés par la pathologie étudiée.

    Toutes les mesures destinées à réduire les risques doivent être mises en œuvre. Les risques doivent être constamment surveillés, évalués et documentés par le chercheur.

18. Les médecins ne peuvent pas s'engager dans une recherche impliquant des êtres humains sans avoir la certitude que les risques ont été correctement évalués et pourront être gérés de manière satisfaisante.

    Lorsque les risques s'avèrent dépasser les bénéfices potentiels ou dès l'instant où des conclusions définitives ont été démontrées, les médecins doivent évaluer s'ils continuent, modifient ou cessent immédiatement une recherche.

POPULATIONS ET PERSONNES VULNÉRABLES

19. Certains groupes ou personnes faisant l'objet de recherches sont particulièrement vulnérables et peuvent avoir une plus forte probabilité d'être abusés ou de subir un préjudice additionnel.

    Tous les groupes et personnes vulnérables devraient bénéficier d'une protection adaptée.

20. La recherche médicale impliquant un groupe vulnérable se justifie uniquement si elle répond aux besoins ou aux priorités sanitaires de ce groupe et qu'elle ne peut être effectuée sur un groupe non vulnérable. En outre, ce groupe devrait bénéficier des connaissances, des pratiques ou interventions qui en résultent.

EXIGENCES SCIENTIFIQUES ET PROTOCOLES DE RECHERCHÉ

21. La recherche médicale impliquant des êtres humains doit se conformer aux principes scientifiques généralement acceptés, se baser sur une connaissance approfondie de la littérature scientifique, sur d'autres sources pertinentes d'informations et sur des expériences appropriées en laboratoire et, le cas échéant, sur les animaux. Le bien être des animaux utilisés dans la recherche doit être respecté.

22. La conception et la conduite de toutes les recherches impliquant des êtres humains doivent être clairement décrites et justifiées dans un protocole de recherche.

    Ce protocole devrait contenir une déclaration sur les enjeux éthiques en question et indiquer comment les principes de la présente Déclaration ont été pris en considération. Le protocole devrait inclure des informations concernant le financement, les promoteurs, les affiliations institutionnelles, les conflits d'intérêts potentiels, les incitations pour les personnes impliquées dans la recherche et des informations concernant les mesures prévues pour soigner et/ou dédommager celles ayant subi un préjudice en raison de leur participation à la recherche.

    Dans les essais cliniques, le protocole doit également mentionner les dispositions appropriées prévues pour l'accès à l'intervention testée après l'essai clinique.

COMITÉS D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

23. Le protocole de recherche doit être soumis au comité d'éthique de la recherche concerné pour évaluation, commentaires, conseils et approbation avant que la recherche ne commence. Ce comité doit être transparent dans son fonctionnement, doit être indépendant du chercheur, du promoteur et de toute autre influence indue et doit être dûment qualifié. Il doit prendre en considération les lois et réglementations du ou des pays où se déroule la recherche, ainsi que les normes et standards internationaux, mais ceux-ci ne doivent pas permettre de restreindre ou exclure l'une des protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche.
    Le comité doit avoir un droit de suivi sur les recherches en cours. Le chercheur doit fournir au comité des informations sur le suivi, notamment concernant tout évènement indésirable grave. Aucune modification ne peut être apportée au protocole sans évaluation et approbation par le comité. A la fin de la recherche, les chercheurs doivent soumettre au comité un rapport final contenant un résumé des découvertes et des conclusions de celle-ci.

VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ

24. Toutes les précautions doivent être prises pour protéger la vie privée et la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes impliquées dans la recherche.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

25. La participation de personnes capables de donner un consentement éclairé à une recherche médicale doit être un acte volontaire. Bien qu'il puisse être opportun de consulter les membres de la famille ou les responsables de la communauté, aucune personne capable de donner un consentement éclairé ne peut être impliquée dans une recherche sans avoir donné son consentement libre et éclairé.

26. Dans la recherche médicale impliquant des personnes capables de donner un consentement éclairé, toute personne pouvant potentiellement être impliquée doit être correctement informée des objectifs, des méthodes, des sources de financement, de tout éventuel conflit d'intérêts, des affiliations institutionnelles du chercheur, des bénéfices escomptés et des risques potentiels de la recherche, des désagréments qu'elle peut engendrer, des mesures qui seront prises après à l'essai clinique et de tout autre aspect pertinent de la recherche. La personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche doit être informée de son droit de refuser d'y participer ou de s'en retirer à tout moment sans mesure de rétorsion. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins d'informations spécifiques de chaque personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche ainsi qu'aux méthodes adoptées pour fournir les informations. Lorsque le médecin ou une autre personne qualifiée en la matière a la certitude que la personne concernée a compris les informations, il doit alors solliciter son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit. Si le consentement ne peut pas être donné par écrit, le consentement non écrit doit être formellement documenté en présence d'un témoin.

    Toutes les personnes impliquées dans des recherches médicales devraient avoir le choix d'être informées des conclusions générales et des résultats de celles-ci.

27. Lorsqu'il sollicite le consentement éclairé d'une personne pour sa participation à une recherche, le médecin doit être particulièrement attentif lorsque cette dernière est dans une relation de dépendance avec lui ou pourrait donner son consentement sous la contrainte. Dans ce cas, le consentement éclairé doit être sollicité par une personne qualifiée en la matière et complètement indépendante de cette relation.

28. Lorsque la recherche implique une personne incapable de donner un consentement éclairé, le médecin doit solliciter le consentement éclairé de son représentant légal.

Les personnes incapables ne doivent pas être incluses dans une recherche qui n'a aucune chance de leur être bénéfique sauf si celle-ci vise à améliorer la santé du groupe qu'elles représentent, qu'elle ne peut pas être réalisée avec des personnes capables de donner un consentement éclairé et qu'elle ne comporte que des risques et des inconvénients minimes.

29. Lorsqu'une personne considérée comme incapable de donner un consentement éclairé est en mesure de donner son assentiment concernant sa participation à la recherche, le médecin doit solliciter cet assentiment en complément du consentement de son représentant légal. Le refus de la personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche devrait être respecté.

30. La recherche impliquant des personnes physiquement ou mentalement incapables de donner leur consentement, par exemple des patients inconscients, peut être menée uniquement si l'état physique ou mental empêchant de donner un consentement éclairé est une caractéristique nécessaire du groupe sur lequel porte cette recherche.

    Dans de telles circonstances, le médecin doit solliciter le consentement éclairé du représentant légal. En l'absence d'un représentant légal et si la recherche ne peut pas être retardée, celle-ci peut être lancée sans le consentement éclairé. Dans ce cas, le protocole de recherche doit mentionner les raisons spécifiques d'impliquer des personnes dont l'état les rend incapables de donner leur consentement éclairé et la recherche doit être approuvée par le comité d'éthique de la recherche concerné. Le consentement pour maintenir la personne concernée dans la recherche doit, dès que possible, être obtenu de la personne elle-même ou de son représentant légal.

31. Le médecin doit fournir des informations complètes au patient sur la nature des soins liés à la recherche. Le refus d'un patient de participer à une recherche ou sa décision de s'en retirer ne doit jamais nuire à la relation patient-médecin.

32. our la recherche médicale utilisant des tissus ou des données d'origine humaine, telles que les recherches sur tissus et données contenues dans les biobanques ou des dépôts similaires, les médecins doivent solliciter le consentement éclairé pour leur analyse, stockage et/ou réutilisation. Il peut se présenter des situations exceptionnelles où il est impraticable, voire impossible d'obtenir le consentement. Dans de telles situations, la recherche peut être entreprise uniquement après évaluation et approbation du comité d'éthique de la recherche concerné.

UTILISATION DE PLACEBO

33. Les bénéfices, les risques, les inconvénients, ainsi que l'efficacité d'une nouvelle intervention doivent être testés et comparés à ceux des meilleures interventions avérées, sauf dans les circonstances suivantes:

lorsqu'il n'existe pas d'intervention avérée, l'utilisation de placebo, ou la non intervention, est acceptable ; ou

lorsque pour des raisons de méthodologie incontournables et scientifiquement fondées l'utilisation de toute intervention moins efficace que la meilleure éprouvée, l'utilisation d'un placebo, ou la non intervention, est nécessaire afin de déterminer l'efficacité ou la sécurité d'une intervention,

et lorsque les patients recevant une intervention moins efficace que la meilleure éprouvée, un placebo, ou une non intervention, ne courent pas de risques supplémentaires de préjudices graves ou irréversibles du fait de n'avoir pas reçu la meilleure intervention éprouvée.

Le plus grand soin doit être apporté afin d'éviter tout abus de cette option

CONDITIONS DE L'ACCÈS À L'INTERVENTION TESTÉE APRÈS L'ESSAI CLINIQUE

34. En prévision d'un essai clinique, les promoteurs, les chercheurs et les gouvernements des pays d'accueil devraient prévoir des dispositions pour que tous les participants qui ont encore besoin d'une intervention identifiée comme bénéfique dans l'essai puissent y accéder après celui-ci. Cette information doit également être communiquée aux participants au cours du processus de consentement éclairé.

ENREGISTREMENT DES RECHERCHES, PUBLICATION ET DISSÉMINATION DES RÉSULTATS

35. Toute recherche impliquant des êtres humains doit être enregistrée dans une banque de données accessible au public avant que ne soit recrutée la première personne impliquée dans la recherche.

36. Les chercheurs, auteurs, promoteurs, rédacteurs et éditeurs ont tous des obligations éthiques concernant la publication et la dissémination des résultats de la recherche. Les chercheurs ont le devoir de mettre à la disposition du public les résultats de leurs recherches impliquant des êtres humains. Toutes les parties ont la responsabilité de fournir des rapports complets et précis. Ils devraient se conformer aux directives acceptées en matière d'éthique pour la rédaction de rapports. Les résultats aussi bien négatifs et non concluants que positifs doivent être publiés ou rendus publics par un autre moyen. La publication doit mentionner les sources de financement, les affiliations institutionnelles et les conflits d'intérêts. Les rapports de recherche non-conformes aux principes de la présente Déclaration ne devraient pas être acceptés pour publication.

INTERVENTIONS NON AVÉRÉES DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

37. Dans le cadre du traitement d'un patient, faute d'interventions avérées ou faute d'efficacité de ces interventions, le médecin, après avoir sollicité les conseils d'experts et

avec le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal, peut recourir à une intervention non avérée si, selon son appréciation professionnelle, elle offre une chance de sauver la vie, rétablir la santé ou alléger les souffrances du patient. Cette intervention devrait par la suite faire l'objet d'une recherche pour en évaluer la sécurité et l'efficacité. Dans tous les cas, les nouvelles informations doivent être enregistrées et, le cas échéant, rendues publiques.

* Les typos du paragraphe 26 et 32 ont été corrigés par le secretariat de l'AMM le 27 juin 2014.

REVISION DE LA DÉCLARATION DE SYDNEY DE L'AMM SUR LA DÉTERMINATION DE LA MORT ET LE PRÉLÈVEMENT DES ORGANES

Adoptée par la 22e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968
et amendée par la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
et la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et révisée par la 67e Assemblée générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

La mort peut être déterminée sur la base d'un arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau complet, y compris du tronc cérébral ou d'un arrêt irréversible des fonctions circulatoires et respiratoires. Ce bilan sera basé sur un jugement clinique conformément aux critères existants, si nécessaire au moyen de procédures de diagnostic standard effectuées par un médecin.

Même sans intervention, l'activité des cellules, des organes et des tissus organiques peut éventuellement se poursuivre après que la mort ait été constatée. L'arrêt de toute forme de vie au niveau cellulaire n'est pas un critère nécessaire pour déterminer la mort.

L'utilisation des organes des donneurs décédés à des fins de transplantation a rendu important pour les médecins le fait d'être capable de déterminer le moment où les patients mécaniquement assistés sont décédés.

Après le décès, il est permis de maintenir mécaniquement la circulation vers les organes et les tissus du corps. Cette technique peut être utilisée pour préserver les organes et les tissus destinés à être transplantés.

Avant la transplantation post-mortem, la mort doit être déterminée par un médecin qui en aucun cas n'est immédiatement impliqué dans la procédure de transplantation.

La détermination du moment de la mort permettra du point de vue éthique, de cesser tous les traitements et les efforts de réanimation et de faire le prélèvement des organes si tant est que les conditions légales en matière de consentement et les autres critères éthiques soient réunis. Les médecins devraient suivre le protocole sur le don d'organes pour les donneurs décédés comme le stipule la Prise de position de l'AMM sur le don d'organes et de tissus.

DÉCLARATION DE TOKYO DE L'AMM

- DIRECTIVES À L'INTENTION DES MÉDECINS EN CE QUI CONCERNE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS EN RELATION AVEC LA DÉTENTION OU L'EMPRISONNEMENT -

Adoptée par la 29e Assemblée Médicale Mondiale, Tokyo, Japon, Octobre 1975
et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
par la 173e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006
et la 67e Assemblée générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PRÉAMBULE

Le médecin a le privilège d'exercer son art pour servir l'humanité. Il doit conserver et rétablir la santé physique et mentale pour tous, sans discrimination, consoler et soulager ses patients. Le médecin doit garder le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace et ne devra pas faire usage de ses connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Dans cette déclaration, la torture est définie comme les souffrances physiques ou mentales infligées à un certain degré, délibérément, systématiquement ou sans motif apparent, par une ou plusieurs personnes agissant de leur propre chef ou sous l'ordre d'une autorité pour obtenir par la force des informations, une confession ou pour toute autre raison.

DÉCLARATION

1. Le médecin ne devra jamais assister, participer ou admettre les actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants, quels que soient la faute commise, l'accusation, les croyances ou les motifs de la victime, dans toutes situations, ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé.

2. Le médecin ne devra jamais fournir les locaux, instruments, substances, ou faire état de ses connaissances pour faciliter l'emploi de la torture ou autre procédé cruel, inhumain ou dégradant ou affaiblir la résistance de la victime à ces traitements.

3. Dans le cadre de l'assistance médicale qu'ils fournissent aux détenus ou aux prisonniers qui sont ou pourraient ultérieurement être soumis à des interrogatoires, les médecins doivent tout particulièrement veiller à la confidentialité de toutes les informations médicales personnelles. Toute infraction à la Convention de Genève doit être systématiquement signalée par le médecin aux autorités compétentes.

4. Comme l'indique la Résolution de l'AMM sur la responsabilité des médecins dans la

documentation et la dénonciation des actes de torture ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants et en tant qu'exception à la confidentialité professionnelle, les médecins ont l'obligation éthique de signaler les abus, si possible avec le consentement du sujet, mais dans certaines circonstances lorsque la victime est dans l'incapacité de s'exprimer librement, sans consentement explicite.

5. Dans toute la mesure du possible, le médecin ne devra pas utiliser ni permettre que soient utilisées ses connaissances ou compétences médicales ou des informations de santé spécifiques aux personnes, pour faciliter ou sinon contribuer à un interrogatoire, légal ou illégal, de ces personnes.

6. Le médecin ne devra jamais être présent lorsque le détenu est menacé ou soumis à la torture ou à toute autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant.

7. Le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale. Le rôle fondamental du médecin est de soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif.

8. Lorsqu'un prisonnier refuse toute nourriture et que le médecin estime que celui-ci est en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait son refus de se nourrir, il ne devra pas être alimenté artificiellement, tel que le stipule la Déclaration de Malte de l'AMM sur les grévistes de la faim. La décision en ce qui concerne la capacité du prisonnier à exprimer un tel jugement devra être confirmée par au moins un deuxième médecin indépendant. Le médecin devra expliquer au prisonnier les conséquences que sa décision de ne pas se nourrir pourraient avoir sur sa santé.

9. Rappelant la Déclaration d'Hambourg concernant le soutien des médecins refusant de participer ou de fermer les yeux sur l'usage de la torture ou d'autres formes de traitement cruel, inhumain ou dégradant, L'Association Médicale Mondiale soutient et encourage la communauté internationale, les Associations Médicales Nationales et tous les médecins à soutenir le médecin et sa famille qui feraient l'objet de représailles ou menaces pour avoir refusé d'accepter que des moyens de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants soient employés.

10. L'Association Médicale Mondiale lance un appel aux Associations Médicales Nationales pour encourager les médecins à poursuivre leur formation professionnelle et leur éducation sur les droits humains.

DÉCLARATION DE LISBONNE DE L'AMM SUR LES DROITS DU PATIENT

Adoptée par la 34e Assemblée Médicale Mondiale, Lisbonne, Portugal, Septembre/Octobre 1981
et amendée par la 47e Assemblée générale, Bali, Indonésie, Septembre 1995
et révisée par la 171e Session du Conseil, Santiago, Chili, Octobre 2005
et réaffirmée par la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015

PREAMBULE

La relation médecin-patient-société a ces derniers temps connu des changements importants. Si le médecin doit continuer à agir selon sa conscience et dans le meilleur intérêt du patient, il devra également faire son possible pour garantir autonomie et justice au patient. La déclaration suivante présente quelques-uns des droits de principes du patient que la profession médicale approuve et soutient. Les médecins et autres personnes ou organismes concernés par la prestation des soins de santé ont la responsabilité conjointe de reconnaître et de défendre ces droits. Lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer.

PRINCIPES

1. Le droit à des soins médicaux de qualité

    a. Toute personne a le droit de recevoir, sans aucune discrimination, des soins médi-caux appropriés.

    b. Le patient a le droit d'être traité par un médecin dont il sait qu'il peut porter un jugement clinique et éthique sans pression extérieure.

    c. Le patient sera toujours traité dans le respect de son meilleur intérêt. L'application du traitement sera conforme aux principes médicaux généralement approuvés.

    d. La garantie de la qualité doit toujours faire partie intégrante des soins de santé. Les médecins, en particulier, devraient accepter la responsabilité d'être les dépositaires de cette qualité.

    e. Lorsque les circonstances demandent de sélectionner des patients potentiels pour un traitement dont la prestation est limitée, ces patients ont droit à ce que la procédure de sélection utilisée soit régulière. Ce choix doit se faire sur la base de critères médicaux et sans discrimination.

f. Le patient a droit à un suivi des soins. Le médecin a l'obligation de coopérer à la coordination des prescriptions médicales avec les autres pourvoyeurs de santé traitant le patient. Le médecin ne doit pas interrompre le traitement du patient, tant qu'il existe une prescription médicale qui demande de le poursuivre, sans lui donner l'assistance et les informations nécessaires qui lui permettent d'envisager d'autres soins.

2. Le droit à la liberté de choix

   a. Le patient a le droit de choisir et de changer librement de médecin, d'hôpital ou d'établissement de soins de santé, sans se préoccuper de savoir s'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé.

   b. Le patient a le droit de demander à tout moment l'avis d'un autre médecin.

3. Le droit de decision

   a. Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant. Le médecin l'informera des conséquences de ses décisions.

   b. Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement.

   c. Le patient a le droit de refuser de participer à la recherche ou l'enseignement de la médecine.

4. Le patient inconscient

   a. Si le patient est inconscient ou incapable d'exprimer sa volonté, le consentement éclairé doit être obtenu d'un représentant légal.

   b. Si en l'absence du représentant légal, il y a nécessité urgente d'intervention médicale, le consentement du patient sera présumé, à moins que sur la base d'une conviction ou ferme déclaration préalable, il ne soit évident et indéniable qu'il aurait, dans pareil cas, refusé l'intervention.

   c. Cependant, les médecins doivent toujours essayer de sauver la vie du patient inconscient à la suite d'une tentative de suicide.

5. Le patient légalement incapable

   a. Si le patient n'a pas encore atteint l'âge de la majorité ou s'il est légalement incapable, il est nécessaire d'avoir le consentement du représentant légal dans certaines juridictions. Néanmoins, le patient devra, dans toute la mesure du possible, prendre part aux décisions.

b. Lorsque le patient légalement incapable peut prendre des décisions rationnelles, celles-ci doivent être respectées, et il a le droit d'empêcher la révélation d'informations à son représentant légal.

c. Lorsque le représentant légal ou la personne autorisée par le patient refuse un traitement qui, de l'avis du médecin, s'avère être dans le meilleur intérêt du patient, le médecin devrait contester cette décision devant une institution légale ou autre appropriée. En cas d'urgence, le médecin agira dans le meilleur intérêt du patient.

6. L'emploi de méthodes contraires à la volonté du patient

Les méthodes de diagnostic ou de traitement contraires à la volonté du patient ne peuvent être employées qu'à titre exceptionnel, si elles sont expressément autorisées par la loi et si elles sont conformes aux principes d'éthique médicale.

7. Le droit à l'information

a. Le patient a le droit de recevoir l'information le concernant contenue dans le dossier médical et d'être pleinement informé sur son état de santé, y compris des données médicales se rapportant à son état. Cependant, les informations confidentielles concernant un tiers ne seront pas révélées sans le consentement de ce dernier.

b. Exceptionnellement, l'information pourra ne pas être communiquée au patient lorsqu'il y a de bonnes raisons de croire qu'elle constitue un danger pour sa vie ou sa santé.

c. L'information doit être donnée de manière à respecter la culture du patient et à être comprise par le patient.

d. Le patient a, sur sa demande expresse, le droit de ne pas être informé, à moins que la protection de la vie d'une autre personne ne l'exige.

e. Le patient a, le cas échéant, le droit de choisir la personne qui devra être informée sur son sujet.

8. Le droit au secret professionnel

a. Toute information identifiable concernant l'état de santé, les circonstances médicales, le diagnostic, le pronostic, le traitement du patient et toute autre information le concernant en propre, doit rester confidentielle, même après sa mort. Exceptionnellement, les descendants peuvent avoir un droit d'accès aux informations susceptibles de révéler les risques qu'ils encourent pour leur santé.

b. L'information confidentielle ne peut être divulguée qu'à la condition expresse que le patient en donne le consentement ou qu'à condition que la loi l'autorise expressément. Elle ne peut être divulguée aux autres pourvoyeurs de santé que sur la base du "besoin de savoir" à moins que la patient n'en donne son consentement explicite.

c. Toutes les données identifiables concernant le patient doivent être protégées. Cette protection doit correspondre à leur forme de stockage. Les substances humaines à partir desquelles ces données sont identifiables doivent être également protégées.

9. Le droit à l'information sur l'éducation de la santé

Toute personne a droit à une éducation sanitaire lui permettant de prendre une décision éclairée sur sa santé et les services de santé disponibles. Cet enseignement devra notamment apporter des informations sur les différents modes de vie saine et sur les moyens de prévention et de dépistage précoce des maladies. La responsabilité de chacun envers sa santé devra aussi être soulignée. Les médecins ont l'obligation de prendre part aux actions éducatives.

10. Le droit à la dignité

a. La dignité et le droit à la vie privée du patient, en matière de soins comme d'enseignement, seront à tout moment respectés.

b. Le patient a droit à ce que le mode d'apaisement de ses souffrances soit conforme à l'état actuel des connaissances.

c. Le patient en phase terminale a le droit d'être traité avec humanité et de recevoir toute l'aide disponible pour que sa mort soit aussi digne et confortable que possible.

11. Le droit à l'assistance religieuse

Le patient a le droit de recevoir ou de refuser une aide spirituelle et morale, y compris celle d'un ministre représentant la religion de son choix.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LES PRINCIPES RÉGISSANT LES SOINS DE SANTÉ EN MÉDECINE SPORTIVE

Adoptée par la 34e Assemblée Médicale Mondiale, Lisbonne, Portugal, Septembre/Octobre 1981
et amendée par les 39e Assemblée Médicale Mondiale, Madrid, Espagne, Octobre 1987
45e Assemblée Médicale Mondiale, Budapest, Hongrie, Octobre 1993
et 51e Assemblée Médicale Mondiale, Tel Aviv, Israël, Octobre 1999
et réaffirmée par la 185e Session du Conseil l'AMM, Evian les Bains, France, Mai 2010

Consciente du rôle des médecins en médecine du sport, l'AMM, reconnaissant les circonstances particulières dans lesquelles les soins et les conseils sont donnés, recommande les directives éthiques suivantes afin de les aider à répondre aux besoins des athlètes.

1. Le médecin chargé de la surveillance médicale des athlètes a le devoir déontologique de tenir compte des exigences particulières à la fois physiques et mentales qui sont imposées à ces athlètes par les performances requises à l'occasion des activités sportives.

2. Chez l'enfant ou l'adolescent qui pratique un sport, le médecin doit considérer en priorité la formation et le développement du participant.

    1. Le médecin doit s'assurer que le degré de croissance et de développement de l'enfant, ainsi que son état de santé général, peuvent supporter les rigueurs de l'entraînement et de la compétition sans nuire à son développement physique et moral.

    2. Le médecin doit s'opposer à toute activité sportive ou athlétique incompatible avec le niveau de croissance et de développement de l'enfant ou avec son état de santé général. Le médecin doit agir dans le meilleur intérêt de la santé de l'enfant ou de l'adolescent nonobstant tous intérêts ou pressions de quelque nature qu'ils soient.

3. Lorsqu'il s'agit d'un athlète professionnel, le médecin doit porter une attention particulière aux directives de médecine du travail qui pourraient recevoir application.

4. Le médecin doit savoir que le recours aux pratiques de dopage1 constitue une violation du serment d'Hippocrate et des principes fondamentaux de la Déclaration de Genève de l'AMM qui affirme notamment "Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci". L'AMM estime que le dopage constitue une menace pour la santé des athlètes et des jeunes en général et qu'il est contraire aux principes d'éthique de la profession médicale. Le médecin doit donc refuser d'administrer ou de cautionner toutes pratiques ou méthodes contraires à l'éthique professionnelle ou suscep-

tibles de porter préjudice à l'athlète, notamment:

1. les procédés qui modifient artificiellement les composants ou les réactions chimiques du sang;
2. les médicaments ou autres substances, quelles qu'en soient la nature et la voie d'administration, y compris les médicaments qui stimulent ou abaissent l'activité fonctionnelle du système nerveux central et les méthodes qui modifient artificiellement les réflexes;
3. les interventions pharmacologiques susceptibles de modifier la volonté ou l'état mental général;
4. les procédés visant à dissimuler la douleur ou toute autre réaction symptomatique afin de permettre à l'athlète de participer à des épreuves malgré la présence de lésions ou symptômes venant contre-indiquer cette participation;
5. les modifications artificielles des caractéristiques propres à l'âge et au sexe;
6. la participation à des entraînements ou à des événements incompatibles avec le maintien de la bonne forme, de la santé ou de la sécurité de l'individu;
7. les mesures visant à accroître ou à maintenir de manière artificielle le niveau de performance pendant une compétition. L'utilisation par un athlète de moyens de dopage pour améliorer ses performances est contraire à l'éthique.

5. Le médecin doit informer l'athlète, ses responsables et toutes personnes concernées, des conséquences des procédés qu'il refuse d'utiliser, veiller à ce qu'ils ne soient pas utilisés, s'assurer le concours des autres médecins et organisations partageant les mêmes buts, protéger l'athlète contre toute pression qui pourrait l'amener à avoir recours à ces méthodes et aider à leur dépistage.
6. Le médecin du sport doit donner objectivement son avis sur l'aptitude ou l'inaptitude de l'athlète; il doit être clair, précis et ne laisser aucun doute sur ses conclusions.
7. Lorsqu'il s'agit d'un sport de compétition ou professionnel, il incombe au médecin de décider si l'athlète est médicalement en état de rester sur le terrain ou de retourner dans le jeu. Cette décision ne peut être déléguée à d'autres professionnels ou à d'autres personnes. En l'absence du médecin, les décisions doivent respecter strictement les instructions de celui-ci et la priorité doit toujours être accordée à la santé et à la sécurité de l'athlète, et non au résultat de la compétition.
8. Afin de pouvoir répondre à ses devoirs éthiques, le médecin du sport doit pouvoir compter sur la reconnaissance absolue de son autorité, particulièrement en ce qui concerne la santé, la sécurité et les intérêts légitimes de l'athlète auxquels il ne peut être porté préjudice pour favoriser les intérêts de tiers, quels qu'ils soient. Ces principes et obligations devraient faire l'objet d'un accord, entre le médecin et l'organisation sportive compétente, reconnaissant l'obligation du médecin de respecter les principes éthiques énoncés dans les déclarations nationales et internationales que la profession médicale a approuvées et auxquelles elle est liée.

9. Le médecin du sport doit tenir le médecin traitant du patient pleinement informé des données concernant sa prise en charge. Au besoin, il collaborera avec ce dernier pour assurer que l'athlète ne nuira pas à sa santé et qu'il n'utilisera pas des techniques potentiellement dangereuses pour améliorer ses performances.

10. En médecine du sport, comme dans les autres branches de la médecine, le secret professionnel doit être respecté. Le droit de l'athlète à la confidentialité des soins qui lui ont été apportés doit être protégé, surtout lorsqu'il s'agit d'athlètes professionnels.

11. Le médecin du sport ne peut être lié par un contrat l'obligeant à réserver certaines méthodes thérapeutiques à un seul athlète ou à un groupe d'athlètes.

12. Il est souhaitable que les médecins du sport qui accompagnent une équipe dans un pays étranger puissent y exercer leurs fonctions.

13. La participation active du médecin du sport est souhaitable lors de l'élaboration de règlements sportifs.

[1] Cf. la Charte Olympique contre le dopage dans le sport et la Déclaration de Lausanne sur le dopage dans le sport adoptés par le comité international sur le dopage dans le sport (février 1999).

DÉCLARATION DE VENISE DE L'AMM SUR LA PHASE TERMINALE DE LA MALADIE

Adoptée par la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
et révisée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006

PRÉFACE

1. Lorsque l'on traite des questions éthiques liées aux soins en fin de vie, on aborde inévitablement également le thème de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté. L'Association Médicale Mondiale condamne comme contraire à l'éthique aussi bien l'euthanasie que le suicide médicalement assisté. Il est à noter que la politique de l'AMM sur ces thèmes s'applique intégralement dans le contexte de cette prise de position sur la phase terminale de la maladie.

PRÉAMBULE

1. Lorsque le diagnostic médical d'un patient interdit tout espoir de guérir ou de préserver la santé et que la mort du patient est inévitable, le médecin et le patient sont souvent confrontés à un ensemble complexe de décisions concernant les interventions médicales. Les progrès médicaux ont permis aux médecins de solutionner de nombreuses questions inhérentes aux soins en fin de vie. Toutefois, c'est un domaine de la médecine qui historiquement n'a pas obtenu toute l'attention qu'il méritait. Tout en ne remettant pas en question la priorité donnée au traitement des maladies, il convient d'accorder davantage d'attention à l'élaboration de traitements palliatifs et d'améliorer les capacités des médecins à évaluer et à traiter les composants médicaux et psychologiques des symptômes dans la phase terminale de la maladie. La phase d'agonie doit être reconnue et respectée comme une composante importante de la vie d'une personne. La pression publique augmentant dans de nombreux pays afin que le suicide médicalement assisté et l'euthanasie soient considérés comme des options acceptables pour mettre fin aux souffrances des patients en phase terminale, il est d'autant plus impératif sur le plan éthique d'améliorer le traitement palliatif dans la phase terminale de la vie.

2. L'Association Médicale Mondiale reconnaît que les attitudes et les croyances en matière de mort et de fin de vie varient grandement d'une culture à l'autre et parmi les religions. De plus, de nombreuses mesures palliatives et de maintien en vie requièrent des technologies et/ou des ressources financières tout simplement non disponibles dans de nombreux endroits. L'approche des soins médicaux de la personne en phase terminale de la maladie sera largement influencée par ces facteurs ce qui empêche

donc pour des raisons pratiques et de bon sens d'élaborer des directives précises sur les soins en phase terminale ayant une portée universelle. En conséquence, l'Associa-tion Médicale Mondiale délivre les principes clés suivants afin d'aider les médecins et les Associations Médicales Nationales à prendre des décisions en matière de soins en phase terminale.

PRINCIPES

1. Le médecin a pour mission de guérir et, dans la mesure du possible, de soulager les souffrances, ayant toujours à l'esprit l'intérêt primordial de son patient. Ce principe ne souffre aucune exception même en cas de maladie incurable.

2. Dans le cadre des soins prodigués aux patients en phase terminale, la responsabilité première du médecin est d'aider les patients en lui préservant une parfaite qualité de vie par un suivi des symptômes, en répondant à ses besoins psychologiques ainsi qu'en lui permettant de mourir dans la dignité et dans le confort. Les médecins doivent informer les patients de l'existence, des bénéfices et des autres effets potentiels des soins palliatifs.

3. Le droit du patient à l'autonomie doit être respecté lorsqu'il s'agit de prendre des décisions en phase terminale de la maladie. Cela inclut le droit de refuser un traitement et de demander des mesures palliatives pour soulager la souffrance qui peuvent toutefois avoir pour effet d'accélérer la mort. Les médecins n'ont cependant pas le droit sur le plan éthique d'assister activement les patients au suicide. Cela inclut l'administration de tout traitement dont les bénéfices palliatifs, de l'avis du médecin, ne se justifient pas par rapport aux effets annexes.

4. Le médecin ne doit pas recourir à des moyens n'apportant aucun bénéfice au patient.

5. Les médecins doivent reconnaître le droit des patients à formuler par avance des directives écrites précisant leurs souhaits en matière de soins dans l'éventualité où ils seraient incapables de communiquer et désignant une personne pour prendre des décisions qui ne figureraient pas dans les directives préalablement rédigées. Les médecins doivent notamment discuter des souhaits du patient pour ce qui concerne les interventions de maintien en vie et les mesures palliatives qui pourraient avoir pour autre conséquence d'accélérer la mort. Lorsque cela est possible, le représentant du patient doit participer à ces conversations.

6. Les médecins doivent s'efforcer de comprendre et de répondre aux besoins psychologiques de leurs patients, notamment lorsqu'ils sont en relation avec les symptômes physiques du patient. Les médecins doivent tenter d'assurer la disponibilité de ressources psychologiques et spirituelles pour les patients et leurs familles afin de les aider à faire face à leur anxiété, leur crainte et leur chagrin associés à la maladie en phase terminale.

7. Le traitement clinique de la douleur des patients en phase terminale est d'une importance capitale en termes d'allègement des souffrances. Les médecins et les Associa-

tions Médicales Nationales doivent promouvoir la diffusion et le partage des informations sur le traitement de la douleur afin de veiller à ce que tous les médecins ayant à pratiquer des soins en phase terminale ont accès aux meilleures directives professionnelles et aux traitements et méthodes les plus actuels. Les médecins doivent pouvoir continuer à traiter cliniquement les douleurs violentes sans avoir à craindre de répercussions professionnelles ou juridiques.

8. Les Associations Médicales Nationales doivent encourager les gouvernements et les instituts de recherche à investir de plus amples ressources dans la mise au point de traitements pour améliorer les soins en fin de vie. Le cursus médical scolaire doit comporter des cours sur les soins palliatifs. Là où ces cours n'existent pas, il faut envisager d'instaurer la médecine palliative comme une branche spécifique de la médecine.

9. Les Associations Médicales Nationales doivent plaider pour la mise en place de réseaux au sein des institutions et des organisations impliquées dans les soins pallia-tifs afin de favoriser la communication et la collaboration.

10. Les médecins ont le droit, lorsque le patient ne peut inverser le processus final d'arrêt des fonctions vitales, de mettre en place des moyens artificiels afin de conserver en activité les organes destinés à être transplantés à la condition d'agir en conformité avec les directives éthiques stipulées dans la Déclaration de Sydney sur la détermination de la mort et la collecte d'organes de l'Association Médicale Mondiale.

DÉCLARATION DE HONG KONG DE L'AMM SUR LES MAUVAIS TRAITEMENTS DES PERSONNES AGÉES

Adoptée par la 41e Assemblée Médicale Mondiale, Hong Kong, Septembre 1989
et révisée par la 126e Session du Conseil, Jérusalem, Israël, Mai 1990
et par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et réaffirmée par la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015

Les personnes âgées peuvent souffrir de problèmes pathologiques comme les troubles moteurs et psychiques et les difficultés d'orientation. Il résulte de ces problèmes que les personnes âgées peuvent avoir besoin d'une assistance dans leurs activités quotidiennes qui les place en état de dépendance. Une telle situation peut alors amener la famille et la collectivité à les considérer comme une charge et en conséquence à réduire les soins et les services ou à ne pas les assurer.

Les mauvais traitements ou la négligence vis-à-vis des personnes âgées peuvent se manifester de multiples manières, sur le plan physique, psychologique, financier et/ou matériel et médical. Le mauvais traitement des personnes âgées donnant lieu à de multiples définitions, il est difficile de comparer les conclusions sur la nature et les causes du problème. Un certain nombre d'hypothèses préliminaires ont été proposées concernant l'étiologie des mauvais traitements des personnes âgées, dont notamment: la dépendance envers autrui en matière de prestation de services; le manque de liens familiaux étroits; la violence dans la famille; le manque de ressources financières; la psychopathologie de l'auteur de mauvais traitements; le manque de protection sociale; et les facteurs institutionnels tels que les bas salaires et les mauvaises conditions de travail qui contribuent au mécontentement des soignants.

Le mauvais traitement des personnes âgées est un fait de plus en plus reconnu par les institutions médicales et les organismes sociaux. La première étape en faveur de la prévention des mauvais traitements et de l'isolement des personnes âgées consiste à élargir la conscience et la connaissance des médecins et autres professionnels de santé. Une fois identifiées les familles et les personnes à hauts risques, les médecins peuvent participer à une prévention élémentaire en signalant les mauvais traitements au centre de service social ou communautaire approprié. Ils peuvent également aider et informer directement les patients et leur famille sur les situations à hauts risques. Simultanément, les médecins devraient faire faire preuve d'attention et de sensibilité pour conserver la confiance du patient et sa vie privée, notamment dans le cas de patients compétents.

Par conséquent, l'Association Médicale Mondiale adopte les principes de base suivants concernant les mauvais traitements des personnes âgées.

PRINCIPES DE BASE

1. Les personnes âgées ont les mêmes droits aux soins, au bien-être et au respect que les autres êtres humains.

2. Les médecins ont la responsabilité de veiller à prévenir les mauvais traitements physiques et psychiques des personnes âgées.

3. Les médecins, appelés par la personne âgée elle-même, par la maison de retraite ou de soins, ou par la famille, veilleront à ce que le patient reçoive les meilleurs soins possibles.

4. Les médecins qui, selon les termes de la présente déclaration, constatent ou suspectent un mauvais traitement, devront discuter de la situation avec les responsables, qu'il s'agisse de la maison de retraite ou de la famille. S'ils constatent un cas de mauvais traitements ou s'ils considèrent un décès suspect, ils devront en informer les autorités compétentes.

5. Afin de garantir la protection des personnes âgées dans son environnement, il ne doit pas y avoir de restriction quant au droit de choisir librement son médecin. Les associations médicales nationales membres devront faire tout leur possible pour s'assurer que ce libre choix est garanti dans le système médico-social.

L'Association Médicale Mondiale apporte également les recommandations suivantes aux médecins traitant des personnes âgées et invite les associations médicales nationales à faire connaître la présente déclaration à leurs membres et au public.

RECOMMANDATIONS

Les médecins traitant des personnes âgées devront: - tenter encore davantage d'établir un climat de confiance avec les personnes âgées afin de les encourager à se faire soigner lorsque cela est nécessaire et à se sentir à l'aise dans leur relation avec le médecin;

- examiner et traiter les blessures par suite de mauvais traitements et/ou négligences;
- essayer d'établir ou de maintenir un lien thérapeutique avec la famille (le médecin est souvent le seul professionnel qui maintienne des relations à long terme avec le patient et la famille) tout en préservant dans toute la mesure du possible la vie privée du patient;
- signaler tous les cas suspects de mauvais traitements et/ou négligences de personnes agées conformément à la législation locale;
- faire appel, quand cela est possible, à une équipe multidisciplinaire de responsables issus des professions médicales, sociales, psychiatriques et juridiques; et
- encourager le développement et l'utilisation de ressources communautaires de soutien dispensant des soins à domicile, assurant une trêve des soins et réduisant les tensions avec les familles à haut risque.

DÉCLARATION DE MALTE DE L'AMM SUR LES GRÉVISTES DE LA FAIM

Adoptée par la 43e Assemblée Médicale Mondiale, St. Julians, Malte, Novembre 1991
et révisée sur le plan rédactionnel par la 44e Assemblée Médicale Mondiale, Marbella, Espagne, Novembre 1992
et révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Les grèves de la faim se déroulent dans différents contextes mais la plupart du temps elles posent un dilemme là où les personnes sont détenues (prisons, établissements pénitentiaires, centres de rétention d'immigrés). Elles traduisent généralement une protestation de personnes qui n'ont pas d'autre manière de faire connaître leurs revendications. En refusant de s'alimenter sur une longue période, ces détenus peuvent espérer atteindre certains objectifs tout en donnant une mauvaise image des autorités. Le fait de refuser toute alimentation à court terme ou de simuler un tel refus soulève rarement des problèmes éthiques. Un jeûne prolongé peut entraîner la mort ou des dommages irréversibles. Face aux grévistes de la faim, les médecins peuvent se trouver dans un conflit de valeurs. Les grévistes de la faim souhaitent rarement mourir mais certains peuvent s'y préparer pour atteindre leurs objectifs.

2. Les médecins ont besoin de connaître la véritable intention d'une personne, notamment lors d'une grève collective ou dans des situations ou la pression des pairs peut l'influencer. Il peut être émotionnellement difficile d'assister des grévistes de la faim qui ont manifestement donné des instructions précises pour ne pas être soignés et qui atteignent un stade où ils perdent leurs capacités cognitives. Le principe de bienfaisance pousse les médecins à les réanimer mais le respect de l'autonomie empêche les médecins d'intervenir lorsque les grévistes de la faim s'y sont opposés en toute connaissance de cause. Cette question a été travaillée dans le cadre d'autres situations cliniques, y compris des cas de refus d'un traitement vital. D'autres problèmes se posent dans les établissements pénitentiaires car on ne sait jamais précisément si les instructions données par le gréviste de la faim reposent sur sa propre volonté et sa pleine connaissance des conséquences ultérieures.

PRINCIPES

3. Devoir d'agir conformément à l'éthique. Tous les médecins ont un devoir éthique dans leurs relations professionnelles avec des personnes vulnérables, même lorsqu'il ne leur est pas demandé de les traiter. Quel que soit leur rôle, les médecins doivent tenter d'éviter toute coercition ou mauvais traitement des détenus et protester si de tels actes se produisaient.

4. Respect de l'autonomie. Les médecins doivent respecter l'autonomie des personnes, qui peut être difficile à évaluer car le souhait véritable du gréviste de la faim peut ne pas être aussi clair que les apparences le laissent penser. Une décision n'a aucune valeur morale si elle est prise sous la menace, la pression des pairs ou la coercition. Les grévistes de la faim ne doivent pas être contraints à subir un traitement qu'ils refusent. Préconiser ou procéder à l'alimentation forcée en dépit d'un refus volontaire et éclairé n'est pas justifiable. L'alimentation artificielle du gréviste avec son consentement explicite ou nécessairement implicite est acceptable d'un point de vue éthique.

5. « Bienfaits » et « nuisances ». Les médecins doivent mettre leurs compétences et connaissances au service de ceux qu'ils traitent. Il s'agit du concept de « bienfaisance » qui complété par celui de « malfaisance » ou Primum non nocere. Ces deux concepts doivent être en équilibre. Le « bienfait » implique de respecter les souhaits de la personne et de favoriser son bien-être. Prévenir la « nuisance » signifie non seulement limiter les dégâts sur la santé mais aussi ne pas contraindre à un traitement des personnes capables et ne pas les forcer à mettre fin à leur jeûne. Les bienfaits ne signifient pas prolonger à tout prix la vie, sans égard pour d'autres déterminants.

   Les médecins doivent respecter l'autonomie des personnes capables, même lorsqu'il est prévisible que leur comportement leur nuira. La perte d'autonomie ne signifie pas qu'un refus éclairé de traitement, y compris l'alimentation forcée, exprimé antérieurement, puisse être ignoré.

6. Équilibrer les loyautés contradictoires. Les médecins qui assistent les grévistes de la faim peuvent vivre un conflit entre leur loyauté vis-à-vis des autorités qui les emploient (telles que les autorités pénitentiaires) et leur loyauté vis-à-vis des patients. Dans cette situation, les médecins confrontés à un conflit de loyauté sont liés par les mêmes principes éthiques que les autres médecins, à savoir que leur obligation première les engage envers leur patient. Les médecins demeurent indépendants de leur employeur en ce qui a trait à leurs décisions médicales.

7. Indépendance médicale. Les médecins doivent demeurer objectifs dans leur évaluation et ne pas permettre à des tiers d'influencer leur jugement médical. Ils ne doivent pas se laisser convaincre de violer leurs principes éthiques, comme accepter d'intervenir pour

des raisons non médicales.

8. Confidentialité. Le devoir de confidentialité est important pour instaurer la confiance sans pour autant être impératif. Il peut ne pas être rempli si la non divulgation d'informations fait courir aux autres un danger grave et imminent. Comme avec d'autres patients, la confidentialité des échanges avec des grévistes de la faim doit être respectée à moins que ceux-ci n'acceptent la communication des informations ou que le partage des informations ne soit nécessaire pour prévenir un danger grave. Si les personnes acceptent la communication de renseignements, leurs familles et les conseillers juridiques doivent être tenus informés de la situation.

9. Établir la confiance. Établir un lien de confiance entre médecins et grévistes de la faim est souvent la clé pour résoudre la situation en respectant les droits de ces derniers et en limitant les conséquences de leur grève sur leur santé. La confiance peut créer des possibilités de résoudre des situations difficiles. La confiance dépend de l'aptitude des médecins à donner de bons conseils et à se montrer francs à l'égard des grévistes de la faim au sujet des limites de ce qu'ils peuvent faire, y compris dans les situations dans lesquelles les médecins ne pourront pas préserver la confidentialité.

10. Les médecins doivent évaluer les capacités mentales des personnes qui souhaitent entamer une grève de la faim. Cela suppose de vérifier que les personnes qui souhaitent jeûner ne présentent pas de troubles mentaux qui pourraient les empêcher de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. Les personnes dont les capacités mentales sont gravement compromises pourraient ne pas être à même d'évaluer les conséquences de leurs actes si elles entamaient une grève de la faim. Les personnes dont les troubles mentaux sont curables devraient être aiguillées vers les soins nécessaires et recevoir un traitement adapté. Les personnes dont les troubles sont incurables, y compris une grave incapacité à apprendre ou une démence avancée doivent recevoir un traitement et un appui qui leur permette de prendre des décisions compatibles avec leurs aptitudes.

11. Dès que possible, les médecins doivent obtenir un historique médical détaillé de la personne qui prévoit de jeûner. Les implications médicales de toute pathologie existante doivent être expliquées à la personne. Les médecins doivent s'assurer que les grévistes de la faim comprennent les conséquences possibles du jeûne sur leur santé et les prévenir en langage clair des inconvénients. Les médecins doivent également expliquer comment réduire ou différer les risques pour leur santé, par exemple en absorbant davantage de liquide et de vitamine B1 (thiamine). La personne pouvant changer d'avis au sujet de sa grève de la faim, il est essentiel d'assurer qu'elle est bien informée des conséquences médicales d'un jeûne. Conformément aux bonnes pratiques relatives au consentement dans les soins de santé, le médecin doit s'assurer que le patient comprend bien les informations qui lui sont données en les lui faisant

répéter.

12. Il convient de pratiquer un examen approfondi du gréviste de la faim au début de son jeûne et notamment de le peser. Il convient également de discuter de la gestion de futurs symptômes, y compris ceux qui ne sont pas liés au jeûne. De même, le médecin doit prendre note des valeurs et des souhaits concernant le traitement médical en cas de jeûne prolongé. Si le gréviste de la faim y consent, un examen médical devrait être pratiqué régulièrement afin de décider des traitements nécessaires. L'environnement physique doit être évalué pour élaborer des recommandations visant à prévenir les effets négatifs.

13. Il est essentiel de maintenir la communication entre le médecin et les grévistes de la faim. Les médecins devraient vérifier quotidiennement si les individus souhaitent poursuivre leur grève de la faim et les interroger sur ce qu'ils souhaitent voir fait lorsqu'ils ne seront plus en mesure de communiquer d'une manière compréhensible. Le médecin doit s'efforcer d'identifier si la personne souhaite, si ses demandes ne sont pas satisfaites, continuer le jeûne jusqu'à sa mort. Ces indications doivent être consignées de manière adéquate.

14. Parfois, les grévistes de la faim acceptent une transfusion de solution saline ou d'autres formes de traitement médical. Un refus d'accepter certaines interventions ne doit pas nuire à d'autres formes de soins, comme le traitement d'une infection ou de douleurs.

15. Les médecins doivent s'entretenir en privé avec les grévistes de la faim et sans être entendus des autres, y compris des autres détenus. Il est essentiel d'entretenir une communication claire et au besoin on peut faire appel à des interprètes sans lien de dépendance avec les autorités compétentes, qui seront eux aussi tenus de préserver la confidentialité des échanges.

16. Les médecins ont besoin d'être certains que le refus de nourriture ou de traitement est le propre choix de la personne. Les grévistes de la faim doivent être à l'abri de toute contrainte. Les médecins peuvent souvent y contribuer et doivent savoir que la coercition peut être exercée par des pairs, des autorités ou d'autres personnes telles que les membres de la famille. Les médecins et les autres soignants ne sauraient faire pression sur les grévistes de la faim pour les faire interrompre leur grève. Les traitements et soins ne sauraient être conditionnés à l'arrêt de leur grève de la faim. Toute restriction ou pression telle que la pose de menottes, l'isolement, le fait d'attacher le gréviste à son lit ou toute autre sorte de contrainte physique sanctionnant la grève de la faim est intolérable.

17. Si un médecin est incapable pour des raisons de conscience d'accepter le refus de traitement ou d'alimentation artificielle d'un gréviste de la faim, il doit le faire savoir

clairement et assurer que le gréviste de la faim est orienté vers un autre médecin qui cautionnera son refus.

18. Lorsqu'un médecin prend en charge le gréviste de la faim, ce dernier peut déjà avoir perdu ses facultés mentales et être dans l'impossibilité d'exprimer clairement ses souhaits concernant une intervention médicale visant à lui sauver la vie. Il convient d'examiner et de respecter les instructions données à l'avance par le gréviste de la faim. Les refus préalables de traitement doivent être respectés s'ils reflètent la volonté de la personne lorsqu'elle était apte à l'indiquer. Dans les lieux de privation de liberté, l'éventualité que les instructions anticipées aient été données sous la contrainte doit être envisagée. Lorsque les médecins ont de sérieux doutes sur les intentions de la personne, ses instructions doivent être prises en compte avec la plus grande prudence. Si ces instructions sont éclairées et volontaires en revanche, elles ne peuvent généralement être ignorées que parce que l'évolution de la situation les a rendues caduques après que la personne a perdu ses facultés.

19. S'il est impossible de discuter avec la personne, qu'elle n'a pas donné d'instructions à l'avance et qu'aucun indice ne figure dans son dossier médical, les médecins doivent agir selon ce qu'ils considèrent être l'intérêt de la personne. Cela signifie tenir compte des souhaits exprimés précédemment par le gréviste de la faim, de ses valeurs personnelles et culturelles et de son état de santé. En l'absence de toute preuve de la volonté de la personne en grève, les médecins doivent décider, sans être influencés par des tiers, de l'opportunité d'alimenter ou non la personne.

20. Dans certains cas rares et exceptionnels, les médecins peuvent ignorer les instructions préalables de refus de traitement, par exemple s'ils pensent que ce refus a été obtenu par contrainte. Si après réanimation et récupération de ses facultés mentales le gréviste de la faim réitère son intention de jeûner, sa décision doit être respectée. Il est conforme à l'éthique de laisser un gréviste de la faim déterminé mourir avec dignité plutôt que de le soumettre à des interventions répétées contre sa volonté. Les médecins qui interviennent en dépit d'un refus préalable de traitement doivent se préparer à répondre de leurs actes devant les autorités compétentes, y compris les autorités professionnelles.

21. L'alimentation artificielle peut se justifier sur le plan éthique si le gréviste de la faim l'accepte en son âme et conscience. Cependant, conformément à la déclaration de Tokyo de l'AMM, si un prisonnier refuse toute nourriture tout en étant considéré par les médecins comme capable d'exprimer un jugement rationnel et non altéré sur les conséquences de sa décision, il ne doit pas être nourri de manière artificielle. L'alimentation artificielle peut être acceptée si des personnes incapables n'ont pas laissé d'instructions opposées à l'alimentation, afin de préserver leur vie ou pour éviter de graves séquelles irréversibles. L'hydratation rectale ne saurait être utilisée comme

thérapie pour la ré-hydratation ou le soutien nutritionnel de patients en période de jeûne.

22. Lorsqu'un patient est physiquement capable de commencer à se nourrir oralement, toutes les précautions doivent être prises pour assurer la mise en œuvre des lignes directrices les plus récentes au sujet de la ré-alimentation.

23. Tous les types d'intervention visant l'alimentation entérale et parentérale d'un gréviste qui dispose de ses facultés mentales contre sa volonté sont considérés comme de l'alimentation forcée. L'alimentation forcée est toujours contraire à l'éthique. Même dans un but charitable, l'alimentation accompagnée de menaces, de coercition, de l'usage de la force ou de la contrainte physique sont une forme de traitement inhumain et dégradant. Tout aussi inacceptable est l'alimentation forcée de certains détenus afin d'intimider ou de contraindre d'autres grévistes de la faim de mettre fin à leur jeûne.

RÔLES DES ASSOCIATIONS MÉDICALES NATIONALES ET DE L'AMM

24. Les associations médicales nationales (AMN) devraient organiser et fournir des programmes éducatifs mettant en valeur les dimensions éthiques des grèves de la faim, des approches, des traitements et des interventions médicaux appropriés Elles devraient s'efforcer de renforcer les compétences et les connaissances des médecins.

    Les AMN doivent travailler à proposer des mécanismes d'appui aux médecins travaillant dans les prisons, les établissements pénitentiaires et les centres de rétention des immigrés, qui peuvent se trouver en situation de conflit de loyauté et, comme il est précisé dans la déclaration d'Hambourg de l'AMM, doivent soutenir les médecins qui subissent des pressions pour transiger sur leurs principes.

    Il incombe aux AMN de s'efforcer d'empêcher les pratiques contraires à l'éthique, de prendre position, d'enquêter sur les violations des principes éthiques et de les dénoncer.

25. L'Association médicale mondiale soutiendra les médecins et les AMN qui sont confrontés à des pressions politiques parce qu'ils défendent une position éthiquement fondée, comme elle le proclame dans sa déclaration d'Hambourg.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LES DIRECTIVES POUR L'AMÉLIORATION CONTINUELLE DE LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

Adoptée par la 49e Assemblée Médicale Mondiale, Hamburg, Allemagne, Novembre 1997
amendée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009
et réaffirmée avec révision mineure par la 213e session du conseil de l'AMM, Tbilissi, Géorgie, octobre 2019

PRÉAMBULE

L'objectif des soins de santé est de prévenir, diagnostiquer ou traiter toute maladie et de maintenir et promouvoir la santé de la population. Le contrôle de la qualité des soins vise à l'amélioration continuelle de la qualité des services fournis aux patients et à la population et des méthodes et moyens mis en œuvre pour fournir ces services. Le but ultime est d'améliorer à la fois la santé du patient et celle de la population.

Les codes d'éthique médicale font mention depuis longtemps de l'obligation des médecins d'améliorer constamment leurs compétences professionnelles et d'évaluer les méthodes qu'ils adoptent. Selon ces codes, tout médecin doit entretenir et enrichir ses connaissances et compétences. Le médecin ne doit recommander que les examens et traitements reconnus comme étant efficaces et appropriés conformément à la meilleure médecine disponible basée sur la preuve.

Les médecins ainsi que les établissements de soins de santé ont l'obligation éthique et professionnelle d'améliorer constamment les services de qualité et la sécurité des patients, comme le précisent le code d'éthique médicale de l'AMM, la déclaration de Lisbonne sur les droits du patient et la résolution sur la normalisation dans la pratique médicale et la sécurité du patient. Ces directives visent à renforcer les procédures de suivi de la qualité et à créer des bases éthiques pour de telles procédures.

Les directives éthiques visant à l'amélioration constante de la qualité concernent tous les médecins ainsi que les établissements de soins aux patients, ceux qui sont en charge des procédures d'amélioration continue de la qualité des services afin d'aider les médecins et les organisations, ceux qui paient les soins et les législateurs, les patients et toute autre partie intéressée au sein du système de santé.

L'OBLIGATION D'ÉTABLIR DES NORMES POUR UN TRAVAIL DE BONNE QUALITÉ

Les professionnels, par définition, sont responsables de l'établissement des normes qui

garantissent un travail de bonne qualité et des procédures nécessaires à l'évaluation de cette qualité. Les professionnels de santé doivent donc définir ce que sont des soins de grande qualité et déterminer les meilleures méthodes pour évaluer la qualité des soins fournis.

L'OBLIGATION DE COLLECTER DES DONNÉES

Afin d'évaluer la qualité des soins, il faut obtenir des données fiables sur les patients et les populations bénéficiaires de soins et sur les procédures de traitement et leurs résultats. Les dossiers des patients, qu'ils soient consignés sur papier ou informatisés, doivent être rédigés et conservés avec soin tout en respectant le secret professionnel, conformément à la déclaration de Taipei de l'AMM sur les considérations éthiques concernant les bases de données de santé et les biobanques. Les procédures, décisions et autres questions concernant les patients doivent être enregistrées de manière à permettre de fournir des informations pour évaluer des normes spécifiques au moment jugé nécessaire.

LE RÔLE DE LA FORMATION CONTINUE

Les professionnels de santé devraient avoir la possibilité d'entretenir et d'approfondir leurs connaissances et leurs compétences par le biais de la formation médicale continue ou du perfectionnement professionnel. Il conviendrait d'établir des directives cliniques basées sur des normes professionnelles pour des soins de grande qualité et d'en assurer l'accès à ceux qui en font la demande. La formation sur les soins devrait inclure des instructions spécifiques quant aux techniques d'amélioration de la qualité, y compris la possibilité de pratiquer sur le terrain les techniques d'évaluation et d'amélioration de la qualité. Les établissements de soins devraient créer des systèmes de qualité pour leur propre usage et veiller à ce que les instructions concernant de tels systèmes soient respectées.

Un travail de bonne qualité nécessite des ressources. Tout devrait être fait pour assurer que le temps et les moyens nécessaires à un travail de qualité soient disponibles.

VIGILANCE À L'ÉGARD DE L'USAGE INAPPROPRIÉ DE SERVICES

L'usage inapproprié des services signifie mal les utiliser, les sous-utiliser ou en abuser. L'évaluation de la qualité des soins devrait inclure une série de mesures relatives à ces trois approches.

Abuser des services signifie fournir des soins avec un potentiel nocif supérieur au potentiel bénéfique. Les médecins peuvent améliorer la qualité en réduisant cet usage abusif, évitant ainsi aux patients des risques inutiles liés à des prestations de santé inadéquates.

Sous-utiliser des services signifie ne pas fournir de services qui auraient probablement eu un effet bénéfique pour le patient. Les médecins devraient s'efforcer d'étendre l'usage de services de santé nécessaires et qui sont sous-utilisés.

Mal utiliser les services signifie établir un mauvais diagnostic ou choisir un service adéquat pour établir un bon diagnostic, mais sans que le patient profite pleinement du service à cause d'une erreur qui pouvait être évitée. La mauvaise utilisation des services peut être grandement limitée en ayant recours à la gestion des risques et à des stratégies de prévention des erreurs.

SUIVI DE LA QUALITÉ: AUDIT CLINIQUE

Une implication active dans une auto-évaluation critique, habituellement par le biais de programmes d'audit clinique, est un mécanisme utile pour les professionnels de santé y compris les administrateurs et les médecins ainsi que les établissements dans lesquels ces derniers exercent, pour améliorer la qualité de leur travail. Le contrôle de la qualité en externe et indépendant tout comme l'accréditation peuvent aussi être utilisés à la condition d'être correctement effectués et avec une attention particulière apportée aux effets potentiels non voulus.

Les professionnels et institutions de soins de santé devraient systématiquement consigner et examiner les incidents indésirables et erreurs médicales à des fins d'apprentissage et d'amélioration de qualité. Cela devrait avoir lieu dans un environnement de confiance (et de confidentialité lorsqu'approprié), tout en évitant de manière active la culture du blâme..

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ INTERNE ET EXTERNE

Au niveau individuel, les médecins devraient constamment actualiser leurs connaissances et compétences et procéder à une auto critique de leur niveau de professionnalisme.

Dans les organisations, la qualité des soins de santé peut être évaluée par des méthodes internes ou externes.

Les établissements de soins devraient créer des systèmes internes d'amélioration de la qualité pour leur propre usage et veiller au respect des instructions concernant de tels systèmes. Ces systèmes devraient inclure un contrôle clinique interne continu effectué par des pairs et l'enseignement tiré des incidents indésirables, un contrôle des méthodes d'examen et de traitement et de leurs résultats, un contrôle sur la capacité de l'établissement à réagir à des données de qualité et à gérer les retours d'expérience des patients.

Le contrôle de la qualité en externe, comme l'analyse et le contrôle effectués par des pairs extérieurs, devrait être régulier et selon une fréquence en phase avec l'évolution du secteur et toujours avoir lieu lorsqu'il existe un motif spécial de le faire. Tout contrôle devrait tenir compte de l'ajustement du risque de la population de patients étudiée.

Qu'il s'agisse d'une évaluation de la qualité réalisée en interne ou en externe, les résultats peuvent être potentiellement très bénéfiques ou très nuisibles pour l'organisation ou la personne évaluée. Il faut donc être vigilant par rapport aux conséquences imprévues et dangereuses de tels résultats. Il est particulièrement important de suivre les résultats des évaluations qualitatives et des stratégies d'intervention au fil du temps, en portant une attention sur leurs conséquences notamment au niveau des populations particulièrement

vulnérables.

Les protocoles à utiliser pour contrôler la qualité devraient être reproductibles et transparents. Des mécanismes de recours devraient être intégrés dans les protocoles.

CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DES PATIENTS

Les dossiers des patients constituent une source inestimable de données pour l'amélioration de la qualité. Comme pour tout autre usage d'informations basées sur des patients identifiables, le consentement du patient est généralement requis avant utilisation. Si le consentement ne peut être obtenu, tout être doit fait afin que les dossiers médicaux soient rendus anonymes ou portent un pseudonyme pour une exploitation dans le cadre des efforts d'amélioration de la qualité. En tout cas, les dossiers des patients utilisés pour l'amélioration de la qualité doivent être accessibles uniquement à ceux qui en ont besoin dans ce but.

CONFIDENTIALITÉ DU CONTRÔLE PAR LES PAIRS

Afin d'assurer le succès du contrôle par les pairs, toutes les parties impliquées doivent en reconnaître l'importance. Il est recommandé d'obtenir le consentement volontaire et éclairé de ceux qui seront contrôlés. Au sein d'une équipe de soins, il faut que le travail de chacun des médecins puisse être évalué. Les informations sur l'évaluation d'un médecin ne devraient pas être publiées sans le consentement du médecin concerné. Il est recommandé d'obtenir le consentement avant de publier les informations sur l'évaluation d'un médecin donné.

Un prestataire de services est autorisé à informer ses patients des résultats du contrôle de qualité.

Si les évaluations sont rendues publiques, il faut mettre en place un suivi minutieux des effets, voulus ou non, d'une diffusion publique des résultats

CONTRÔLE ÉTHIQUE DES MESURES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Les codes nationaux d'éthique médicale, les principes et les directives éthiques ayant trait à l'amélioration continue de la qualité, aux audits et aux contrôles cliniques doivent être respectés.

L'amélioration continuelle des services et des systèmes de soins est une obligation pour tous les médecins et établissements de soins. La majorité des programmes de contrôle de l'amélioration continue de la qualité ne nécessite pas une approbation éthique. En cas de doute sur certaines questions faisant partie de nouveaux programmes, ces derniers devraient cependant être transmis à un comité d'éthique approprié. Lorsqu'un contrôle éthique s'impose, il devrait être effectué par un comité dont les membres sont compétents en matière de techniques d'amélioration de la qualité.

COMPÉTENCE ET IMPARTIALITÉ DU CONTRÔLEUR

Ceux qui évaluent les performances doivent être compétents en matière de techniques

d'amélioration de la qualité et en audit clinique et avoir de l'expérience dans le secteur contrôlé. Lorsqu'il s'agit d'un contrôle concernant les soins médicaux, le contrôleur devrait être un médecin dont les compétences et l'expérience sont reconnues par ceux subissant le contrôle.

Le contrôleur devrait être impartial et indépendant. Il doit connaître les activités soumises au contrôle. Il doit faire un rapport objectif et fonder ses conclusions sur une évaluation critique des observations et des faits. Des questions de concurrence ou de commerce ne devraient en aucune manière influencer le contenu de son rapport.

SÉPARATION DES CONTRÔLES DE QUALITÉ ET DE LA SUPERVISION PAR LES AUTORITÉS

L'amélioration de la qualité des services et des systèmes de soins est une nécessité pour tous les médecins et les établissements de soins. Il ne s'agit pas d'une supervision des activités professionnelles et elle doit en être distinguée. Les résultats d'un contrôle ou d'un audit des activités des médecins ne devraient être utilisés par les autorités de supervision qu'avec l'existence d'un accord distinct séparé entre elles et les médecins concernés sauf dispositions légales contraires du pays. Ces activités de contrôle doivent se dérouler avec une totale connaissance du cadre juridique local et ne doivent pas exposer les médecins y prenant part à se retrouver devant les tribunaux.

DÉCLARATION DE HAMBOURG DE L'AMM SUR LE SOUTIEN AUX MÉDECINS QUI REFUSENT TOUTE PARTICIPATION OU CAUTION À L'UTILISATION DE LA TORTURE OU AUTRE FORME DE TRAITEMENT CRUEL, INHUMAIN OU DÉGRADANT

Adoptée par la 49e Assemblée générale, Hambourg, Allemagne, Novembre 1997
et réaffirmée par la 176e Session du Conseil, Berlin, Allemagne, Mai 2007
et réaffirmée avec une révision mineure par la 207e session du Conseil de l'AMM,
Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Plusieurs déclarations et directives éthiques internationales et directives approuvées par la profession médicale interdisent aux médecins de tolérer, cautionner ou participer au recours à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, pour quelque motif que ce soit.

2. Les principales déclarations sont le Code international d'éthique médicale, la Déclaration de Genève, la Déclaration de Tokyo (1975), la résolution sur la responsabilité des médecins dans la documentation et la dénonciation des actes de torture ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants (2003) et la résolution de l'AMM sur la participation des médecins à la peine capitale (1981), ainsi que la Déclaration de Madrid du Comité permanent des médecins de la CEE, la résolution des pays nordiques sur la participation des médecins à la peine capitale des pays nordiques et la Déclaration d'Hawaii de l'Association mondiale de psychiatrie.

3. Toutefois, aucune de ces déclarations ou prises de position ne traite clairement la question de la protection qui doit être assurée aux médecins qui se trouvent incités, sommés ou enjoints de participer au recours à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. De plus, elles n'expriment pas un soutien explicite aux médecins qui ont connaissance ou sont confrontés à de tels actes et ne prescrivent pas l'obligation de les protéger.

RÉSOLUTION

4. L'Association médicale mondiale (AMM) réitère et réaffirme que la profession médicale organisée a l'obligation :

   4.1 D'inciter les médecins à respecter leur serment de servir l'humanité et à résister aux pressions qui seraient contraires aux principes éthiques régissant leurs

activités;

4.2 D'aider les médecins qui se trouvent en difficulté du fait de leur résistance à ces pressions ou de leurs tentatives de s'élever ou d'intervenir contre ces pratiques inhumaines ;

4.3 D'apporter leur soutien et d'inciter d'autres organisations internationales et les membres constituants de l'Association médicale mondiale (AMM) à aider les médecins en difficulté du fait qu'ils s'efforcent d'agir conformément aux principes éthiques suprêmes de la profession.

4.4 D'encourager les médecins à signaler et à étayer par des preuves tout recours à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants dont ils auraient connaissance.

5. De plus, considérant que de nombreux pays pratiquent systématiquement ces actes et qu'il est prouvé que des médecins sont contraints d'agir en violation des principes éthiques de la profession, l'AMM juge nécessaire de :

5.1 S'opposer au niveau international à la participation des médecins à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;

5.2 Soutenir et protéger les médecins qui résistent à toute participation à ces actes inhumains, qui les documentent et les dénoncent ou qui œuvrent pour traiter et réhabiliter les victimes, leur garantir le droit au respect des principes éthiques supérieurs, notamment le secret professionnel et d'appeler ses membres constituants à leur apporter ce soutien et cette protection ;

5.3 Publier tout renseignement relatif à la torture et soutenir les médecins qui apportent des preuves de tels traitements, de faire connaître toute tentative d'impliquer des médecins dans la perpétration de tels actes ;

5.4 Encourager ses membres constituants à agir en justice pour que la responsabilité des médecins soit engagée au titre de la complicité d'acte de torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;

6. Inciter ses membres constituants à veiller que l'enseignement des conséquences de la torture et son traitement, la réhabilitation des survivants, le développement de la documentation sur la torture et la protection des professionnels de santé, tel qu'énoncé dans la présente déclaration, soient dispensés dans les écoles de médecine et les hôpitaux.

DÉCLARATION D'OTTAWA DE L'AMM SUR LA SANTÉ DES ENFANTS

Adoptée par la 50e Assemblée générale de l'AMM, Ottawa, Canada, Octobre 1998
et modifiée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009

PREAMBULE

La science a prouvé que pour s'épanouir émotionnellement, mentalement, physiquement et intellectuellement[1], les enfants ont besoin de grandir dans un endroit où ces conditions sont réunies. Cet endroit doit présenter 4 critères fondamentaux:

- un environnement sain et sûr;
- la possibilité de se développer parfaitement;
- des services sanitaires à disposition en cas de nécessité et
- un suivi et des recherches pour des progrès continus basés sur la preuve[2]

Les médecins savent que le futur de nos nations et de notre monde dépend de nos enfants: leur éducation, leur aptitude à trouver un emploi, leur productivité, leur capacité d'innovation et leur amour et attention pour les autres et pour la planète. Le développement précoce de l'enfant joue sur l'acquisition des connaissances de base, le succès scolaire, la participation à la vie économique et sociale ainsi que sur la santé. Dans de nombreux cas, les parents et les soignants seuls ne peuvent pas assurer un environnement très stimulant sans le partenariat des organisations régionales, nationales et internationales[3]. Les médecins s'associent donc aux parents et autres ainsi qu'aux leaders mondiaux pour s'engager à assurer une parfaite santé aux enfants.

Les principes de cette Déclaration s'appliquent à tous les enfants du monde dès leur naissance jusqu'à l'âge de 18 ans, indépendamment de la race, de l'âge, de l'ethnie, de la nationalité, de l'affiliation politique, des croyances, du sexe, des maladies ou des handicaps, des capacités physiques, mentales, des orientations sexuelles, de l'histoire culturelle, de l'expérience de vie ou du niveau social de l'enfant ou de ses parents ou tuteurs. Dans tous les pays du monde, indépendamment des ressources, le respect de ces principes devrait être une priorité pour les parents, les collectivités et les gouvernements. La Convention des Nations Unies sur les droits des enfants (1989) énonce les droits de tous les enfants et des jeunes mais ces droits ne peuvent exister sans la santé.

PRINCIPES GENERAUX

1. Un endroit sûr et sain inclut:

   a. La propreté de l'eau, de l'air et de la terre
   b. La protection contre les sévices, l'exploitation, la discrimination et les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé de l'enfant etc.
   c. Des familles et communautés en bonne santé, des domiciles sains

2. Un endroit où l'enfant peut jouir d'une bonne santé et s'épanouir offre:

   a. Des soins prénataux et maternels afin d'assurer la meilleure santé possible à l'enfant à sa naissance
   b. Une alimentation pour une croissance, un développement et une santé durable
   c. Une éducation précoce et des soins de grande qualité à la maison et dans la communauté
   d. Des possibilités et une stimulation pour avoir des activités physiques
   e. Un système d'éducation primaire et secondaire de haute qualité

3. Toute une série de ressources de santé pour tous les moyens:

   a. Le meilleur intérêt de l'enfant sera le critère principal lors de la délivrance de soins;
   b. Les personnes en charge de soigner les enfants doivent avoir la formation et les compétences nécessaires afin de pouvoir répondre aux besoins médicaux, physiques, émotionnels aux besoins en matière de développement des enfants et de leurs familles.
   c. Les soins de santé basiques incluant la promotion de la santé, l'immunisation conseillée, les médicaments et la santé dentaire.
   d. Des soins pour la santé mentale et une recommandation rapide pour intervention en cas d'identifications de problèmes
   e. Un accès sécurisé aux médicaments pour toutes les mères et leurs enfants
   f. Une hospitalisation uniquement si les soins et le traitement nécessaires ne peuvent pas être fournis à domicile, dans la communauté ou en pratique ambulatoire.
   g. Un accès aux services de diagnostic et de traitement si besoin est
   h. Des services de rééducation et des soutiens au sein de la communauté
   i. Une prise en charge de la douleur, une prévention ou une minimisation des souffrances
   j. Le consentement éclairé est requis avant toute démarche de diagnostic, de traitement, de rééducation ou de recherche sur un enfant. Dans la majorité des cas, le consentement devra être obtenu des parents ou du tuteur et dans certains cas à la famille bien qu'il faille tenir compte des souhaits de l'enfant avant que le consentement soit donné.

4. La recherche[4] et le suivi pour une amélioration continuelle comportent les points suivants:

   a. Tous les enfants seront enregistrés officiellement dans le courant du1er mois de leur naissance
   b. Tous les enfants seront traités avec dignité et respect
   c. La qualité des soins est assurée par un suivi permanent des services, y compris par la collecte de données et l'évaluation des résultats
   d. Les enfants profiteront des bénéfices tirés de la recherche scientifique et correspondant à leurs besoins.
   e. L'intimité de l'enfant devra être respectée.

---

[1] Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. "Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report". World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health June 2007
[2] WHO Commission on Social Determinants of Health (Closing the Gap in a Generation) 2008
[3] Canadian Charter for Child and Youth Health
[4] Proposed WMA statement on ethical principles for medical research on child subjects

* Veuillez vous référer au document de fond s'agissant des principes spécifiques

DÉCLARATION D'EDIMBOURG DE L'AMM SUR LES CONDITIONS CARCÉRALES ET LA PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE ET AUTRES MALADIES TRANSMISSIBLES

Adopté par la 52e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, Octobre 2000
et revisée par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

PRÉAMBULE

Les prisonniers bénéficient des mêmes droits que les autres personnes. Cela inclut le droit à un traitement humain et à des soins médicaux appropriés. Les normes qui régissent le traitement des détenus sont inscrites dans plusieurs Déclarations et directives adoptées par divers organismes des Nations Unies.

La relation entre le médecin et le prisonnier est régie par les mêmes principes éthiques que la relation entre le médecin et un autre patient. La relation patient/médecin est soumise à des tensions particulières que l'on ne retrouve pas dans les autres situations, notamment sur le plan de la relation du médecin avec son employeur, les services carcéraux, et l'attitude générale de la société vis-à-vis des prisonniers.

Il y a aussi de graves raisons de santé publique pour renforcer l'importance de ces directives. La forte incidence de la tuberculose parmi les détenus dans un certain nombre de pays rend encore plus nécessaire l'étude des questions de santé publique lorsque l'on établit de nouvelles directives pour les prisons et que l'on réforme les systèmes carcéraux et pénaux.

Les personnes passibles d'incarcération sont souvent issues de la partie la plus marginalisée de la société, ont peut-être eu un accès limité aux soins de santé avant incarcération. Leur état de santé est peut-être moins bon que beaucoup d'autres citoyens et il se peut qu'elles entrent en prison avec des problèmes de santé qui n'ont pas été diagnostiqués, détectés et pris en charge.

Les prisons peuvent être des foyers d'infection. Le surpeuplement, le confinement à longueur de temps dans des espaces clos, mal éclairés, mal chauffés et donc mal ventilés et souvent humides constituent la description souvent associée à l'emprisonnement. Tout cela contribue à une propagation des maladies et à une détérioration de la santé. Là où ces facteurs sont associés à un manque d'hygiène, à une mauvaise alimentation et à un accès limité à des soins de santé corrects, les prisons peuvent être un enjeu majeur de santé publique.

Les conditions d'incarcération qui exposent les prisonniers à des risques médicaux importants constituent un problème humanitaire. Tout prisonnier atteint d'une infection crée

un risque pour les autres prisonniers, pour le personnel pénitentiaire, pour les familles, les autres visiteurs de prison et la communauté au sens large, pas uniquement lorsque le prisonnier est libéré. Les barreaux des prisons ne sont effectivement pas étanches et le bacille de la TB se propagera donc à l'extérieur. Le moyen le plus concret et efficace pour réduire les risques de transmission des maladies est d'améliorer l'environnement carcéral en installant un service médical efficace sachant comment détecter et traiter la maladie et le plus important en ciblant le problème de la surpopulation carcérale pour décider d'actions les plus urgentes.

L'augmentation des cas de tuberculose active au sein des populations carcérales et l'apparition chez certaines d'entre elles de formes de TB résistantes et notamment « multi-résistantes » et « ultra résistantes », comme l'a constaté l'Association Médicale Mondiale dans sa Prise de position sur le traitement de la tuberculose, atteint un taux d'incidence et de prévalence très élevé dans les prisons dans certaines parties du monde.

D'autres affections comme l'hépatite C ou le VIH, sans présenter la même contagiosité que la tuberculose, s'accompagnent d'un risque de transmission par le sang ou par les fluides physiologiques partagés et échangés. La surpopulation favorise la propagation des maladies sexuellement transmissibles. La consommation de drogues par voie intraveineuse contribuera également à la propagation du VIH et de l'hépatite B ou C encore plus contagieuse. Ces affections appellent des solutions spécifiques que cette prise de position n'aborde pas. Cependant, les principes énoncés ci-dessous permettront de réduire les risques que ces agents infectieux entraînent.

Actions Requises

L'Association Médicale Mondiale estime qu'il est essentiel, pour des raisons humanitaires et de santé publique, de veiller:

1 à protéger les droits des détenus, conformément aux textes statutaires des NU sur les conditions carcérales. Comme le souligne la Déclaration de Lisbonne de l'AMM, les détenus devraient avoir les mêmes droits que les autres patients;

2 à ne pas accepter que les droits des prisonniers soient ignorés ou non respectés au motif qu'ils souffrent d'une maladie infectieuse;

3 à assurer que les conditions de détention des détenus et prisonniers, mis en garde à vue pendant une enquête, dans l'attente du jugement ou effectuant leur peine, ne contribuent pas au développement, à l'aggravation ou à la transmission de maladies;

4 à assurer que les personnes en attente de procédures d'immigration soient placées dans des conditions qui ne favorisent pas la propagation des maladies, bien que les prisons ne devraient pas être utilisées pour loger de telles personnes;

5 à veiller à une coordination des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur des prisons pour faciliter la continuité des soins et le suivi épidémiologique des patients libérés après leur incarcération;

6 à veiller à ce que les prisonniers ne soient pas isolés ou placés en confinement solitaire du fait de leur état infectieux sans bénéficier d'un accès aux soins et à toutes solutions appropriées à leur état infectieux;

7 à veiller lors de l'admission ou du transfert dans un nouvel établissement pénitencier, à ce que l'état de santé des détenus concernés fasse l'objet d'un bilan de dans les 24 heures qui suivent leur arrivée, afin d'assurer la continuité des soins;

8 à assurer le suivi du traitement des prisonniers encore malades au moment de leur libération, en particulier ceux qui sont atteints de la TB ou d'une maladie infectieuse. Parce qu'une erreur de traitement ou une interruption de traitement peut être particulièrement dangereuse sur le plan individuel et épidémiologique, la planification et la continuité des soins sont des éléments essentiels de la prise en charge médicale en milieu pénitentiaire;

9 connaître que les mécanismes de santé publique qui, exceptionnellement et en de très rares cas, peuvent entraîner la détention obligatoire de personnes qui présentent de sérieux risques d'infection pour la communauté en général doivent être efficaces, nécessaires et justifiés et proportionnels aux risques encourus. De telles mesures doivent rester exceptionnelles et n'intervenir qu'après une évaluation attentive et critique de la nécessité de ces contraintes et de l'absence d'alternatives efficaces. En pareils cas, la détention doit être aussi brève que possible et les restrictions autant que faire se peut limitées. Il faudra également veiller à ce qu'il existe un système d'évaluation indépendant et de réexamen de ces mesures, en prévoyant une possibilité d'appel par les patients. Ces mesures alternatives doivent être utilisées chaque fois que les circonstances le permettent;

10 à ce que ce modèle soit utilisé, en tenant compte de toutes les mesures de prévention des infections croisées et de traitement des personnes déjà infectées au sein de l'établissement carcéral;

11 Les médecins exerçant en milieu carcéral ont le devoir de signaler aux autorités sanitaires et aux organisations professionnelles de leur pays les insuffisances constatées dans la prestation de soins aux détenus et les situations qui comportent des risques épidémiologiques élevés. Les AMN sont dans l'obligation de tenter de protéger ces médecins contre d'éventuelles mesures de rétorsion;

12 Les médecins travaillant en milieu carcéral ont le devoir de suivre les directives nationales en matière de santé publique lorsque celles-ci sont conformes à l'éthique, notamment le signalement obligatoire des maladies infectieuses et transmissibles;

13 L'AMM invite les associations membres à travailler avec les autorités pénitentiaires et les pouvoirs publics locaux et nationaux à la promotion de la santé et des soins dans leurs institutions et à l'adoption de programmes garantissant un environnement carcéral sain et sûr;

ANNEXE

Textes internationaux relatifs aux soins médicaux dans les prisons

Déclaration Universelle des droits de l'Homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 16 décembre 1948 (Voir Articles 4, 9, 10 et 11)

Ensemble de règles minimales pour le traitement des prisonniers, approuvé par le Conseil économique et social des Nations Unies, le 31 juillet 1957 (Voir articles 22 et 26)

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 16 décembre 1966 (Voir Article 12). Entrée en vigueur : le 3 janvier 1976

Pacte international relatif aux droits civils et politiques et Protocole facultatif, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 16 décembre 1966 (Voir Articles 6, 7 et 10). Entrée en vigueur : le 23 mars 1976

Principes d'éthique médicale pour la protection des prisonniers contre la torture, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 18 décembre 1982 (Voir Principe 1)

Ensemble de principes pour la protection des personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 9 décembre 1988 (Voir Principe 24)

Principes de base pour le traitement des prisonniers, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 14 décembre 1990 (Voir Article 9)

Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 14 décembre 1990 (Voir principes 50 à 54)

Principes directeurs de l'OMS sur l'infection du SIDA et du VIH dans les prisons, publiée en mars 1993, à Genève (Document WHO/GPA/DIR/93.3)

DÉCLARATION DE WASHINGTON DE L'AMM SUR LES ARMES BIOLOGIQUES

Adopté par la 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington DC, Etats Unis, Octobre 2002
et revisée par la 164e Session du Conseil, Divonne les Bains, France, Mai 2003
et réaffirmée par la 191e Session du Conseil, Prague, République Tchèque, Avril 2012

A. INTRODUCTION

1. L'Association Médicale Mondiale reconnaît la menace grandissante que constituerait l'emploi d'armes biologiques capables de propager des épidémies dévastatrices à l'échelle planétaire. Aucun pays n'est à l'abri de cette menace. La propagation des organismes pathogènes de la variole, de la peste, de l'anthrax et autres maladies épidémiques se traduirait par une incidence catastrophique de maladies et de décès, aggravée par une inévitable panique. Par ailleurs, le perfectionnement des connaissances biotechnologiques et la simplification de la technique de la manipulation génétique augmentent la capacité de production de nouveaux agents pathogènes. Cette évolution doit particulièrement préoccuper les médecins et les professionnels de santé publique car ils connaissent mieux que quiconque les souffrances que causent ces épidémies et ce sont eux qui interviennent en première ligne auprès des victimes. L'Association Médicale Mondiale considère donc que les associations de médecins et tous les responsables des soins de santé ont la responsabilité d'informer le public et les responsables politiques sur les dangers des armes biologiques. Il leur appartient aussi, pour des raisons morales et éthiques, de mobiliser une opposition universelle à toute recherche, tout développement et tout emploi d' armes de ce type.

2. Contrairement aux armes nucléaires, chimiques et conventionnelles, les attaques biologiques ont des effets insidieux. Elles peuvent agir pendant des semaines ou des mois après la déclaration de l'épidémie par la transmission secondaire, voire tertiaire, de l'agent pathogène. Si elle est réussie, et si les conditions de propagation sont favorables, l'attaque biologique peut avoir des conséquences beaucoup plus graves que celles d'un événement chimique ou même nucléaire. Avec la mondialisation croissante et la banalisation des voyages, le déclenchement d'une épidémie en un point quelconque du globe ferait peser un risque sur tous les autres pays.

3. Une accumulation soudaine de cas graves et aigus ne manquerait pas de submerger les systèmes de santé, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Partout dans le monde, les services de santé sont dépassés par les besoins nouveaux créés par le VIH/Sida et par les organismes résistants aux agents antimicrobiens, par les problèmes engendrés par les guerres civiles, par les afflux de réfugiés, par l'insalubrité de l'environnement urbain et par les besoins accrus de populations vieillissantes. Un brusque afflux de cas désespérés pourrait faire sombrer des systèmes de santé dans leur totalité.

4. Des mesures peuvent être prises pour réduire les risques liés à l'emploi d'armes biologiques et pour limiter les effets néfastes des épidémies graves, quelle que soit leur origine. Une collaboration internationale est indispensable pour construire une condamnation universelle de l'élaboration, de la fabrication et de l'emploi d'armes biologiques. Tous les pays doivent se doter de programmes de contrôle afin de dépister, d'identifier et d'endiguer ces épidémies majeures; de programmes de formation pour les professionnels de santé, pour les leaders d'opinion et pour le public; de programmes de recherche communs pour améliorer le diagnostic, la prévention et le traitement.

5. Les avancées technologiques et les progrès de la biochimie, de la biotechnologie et des sciences de la vie permettent de créer de nouveaux agents, de nouvelles maladies et de simplifier la fabrication des armes biologiques. Les moyens techniques sont relativement peu coûteux. La fabrication de ces agents pathogènes étant semblable à celle des vaccins, elle est d'accès facile dans les laboratoires biologiques. Ces armes biologiques peuvent donc être fabriquées et diffusées par n'importe quel pays, permettant ainsi à des extrémistes, agissant seuls ou collectivement, de menacer des gouvernements et de mettre en danger la vie de populations entières. Des mesures de non prolifération et de contrôle peuvent réduire, sans l'éliminer totalement, la menace que présentent les armes biologiques. Il donc indispensable d'ériger en principe universel le rejet de toute fabrication et de toute utilisation d'armes biologiques.

B. RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE PUBLIQUE ET DE CONTROLE DES MALADIES

1. Pour faire face aux épidémies, il importe d'abord de se doter d'une infrastructure sanitaire forte. Les investissements de santé publique permettront de mieux dépister et d'endiguer à temps l'apparition soudaine de maladies rares, qu'elles soient d'origine intentionnelle ou naturelle. Les fonctions de base (veille épidémiologique et services de laboratoire correspondants) sont le fondement même du dépistage, de la recherche et de la réponse à toute menace d'épidémie. Une efficacité accrue des programmes de veille mondiaux permettra à la fois de mieux répondre à l'apparition naturelle de maladies infectieuses et de dépister et décrire plus précocement les maladies nouvelles ou émergentes.

2. Les médecins doivent être particulièrement vigilants à l'apparition de ces cas, qu'ils soient isolés ou répétés afin de faire intervenir des spécialistes du diag-nostic de ces affections et de les signaler promptement aux autorités. La coopéra-tion entre les médecins de santé primaire et les autorités de santé publique est ici d'autant plus importante que le médecin qui ne voit qu'un ou plusieurs cas peut ne pas s'apercevoir qu'il s'agit d'une poussée épidémique.

3. Les autorités de santé publique, confrontées à une épidémie, auront besoin de la coopération des centres de soins d'urgence, des responsables de l'ordre public, des services de santé et d'une multitude d'organisations au service de la collectivité. Pour que ces différents groupes puissent coopérer de manière efficace, une planification préalable est essentielle. Au-delà des activités de veille à des fins de dépistage et de signalement précoces, les autorités de santé publique veilleront à ce que le personnel de santé primaire et de santé publique sache reconnaître les agents pathogènes en cause, à se doter de laboratoires capables de les identifier rapidement, à fournir les services médicaux et hospitaliers nécessaires ainsi que les vaccins et les médicaments permettant de maîtriser l'épidémie.

C. ALERTE PREVENTIVE ET MOYENS D'INTERVENTION

1. Le premier signe permettant de supposer la dissémination d'une arme biologique sera probablement la présence de patients dans les cabinets de consultation, en particulier dans les centres de soins d'urgence. Le médecin, qui est en première ligne du dépistage précoce d'une épidémie, doit être préparé à reconnaître et à traiter les maladies résultant de l'utilisation d'armes biologiques ainsi que tout autre agent infectieux. Il signalera sans tarder tous les cas suspects aux autorités sanitaires.

2. En cas d'épidémie, le médecin est impliqué dans une médecine de masse, des programmes de vaccination et de traitements préventifs aux antibiotiques de masse; il participe à l'information du public et aux efforts déployés par les collectivités publiques et hospitalières pour enrayer le fléau. Le médecin doit donc participer avec les autorités de santé nationale et locale à l'élaboration et à la mise en oeuvre de plans d'alerte et d'intervention pour parer à ces événements naturels ou malveillants.

D. DEVELOPPEMENT DES ARMES BIOLOGIQUES ET ETHIQUE MEDICALE

1. Les progrès rapides de la microbiologie, de la biologie moléculaire et du génie génétique offrent un champ d'action sans précédent à la recherche biomédicale et aux possibilités d'améliorer la santé et la qualité de vie des êtres humains. Des outils de diagnostic plus précis et plus rapides, de nouveaux vaccins et de nouveaux médicaments vont être développés, mais il faut aussi envisager un détournement éventuel de cette recherche vers la mise au point d'armes biologiques plus puissantes et la propagation de nouvelles maladies infectieuses. Il est malaisé de définir la frontière entre la recherche biomédicale légitime et les travaux de chercheurs sans scrupules dont le seul but est de créer des armes biologiques plus létales.

2. Tous les participants à l'investigation biomédicale ont l'obligation morale et éthique d'envisager que le résultat de ses travaux pourrait être exploité à des fins malveillantes. Délibérément ou par inadvertance, la modification génétique de certains microorganismes pourrait engendrer de nouveaux organismes plus virulents, résistants aux antibiotiques ou plus stables dans l'environnement. La manipulation de ces microorganismes peut modifier leur immunogénicité, leur permettant ainsi de briser les barrières immunitaires naturelles ou induites par la vaccinothérapie. Le progrès du génie génétique et de la thérapie génique pourrait permettre de modifier le système de réponse immunitaire de la population cible de façon à augmenter ou réduire sa susceptibilité à un pathogène ou à entraver le fonctionnement des gènes hôtes normaux.
3. Toute recherche visant spécifiquement à créer des armes biologiques doit être condamnée. En tant que scientifique et humaniste, le médecin a la responsabilité devant la société de condamner l'usage de la recherche scientifique à ces fins. Il se doit d'exprimer son rejet du recours à la biotechnologie et aux technologies de l'information à des fins nuisibles.

4. Les médecins et leurs organisations représentatives ont un rôle social important à jouer en exigeant l'interdiction universelle des armes biologiques, en condamnant leur emploi, en réprouvant toute recherche illicite et contraire à l'éthique et en soignant les victimes civiles des armes biologiques.

E. RECOMMANDATIONS

1. Que l'Association Médicale Mondiale et les associations médicales nationales du monde entier s'engagent activement dans la promotion d'une éthique internationale qui condamne le développement, la production et l'emploi d'agents biologiques et de toxines pour lesquels n'existent aucune justification prophylactique ou préventive et qui ne sont pas motivés par des motifs pacifiques.

2. Que l'Association Médicale Mondiale, les associations médicales nationales et les travailleurs de santé du monde entier soutiennent, de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé, les Nations Unies et les autres organismes compétents, la mise en place d'un consortium international de responsables de la médecine et de la santé publique afin de contrôler la menace que posent les armes biologiques, d'élaborer une riposte à leur prolifération et de dresser un plan de veille mondial contre les maladies infectieuses. Le plan portera sur les aspects suivants: (a) des systèmes internationaux de dépistage et de signalement permettant de perfectionner les mesures universelles de contrôle et de prévention des épidémies; (b) le développement d'un protocole de vérification efficace dans le cadre de la Convention de l'ONU sur l'interdiction des armes biologiques et à toxines; (c) l'information des médecins et des travailleurs de santé publique sur les nouvelles maladies infectieuses et les nouvelles armes biologiques; (d) la capacité des laboratoires à diagnostiquer les agents pathogènes biologiques; (e) les réserves de vaccins et de produits pharmaceutiques; (f) les besoins en matière financière, technique et de recherche qui permettront de modérer le danger que pose le recours aux armes biologiques et aux agents infectieux.

3. Que l'Association Médicale Mondiale incite les médecins à se sensibiliser à l'existence de maladies et de décès inexpliqués et à connaître les moyens de contrôle et de prévention capables de répondre à une incidence inhabituelle de cas cliniques, de symptômes ou d'états pathologiques.

4. Que l'Association Médicale Mondiale invite les médecins, les associations médicales nationales et autres organisations représentatives à collaborer avec les services de l'hygiène locaux, nationaux et internationaux à l'élaboration et à la mise en oeuvre de protocoles d'alerte préventive et d'intervention contre les actes de terrorisme biologique et les épidémies naturelles. Ces protocoles serviront de base à l'information des médecins et du public.

5. Que l'Association Médicale Mondiale invite instamment toutes les personnes qui participent aux recherches biomédicales à examiner les conséquences et les applications de leurs travaux et à assurer l'équilibre voulu entre les objectifs légitimes de la recherche et leurs responsabilités éthiques envers la société.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES CONCERNANT LES BASES DE DONNÉES DE SANTÉ

Adoptée par la 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington DC, Etats Unis, Octobre 2002

1. Le droit au respect de la vie privée permet au patient de maîtriser la communication et l'utilisation des informations le concernant. L'obligation de secret professionnel du médecin assure la protection des données personnelles de santé du patient.

2. Le secret professionnel est un élément fondamental de la pratique médicale et est essentiel à la confiance et à l'intégrité de la relation médecin/patient. Sachant que sa vie privée est respectée, le patient peut communiquer librement à son médecin des informations personnelles.

3. Tous ces principes sont énoncés dans les textes de déclarations de l'AMM, depuis sa fondation en 1947, notamment dans :

    1. la Déclaration de Lisbonne[1], qui déclare que "La dignité et le droit à la vie privée du patient, en matière de soins et d'enseignement médicaux, seront à tout moment respectés";

    2. la Déclaration de Genève[2], qui demande que "le médecin respecte de façon absolue le secret sur ce qu'il sait du patient, même après sa mort";

    3. la Déclaration d'Helsinki[3], qui déclare que:
    "Dans la recherche médicale, le devoir du médecin est de protéger la vie, la santé, la dignité et l'intimité de la personne."

    "Toutes précautions doivent être prises pour respecter la vie privée du sujet, la confidentialité des données le concernant et limiter les répercussions de l'étude sur son équilibre physique et psychologique."

    "Lors de toute étude, la personne se prêtant à la recherche doit être informée de manière appropriée des objectifs, méthodes, financement, conflits d'intérêts éventuels, appartenance de l'investigateur à une ou des institutions, bénéfices attendus ainsi que des risques potentiels de l'étude et des contraintes qui pourraient en résulter pour elle. Le sujet doit être informé qu'il a la faculté de ne pas participer à l'étude et qu'il est libre de revenir à tout moment sur son consente-

ment sans crainte de préjudice. Après s'être assuré de la bonne compréhension par le sujet de l'information donnée, le médecin doit obtenir son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit."

1. L'objectif premier de la collecte d'informations de santé personnelles est de fournir des soins au patient. De plus en plus souvent, ces informations sont conservées dans des bases de données. Celles-ci peuvent contenir le dossier de santé du patient ou des éléments particuliers, par exemple dans les registres de maladies.

2. Les progrès de la médecine et des soins de santé sont tributaires de l'assurance de qualité, des activités de gestion des risques et de la recherche, notamment des études épidémiologiques rétrospectives, qui se fondent sur les renseignements de santé des personnes, des communautés et des sociétés. Les bases de données sont de précieuses sources d'information lorsqu'elles sont utilisées dans le cadre de ces objectifs secondaires.

3. Il importe de s'assurer que l'utilisation des données dans le cadre d'objectifs secondaires n'empêche pas le patient de confier les informations relatives à ses besoins, n'abuse pas de sa vulnérabilité ou n'exploite pas indûment la confiance qu'il a accordée à son médecin.

4. Aux fins de la présente déclaration, les termes suivants ont été définis:

    1. les "informations de santé personnelles" incluent toutes les informations enregistrées concernant la santé physique ou mentale d'une personne identifiable;

    2. une "base de données" est un système qui permet, par des moyens manuels ou électroniques, la collecte, la description, la sauvegarde, la récupération et/ou l'utilisation des informations de santé personnelles;

    3. les "bases de données anonymes" sont des données dont le lien entre le patient et l'information a été supprimé et ne peut être rétabli;

    4. le "consentement" est la permission d'agir donnée volontairement par le pa-tient, fondée sur la bonne compréhension des implications et conséquences possibles. Certaines législations permettent, en cas d'incapacité et notamment s'il s'agit de mineurs, d'incapables majeurs ou de personnes décédées, de solliciter le consente-ment du représentant légal.

PRINCIPES

1. Ces principes s'appliquent à toutes les bases de données de santé, existantes ou en création, y compris celles dirigées ou gérées par des organisations commerciales.

Accès à l'information des patients

2. Le patient a le droit de connaître les informations que le médecin possède à son sujet, y compris les informations détenues dans les bases de données. Dans de nombreux pays, la loi prévoit que le patient a le droit d'obtenir une copie de son dossier.

3. Le patient doit avoir le droit de décider de supprimer des informations le concernant dans la base de données.

4. Dans de très rares cas, certains éléments du dossier peuvent ne pas être communiqués s'ils sont susceptibles d'avoir des effets négatifs importants sur le patient ou sur d'autres personnes. Le médecin doit pouvoir justifier sa décision de ne pas divulguer certaines informations à son patient.

Confidentialité

5. Le médecin est personnellement responsable de la confidentialité des informations de santé personnelles qu'il a en sa possession. Il doit également s'assurer de la mise en place de mesures de sécurité appropriées pour le stockage, l'envoi et la réception des informations de santé personnelles, y compris par la voie électronique.

6. Une personne médicalement qualifiée, voire plusieurs, fera office de "gardien" de la base de données. Il aura la responsabilité de la contrôler et d'assurer l'application des principes de confidentialité et de sécurité.

7. Des mesures de sécurité doivent être mises en place pour empêcher l'accès et l'utilisation non autorisés et non conformes des informations de santé personnelles de la base de données et pour assurer l'authenticité des données. Des mesures permettant de garantir la sécurité de la transmission de ces données doivent être également mises en place.

8. Les systèmes de contrôle doivent enregistrer le nom des utilisateurs et la date d'utilisation. Les patients doivent avoir accès à ces enregistrements pour leur propre information.

Consentement

9. Le patient doit être informé du stockage dans une banque de données d'informations le concernant et des objectifs de leur utilisation.

10. Le consentement du patient est indispensable lorsque les informations le concernant incluses dans la base de données sont transmises à des tiers ou permettent l'accès à d'autres personnes que celles impliquées dans les soins aux patients, sauf circonstances exceptionnelles telles que celles indiquées dans l'article 11.

11. Dans certains cas, les informations de santé personnelles pourront être enregistrées dans une base de données sans le consentement du patient, notamment lorsque la législation nationale est en conformité avec les principes formulés dans la présente déclaration ou lorsqu'un comité d'éthique mis en place à cet effet a donné son approbation éthique. Dans ces cas exceptionnels, le patient doit être informé de l'utilisation possible des informations le concernant, même s'il n'a pas le droit de s'y opposer.

12. Si le patient refuse que ses données soient communiquées à des tiers, son opposition doit être respectée, sauf circonstances exceptionnelles, par exemple, lorsque la législation nationale est en conformité avec les principes formulés dans la présente déclaration ou lorsque les risques de décès ou de préjudice grave peuvent ainsi être prévenus.

Utilisation des données

13. L'accès des tiers à des informations contenues dans la base de données requiert l'autorisation préalable du gardien. Celle-ci est donnée dans le respect des règles du secret professionnel, en vigueur.

14. Il importe d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique mis en place à cet effet pour les études utilisant les données du patient, y compris pour toutes les nouvelles études non prévues au moment de la collecte. Le comité devra décider s'il faut contacter les patients pour obtenir leur consentement ou s'il est possible, dans le cadre du nouvel objectif, d'utiliser les informations sans ce consentement. Les décisions du comité doivent être conformes avec la législation nationale en vigueur et respecter les principes formulés dans la présente déclaration.

15. Les données communiquées ne doivent être utilisées qu'aux seules fins prévues dans l'autorisation.

16. les personnes chargées de la collecte, de l'exploitation et de la communication des informations de santé doivent être juridiquement responsables de la sécurité de ces informations.

Données anonymes

17. Dans la mesure du possible, les données utilisées dans le cadre des objectifs secondaires doivent être anonymes. Sinon, l'utilisation de données protégeant l'identité du patient par un code ou un pseudonyme est préférable à l'utilisation des données facilement identifiables.

18. L'utilisation de données anonymes ne pose généralement pas de problème de confidentialité. Les données présentant pour les personnes dont elles sont issues un intérêt légitime, par exemple des antécédents médicaux ou une photographie, méritent protection.

Intégrité des données

19. Le médecin a, dans la mesure du possible, la responsabilité de s'assurer que les informations fournies et contenues dans les bases de données sont exactes et actualisées.

20. Si le patient estime que les informations le concernant comportent des inexactitudes, il a le droit de proposer des modifications et de faire annexer ses remarques au dos-sier.

Protocole

21. Un protocole précisera la teneur des informations et les raisons de leur détention, la nature du consentement donné par le patient, les personnes ayant droit à y accéder, à quel moment, pour quels motifs et les modalités selon lesquelles elles peuvent être reliées à d'autres informations et les circonstances dans lesquelles elles peuvent être transmises à des tiers.

22. Les renseignements communiqués au patient concernent son consentement au stockage et à l'utilisation des données, son droit d'accès à ces données et son droit à en corriger les inexactitudes.

Gestion

23. Un système de gestion des questions et des réclamations doit être mis en place.

24. La ou les personnes responsables des règles et des procédures et auprès desquelles seront présentées toutes questions ou réclamations éventuelles doivent être designées.

Principes

25. Les associations médicales nationales doivent coopérer avec les autorités responsables de la santé, de l'éthique et des données personnelles, au niveau national et autres niveaux administratifs appropriés, pour élaborer les règles applicables à la gestion des informations médicales sur la base des principes formulés dans la présente déclaration.

---

[1] Déclaration de Lisbonne, adoptée par la 34e Assemblée médicale mondiale, à Lisbonne (Portugal) en septembre/octobre 1981 et amendée par la 47e Assemblée générale à Bali (Indonésie) en septembre 1995.

[2] Déclaration de Genève, adoptée par la 2e Assemblée générale de l'AMM, à Genève, en septembre 1948 et dernièrement amendée par la 46e Assemblée générale, à Stockholm, en septembre 1994.

[3] Déclaration d'Helsinki, adoptée par la 18e Assemblée générale de l'AMM, en juin 1964 à Helsinki et dernièrement amendée par la 52e Assemblée générale de l'AMM, à Edimbourg, en octobre 2000.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Adoptée par la 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington DC, Etats Unis, Octobre 2002
et réaffirmée par la 191e session du Conseil, Prague, République Tchèque, Avril 2012

PRÉAMBULE

1. Les médecins font tout leur possible pour fournir des soins médicaux et de santé à leurs patients. La sécurité du patient est l'un des éléments essentiels de la qualité des soins médicaux et de santé.

2. Les progrès de la science médicale et de la technologie ont transformé la médecine moderne en un système perfectionné et complexe.

3. Les risques inhérents à la médecine clinique existent depuis toujours. Les développements de la médecine moderne créent aujourd'hui des risques nouveaux et accrus qui, s'ils sont évitables pour certains, sont inévitables pour d'autres.

4. Le médecin doit essayer d'anticiper et de gérer ces risques dans le traitement du patient.

PRINCIPES

1. Le médecin doit veiller à toujours prendre en considération la sécurité du patient lorsqu'il prend des décisions.

2. Les erreurs sont rarement le fait d'une seule personne ou méthode. Plus exactement, c'est la réunion d'éléments séparés qui produit une situation à haut risque. Il faut donc, lorsque des erreurs de traitement sont signalées, appliquer des mesures "non punitives" centrées sur la prévention et la correction des faiblesses du système et non sur la culpabilité d'un individu ou d'une organisation.

3. Une compréhension réaliste des risques inhérents à la médecine moderne demande que le médecin dépasse les barrières professionnelles de soins de santé, coopère avec toutes les parties concernées, y compris le patient, et adopte un système d'approche proactive en matière de sécurité du patient.

4. Pour créer ce système, le médecin doit en permanence intégrer un grand nombre de connaissances scientifiques et s'efforcer d'améliorer la pratique médicale.

5. Toutes les informations concernant la sécurité du patient doivent être communiquées aux parties concernées, y compris le patient. Cependant, le secret professionnel doit être strictement protégé.

RECOMMANDATIONS

1. Par conséquent, l'AMM recommande aux associations médicales nationales:

    1. d'assurer la promotion des politiques concernant la sécurité du patient auprès des médecins de leurs pays;

    2. d'encourager les médecins, les autres travailleurs de santé, les patients et autres personnes et organisations concernés à coopérer à l'instauration de systèmes permettant d'assurer la sécurité du patient;

    3. de favoriser le développement de moyens efficaces pour promouvoir la sécurité du patient dans la formation médicale/professionnelle continue;

    4. de coopérer et d'échanger des informations sur les événements préjudiciables, y compris les erreurs, leurs solutions et les "leçons apprises" afin d'améliorer la sécurité du patient.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR L'ÉTHIQUE MÉDICALE ET LES TECHNOLOGIES MÉDICALES INNOVANTES

Adoptée par la 53e Assemblée Générale de l'AMM, Washington, DC, Etats-Unis, Octobre 2002
et révisée par la 63e Assemblée Générale, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

Il est essentiel que les risques et les avantages que les personnes retirent du développement et de l'application des technologies médicales innovantes s'équilibrent. Il revient au médecin de veiller au maintien de cet équilibre.

Par conséquent,

L'utilisation des technologies médicales doit être utilisée pour promouvoir la santé. La sécurité du patient doit être pleinement prise en compte dans le développement et l'application des technologies médicales.

Afin d'améliorer l'aptitude des médecins à fournir des soins médicaux appropriés et d'avoir une connaissance suffisante des technologies médicales, des efforts doivent faits pour assurer une formation médicale globale, axée sur l'utilisation et le développement sécurisés et efficaces des technologies médicales.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LA RELATION ENTRE LE DROIT ET L'ETHIQUE

Adoptée par la 164e Session du Conseil de l'AMM, Divonne-les-Bains, France, Mai 2003
et adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Georgie, Octobre 2019

Si valeurs éthiques et principes juridiques sont étroitement liés, les devoirs éthiques l'emportent par définition sur les obligations juridiques. Il peut arriver que la loi prescrive une conduite contraire à l'éthique. Le fait que le médecin respecte la loi ne prouve pas nécessairement la valeur éthique de son comportement.

Lorsque la loi contredit l'éthique médicale, le médecin doit s'efforcer de faire modifier la loi. En pareil cas, les devoirs éthiques priment les obligations légales.

DÉCLARATION DE REYKJAVIK DE L'AMM SUR CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES RELATIVES À L'UTILISATION DE LA GÉNÉTIQUE DANS LES SOINS DE SANTÉ

Adoptée par la 56e Assemblée Médicale Mondiale, Santiago, Chili, Octobre 2005
et révisée à la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009
et par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PREAMBULE

La génétique contribue à une meilleure compréhension des causes, des développements, des classifications et des traitements des pathologies. L'utilisation de la génétique est en plein essor, passant en peu de temps de son emploi dans le traitement du cancer et l'identification de maladies monogéniques et à la détermination de risques de pathologies multifactorielles et à la manipulation de gènes individuels. Ainsi, l'utilisation de la génétique crée et créera de plus en plus de valeur, à la fois au niveau individuel et au niveau sociétal. L'utilisation d'informations génétiques relatives à des personnes soulève cependant des questions de confidentialité, d'intimité et présente des risques de détresse psychologique, de stigmatisation et de discrimination.

La présente déclaration vise à formuler des recommandations sur un emploi de la génétique en médecine qui soit à la hauteur des défis éthiques en jeu. Elle s'attache principalement à l'utilisation de la génétique dans la prestation de soins de santé. Le recueil, le stockage et l'emploi de données génétiques au-delà des soins personnels apportés aux patients doivent être conformes aux principes énoncés dans la déclaration de l'AMM sur les considérations éthiques concernant les bases de données de santé et les biobanques, dite déclaration de Taipei. L'utilisation de la génétique dans la recherche médicale impliquant des sujets humains, y compris la recherche sur des données et des échantillons biologiques humains non anonymes, doit être conforme aux principes énoncés dans la déclaration d'Helsinki de l'AMM, relative aux principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains.

La présente déclaration doit être prise dans son ensemble et chacun des paragraphes qui la constituent ne saurait être interprété isolément des autres paragraphes. Il convient de mettre à jour cette déclaration au fur et à mesure des avancées réalisées dans le domaine de la génétique.

Les informations génétiques présentent des caractéristiques significatives d'un point de vue éthique. Prises séparément, chacune des ces caractéristiques peut également se retrouver dans d'autres types d'informations de santé. Cependant, l'association de ces caractéristiques rend les informations génétiques particulièrement sensibles. Cette sensibilité, ajoutée à l'intérêt évident que manifestent un grand nombre d'acteurs

différents pour les informations génétiques, rappelle combien il est important de respecter les principes fondamentaux de l'éthique médicale, notamment le droit du patient à l'autonomie, à la confidentialité, à l'intimité ainsi que le droit à bénéficier de la production, du stockage, de l'utilisation ou du partage d'informations génétiques.

Parmi celles qui sont significatives d'un point de vue éthique, les informations les plus cruciales sont :

- les informations génétiques qui permettent d'identifier une personne ;
- les analyses génétiques qui peuvent produire des informations nombreuses et détaillées sur une personne ;
- les analyses génétiques qui pourraient conduire à de nouvelles découvertes.
- Les informations produites par l'analyse génétique n'ont pas encore livré tous leurs secrets.
- Les informations génétiques relatives à une personne ne peuvent pas être totalement anonymisées et les informations génétiques anonymisées peuvent être réidentifiées.
- Les données génétiques contiennent des informations qui ne concernent pas seulement la personne qui a subi le test mais aussi les personnes qui lui sont génétiquement apparentées.
- Le test génétique d'une personne peut exiger la consultation d'informations relatives à des soins de santé subis par des personnes qui lui sont génétiquement apparentées (des membres de sa famille) ou le test génétique de ces personnes.

PRINCIPES ÉTHIQUES

Bénéfice pour le patient

Le test génétique dans le cadre de la prestation de soins de santé doit avoir pour objectif premier de bénéficier au patient testé.

Pertinence

Un test génétique ne doit pas être de portée plus large que son objectif ne l'exige.

Consentement éclairé

1. Tout test génétique doit être réalisé après obtention du consentement éclairé du patient ou de son tuteur légal. Un test génétique visant à dépister des prédispositions à une pathologie ne doit être effectué sur un enfant que s'il existe des indications cliniques claires qu'obtenir les résultats de ce test bénéficierait à l'enfant.
2. Le processus d'obtention du consentement éclairé du patient suppose la fourniture d'informations exactes, adéquates et compréhensibles par lui, contenant les éléments suivants :

- l'objectif, la nature et les bénéfices escomptés du test ;
- les risques, effets indésirables et limites du test ;
- la nature et la signification des informations devant être obtenues grâce au test ;
- les procédures relatives à la restitution des informations génomiques, y compris les observations secondaires et les découvertes futures ;
- les possibilités ouvertes selon les résultats obtenus, notamment les éventuels traitements ;
- la manière dont les résultats du test, les données et les échantillons biologiques seront conservés (comment, où, pendant combien de temps), et les personnes qui peuvent avoir accès aux résultats actuels et futurs ;
- les éventuels usages secondaires des informations obtenues par le biais du test ;
- les mesures qui seront prises pour préserver l'intimité et l'autonomie du patient, en particulier les mesures relatives à la confidentialité et la sécurité des données le concernant ;
- les procédures de gestion des résultats ayant des conséquences pour les personnes qui sont génétiquement apparentées à la personne testée ;
- le cas échéant, l'utilisation commerciale de ces résultats et le partage des éventuels bénéfices y afférents, les questions relatives à la propriété intellectuelle et le transfert de données ou d'échantillons à des tiers.

Découvertes supplémentaires (découvertes secondaires et fortuites)

1. Un test génétique peut conduire à la découverte d'informations qui n'étaient pas l'objet principal du test, dites observations secondaires ou fortuites. Il convient que les procédures par lesquelles seront traitées ces informations soient déterminées en amont du test et communiquées au patient dans le cadre du processus d'obtention de son consentement éclairé.

2. Les principes relatifs au traitement des observations secondaires ou fortuites doivent tenir compte :

   - des préférences du patient concernant le traitement des découvertes secondaires ou fortuites ;
   - de la signification de ces observations secondaires et fortuites pour la santé ou d'autres intérêts du patient ;
   - la signification des observations secondaires ou fortuites pour la santé ou d'autres intérêts d'autres personnes, génétiquement apparentées au patient ;
   - la validité scientifique des observations secondaires ou fortuites ;
   - la solidité des preuves d'une corrélation entre les observations secondaires ou fortuites et des risques pour la santé du patient ;
   - la mesure en laquelle ces observations secondaires ou fortuites sont des variants

actionnables, sur le plan médical ou autre.

Conseil génétique

1. Tout test génétique, traitement fondé sur la génétique ou interprétation des résultats d'un test génétique doit systématiquement être accompagné d'un conseil approprié en la matière. Ces conseils doivent permettre au patient de prendre des décisions informées et conformes à ses valeurs et intérêts. Ces conseils ne doivent pas être orientés par les valeurs personnelles du conseiller. Le droit de la personne de n'être pas testée doit être protégé. Si la personne a été testée, elle ne saurait être obligée d'agir consécutivement aux résultats du test.

2. Les étudiants en médecine et les médecins devraient recevoir une formation au conseil génétique, notamment au conseil relatif à un diagnostic présymptomatique.

Confidentialité

Comme tous les dossiers médicaux, les informations issues d'un test génétique ou d'une thérapie génique doivent demeurer strictement confidentielles et ne sauraient être communiquées à des tiers sous forme identifiable sans le consentement de la personne testée. Les tiers à qui les résultats pourraient être, sous certaines conditions, communiqués sont définis au paragraphe 15.

Information des tiers

Dans le cas où les résultats d'un test pourraient avoir des conséquences pour des tiers, comme des proches, la personne testée doit être encouragée à discuter des résultats du test avec ces tiers. Dans les cas où la non-divulgation des résultats du test causerait un péril prévisible grave et inévitable, hormis par la divulgation de ces résultats, et dont les conséquences seraient pires que la divulgation des résultats, le médecin peut révéler les informations nécessaires à des tiers sans le consentement du patient, mais il convient qu'il aborde d'abord cette question avec ledit patient. Si le médecin peut consulter un comité d'éthique, il serait préférable qu'il le fasse avant de révéler des informations à des tiers.

Protection des données

Le recueil, le stockage et l'emploi de données génétiques suppose un degré élevé de protection des données.

Discrimination

Aucune discrimination ne saurait être opérée contre une personne ou un groupe sur la base de son ou de leur patrimoine génétique, notamment dans le domaine des droits humains, de l'emploi ou des assurances. Toute personne ayant subi un test génétique ou une thérapie génique, ainsi que toute personne dont les informations génétiques pourraient être déduites, doivent être protégées de toute discrimination. À cet égard, il convient d'accorder une attention particulière à la protection des personnes et des groupes vulnérables.

Coûts du test

La décision d'intégrer à un traitement médical une analyse génétique peut supposer un coût significatif pour le patient et le système de santé. Une telle décision doit donc être fondée sur la perspective que le coût de l'analyse sera compensé par le bénéfice qu'en tirera le patient.

Fiabilité et limites

1. L'identification de gènes liés à une pathologie a conduit à une hausse du nombre de tests, d'analyses et de traitements génétiques disponibles, dont la variété et la complexité augmentent également. C'est pourquoi il convient d'assurer soigneusement leur fiabilité, leur exactitude et leur qualité et d'informer les patients de leurs limites.

2. Le bénéfice d'un test génétique pour une personne peut dépendre de la disponibilité des informations relatives à la population dont le variant a été identifié. Les professionnels de la médecine doivent garder à l'esprit la portée et les limites des données issues de la génétique et des informations de santé stockées dans les bases de données utilisées pour la prestation de services de tests génétiques cliniques.

Tests destinés au grand public

Les tests génétiques proposés directement aux consommateurs à des fins médicales doivent être conformes aux mêmes normes techniques, professionnelles, juridiques et éthiques que les tests destinés aux laboratoires certifiés ainsi qu'aux recommandations figurant dans la présente déclaration. Les fournisseurs de ces tests destinés au grand public, notamment, doivent communiquer des informations adéquates, exactes et compréhensibles au sujet de la fiabilité et des limites de leurs services.

Utilisation clinique des données issues de la recherche

Dans le cadre de projets de recherche qui supposent la réalisation d'un test génétique et lorsque le participant peut être identifié, ce dernier doit être informé de l'éventualité que des observations secondaires ou fortuites permettent de découvrir un risque grave pour sa santé. Si cette éventualité se produisait, il conviendrait de proposer un conseil génétique et une intervention médicale idoine audit participant.

Thérapie génique et manipulation génétique

La thérapie génique et la manipulation génétique recouvrent un ensemble de techniques utilisées pour manipuler les gènes liés à des pathologies. L'utilisation de ces techniques doit être conforme aux directives suivantes :

- l'utilisation de la thérapie génique et de la manipulation génétique doit être conforme aux normes d'éthique médicale et de responsabilité professionnelle ;
- il est indispensable de respecter l'autonomie du patient concerné et d'obtenir son consentement éclairé. Le processus d'obtention du consentement éclairé du patient devrait comprendre la description des risques associés à la thérapie génique et à la manipulation génétique, y compris le fait que le patient pourrait avoir à subir de multiples cycles de thérapie génique, le risque de réaction immunitaire et les éventuels problèmes associés à l'utilisation de vecteurs viraux et aux effets hors

cible d'une thérapie génique ;

- la thérapie génique et la manipulation génétique ne sauraient être entreprises qu'après une analyse approfondie des risques et des bénéfices attendus et une évaluation de l'efficacité probable de la thérapie comparée aux risques, effets secondaires, disponibilité et efficacité d'autres traitements ;
- la manipulation génétique de cellules germinales présente des risques actuellement immaîtrisables. Elle ne devrait donc pas être utilisée. Ceci n'empêche cependant pas les tentatives de manipulation génétique ou d'autres recherches similaires.

Clonage

Le clonage désigne à la fois le clonage thérapeutique, c'est-à-dire le clonage de cellules souches d'une personne en vue de créer une copie saine d'un tissu malade à des fins de transplantation et le clonage reproductif, c'est-à-dire le clonage d'un être humain existant en vue de produire un double génétique de cet être humain. L'AMM est opposée au clonage reproductif d'êtres humains.

DÉCLARATION DE SÉOUL DE L'AMM SUR L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE ET L'INDÉPENDANCE CLINIQUE

Adoptée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et amendée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

L'AMM réaffirme sa Déclaration de Madrid sur l'autonomie et l'autorégulation professionnelles.

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. L'autonomie professionnelle et l'indépendance sont essentielles à la prestation de soins de santé de haute qualité et dès lors bénéficie à l'ensemble des patients et de la société.
2. 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 très complexe. Au fil d'une formation et d'une expérience longues, les médecins deviennent des experts médicaux 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.
4. 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.
5. L'autonomie professionnelle est limitée par le respect des règles professionnelles, des normes et des données scientifiques disponibles.
6. 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'usager peuvent privilégier la rentabilité au détriment des bénéfices sanitaires.

7. 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.
8. Certains gestionnaires hospitaliers et certaines mutuelles estiment que l'autonomie professionnelle du médecin est incompatible avec une gestion prudente des coûts de santé. L'autonomie professionnelle permet aux médecins d'aider leurs patients à faire des choix informés et légitime les médecins qui refusent d'accéder aux exigences de patients ou de proches de recevoir certains traitements ou services inadaptés.
9. 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 in fine 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.
10. 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.
11. 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.
12. L'Association médicale mondiale réaffirme que l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique sont des composantes essentielles des soins médicaux de haute qualité et de la relation entre patient et médecin, 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.

DÉCLARATION DE L'AMM DE DELHI SUR LA SANTÉ ET LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Adoptée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009
et amendée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PREAMBULE

1. L'influence humaine sur le système climatique est évidente et les récentes émissions de gaz à effet de serre sont les plus élevées de l'histoire. Les changements climatiques récents ont des conséquences très étendues sur les milieux naturels et les humains.

2. Des preuves irréfutables confirment les nombreux risques sanitaires, liés au changement climatique, qui menacent les populations de tous les pays. Parmi ces menaces, toujours plus fréquentes et potentiellement plus graves, il convient de citer les canicules, les sécheresses, les inondations et les autres phénomènes climatiques extrêmes, notamment les tempêtes et les feux de forêt. Le changement climatique, notamment le réchauffement, produit déjà des transformations dans les environnements propices aux maladies vectorielles. La pénurie d'eau potable de qualité et une plus grande insécurité alimentaire conduisent à la malnutrition et à des déplacements de population. Le changement climatique est mondial, mais ses conséquences ne sont pas ressenties partout de la même manière et de nombreuses régions parmi celles qui sont les plus touchées sont le moins à même de faire face à ces difficultés.

3. La lutte contre les effets du changement climatique offre des occasions d'améliorer la santé et le bien-être, à la fois parce que les solutions à faibles émissions de carbone bénéficient également à la santé et parce que les mesures d'atténuation et d'adaptation pourraient permettre d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. La transition vers la production d'énergie renouvelable, l'utilisation de transports actifs, et le changement de régime alimentaire, notamment la diminution de la consommation de bœuf et d'autres produits issus des animaux, pourraient contribuer à améliorer la santé publique et le bien-être des populations.

4. Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs dont dépend la santé avant et après la naissance des personnes, au fil de leur croissance, de leur vie et à leur travail. Ces déterminants varient entre les pays et au sein des pays. Généralement, les personnes souffrant d'une mauvaise santé et dont l'espérance de vie en bonne santé est la plus faible sont celles qui connaissent les plus grandes difficultés à s'adapter ou à parer aux effets nocifs du changement climatique, ce qui exacerbe les déterminants sociaux néfastes pour la santé.

5. Les recherches et la surveillance portant sur le changement climatique sont

essentielles. L'AMM soutient des études qui décrivent les profils épidémiologiques des maladies attribuées au changement climatique, y compris les effets de ce dernier sur les communautés et les foyers, le poids des maladies connues et émergentes causées par le changement climatique, ainsi que celles qui pourraient être causées par de nouvelles activités (étude des impacts sanitaires). Ces études devraient en outre définir les populations les plus vulnérables.

6. L'Accord de Paris insiste sur une transition vers un nouveau modèle de collaboration pour lutter contre le changement climatique et constitue pour le secteur de la santé une occasion de contribuer à l'action en faveur du climat. Il comporte une série de mesures à prendre par chaque partie pour atteindre l'objectif à long terme de limiter l'augmentation moyenne de la température mondiale à moins de 1,5 ° C au-dessus des niveaux préindustriels. Que les États dont elles sont issues soient ou non parties à l'accord, les associations médicales mondiales ont l'obligation de tenir compte des effets du changement climatique sur la planète et sur les humains, les animaux et la pérennité de l'environnement et de prendre les mesures suivantes.

RECOMMANDATIONS

7. L'Association médicale mondiale et ses associations médicales nationales membres :

- Appellent instamment les gouvernements et les acteurs non étatiques à reconnaître officiellement les graves conséquences sanitaires du changement climatique et à adopter des mesures d'atténuation de ses effets ;

- Appellent les gouvernements nationaux à assurer la réalisation des engagements nationaux pris dans le cadre des accords internationaux, qui comportent à la fois des mesures d'adaptation et des mesures d'atténuation, ainsi que des mesures d'indemnisation pour les dommages et préjudices subis ;

- Appellent les gouvernements nationaux à financer la lutte contre le changement climatique, y compris l'allocation de fonds pour renforcer les systèmes de santé, la santé et les politiques qui bénéficient au climat, mais aussi à la santé et apporter les fonds mondiaux, régionaux et locaux suffisants pour que toutes les parties remplissent les objectifs d'adaptation et d'atténuation, de réduction des risques de catastrophe et de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ;

- Appellent les gouvernements nationaux à faciliter la participation active des représentants du secteur de la santé à la création et à la mise en œuvre de programmes de préparation au changement climatique et de mesures d'urgence aux niveaux local, national et international ;

- Appellent les gouvernements nationaux à assurer la santé et le bien-être des populations déplacées pour des raisons environnementales, y compris celles qui deviennent des réfugiés en raison des effets du changement climatique ;

- Demande aux gouvernements nationaux d'investir dans la recherche en santé publique et sur le changement climatique pour permettre une meilleure

compréhension des besoins d'adaptation et des co-bénéfices au niveau national ;

- Appelle les gouvernements nationaux à faciliter la collaboration entre le ministère de la Santé et les autres ministères pour assurer que la santé est prise en compte dans les engagements nationaux et les stratégies durables de ces derniers.

8. Les associations médicales nationales et leurs membres médecins devraient :

- Plaider pour l'adoption de pratiques écologiquement responsables à faibles émissions de carbone dans l'ensemble du secteur de la santé afin de limiter l'empreinte environnementale des pratiques et des infrastructures sanitaires ;

- Se préparer aux perturbations des infrastructures sanitaires qui accompagnent la plupart des situations d'urgence sanitaire, notamment en prévoyant la prestation de services et la demande de soins accrue pendant ces situations de crise ;

- Encourager et soutenir les mesures de sensibilisation en faveur de la protection de l'environnement et de la réduction des émissions de gaz à effet de serre, y compris par des systèmes de commerce des émissions ou de taxes carbone ;

- Se former aux effets sanitaires du changement climatique et se préparer à y faire face dans le cadre des soins aux patients ;

- Encourager la recherche médicale sur une meilleure utilisation de l'antibiothérapie afin de pouvoir répondre, à l'avenir, aux nouvelles pathologies infectieuses liées aux changements climatiques.

9. L'AMM et ses membres constituants devraient :

- Encourager les pratiques à faibles émissions de carbone, respectueuses des limites de la planète, y compris les modes de vie actifs et les modèles de production et de consommation durables ;

- S'efforcer de sensibiliser les professionnels et le grand public à l'importance de l'environnement et du changement climatique pour la santé personnelle, communautaire et publique ;

- Travailler ensemble à l'intégration des principaux concepts et des compétences de lutte contre le changement climatique dans le cursus médical initial et dans la formation médicale continue ;

- Travailler en collaboration avec l'OMS et d'autres parties prenantes, le cas échéant, à la production de supports éducatifs et de plaidoyer sur le changement climatique à destination des associations médicales nationales, des médecins, d'autres professionnels de santé et de la population au sens large ;

- Plaider auprès de leurs gouvernements respectifs pour qu'ils promeuvent et financent la recherche sur les effets du changement climatique sur la santé et qu'ils collaborent avec les ONG et les autres professionnels de santé ;

- Collaborer avec les gouvernements, les ONG, les entreprises, la société civile et d'autres acteurs à la création de systèmes d'alerte afin d'assurer que les systèmes de santé et les médecins sont informés précisément des catastrophes climatiques à mesure qu'elles se déroulent et de la gestion des évènements sanitaires émergents ;

- Inscrire la lutte contre le changement climatique en priorité à leur ordre du jour et participer activement à la création de politiques et d'initiatives qui atténuent les effets du changement climatique sur la santé.

10. L'AMM appelle instamment les associations médicales nationales :

- À travailler avec les autorités sanitaires et les médecins à l'adoption de politiques relatives au climat et à donner l'exemple en réduisant leurs émissions de carbone;

- À reconnaître les facteurs environnementaux comme des déterminants sociaux de la santé essentiels et encourager les gouvernements à favoriser la collaboration entre le secteur de la santé et les nombreux autres secteurs concernés pour pallier ces déterminants .

DÉCLARATION DE L'AMM DE MADRID SUR LA RÉGULATION ASSURÉE PAR LA PROFESSION

Adoptée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009
et révisée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

L'AMM réaffirme sa déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique.

La profession médicale doit jouer un rôle central dans la régulation de la conduite et les activités professionnelles de ses membres et ainsi assurer que les pratiques professionnelles des médecins soient conformes à l'intérêt des citoyens.

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. Cette régulation requiert une implication indépendante et très forte des professionnels.

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 peuvent fournir un environnement 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 de coopérer avec les organismes de régulation et de prendre les mesures qui s'imposent afin d'assurer que de tels systèmes efficaces soient en place. Ces mesures doivent être fondées sur les principes suivants :

1. La société accorde aux médecins un degré élevé d'autonomie 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 de l'intérêt de ce dernier, sans influence extérieure inopportune ou abusive. Cet aspect est traité plus précisément dans la déclaration de Séoul de l'AMM.

2. La régulation de la profession doit être proportionnée et doit avoir pour objectif de simplifier sans être pesante. Elle doit être fondée sur un modèle qui s'applique également à tous les médecins, qui protège les patients et qui se fonde sur un code d'éthique. La planification et la prestation de tous types de soins de santé sont fondées sur un modèle éthique et les connaissances médicales actuelles, qui régissent la pratique de tous les médecins. Ce modèle est un composant essentiel 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.

3. 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 s'efforcer d'assurer qu'elle permet de maintenir la confiance de la population dans la profession.

4. Les médecins de tous les pays sont priés d'instaurer et de préserver un système proportionné, reconnu, juste, légitime, rigoureux et transparent de régulation assurée par la profession et d'y participer activement. Ces systèmes sont conçus pour équilibrer les droits des médecins à exercer leur jugement professionnel librement par des obligations de sagesse et de mesure.

5. Les associations médicales nationales doivent s'efforcer de promouvoir et de soutenir la notion de régulation efficace et éclairée parmi leurs membres et auprès du grand public. Pour éviter tout conflit d'intérêts éventuel qui pourrait naître de leur double rôle de représentation et de régulation, les médecins doivent assurer la séparation des deux processus et 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.

6. Tout système de régulation assurée par la profession elle-même doit promouvoir et garantir:

   - la prestation de soins sûrs et de haute qualité aux patients, dispensés par du personnel compétent;
   - la compétence des médecins qui assurent ces soins;
   - le comportement professionnel de tous les médecins, y compris sur le plan éthique;
   - la protection de la société et des droits du patient;
   - la promotion de l'adhésion et de la confiance des patients, de leur famille et du grand public;
   - l'assurance qualité du système de régulation;
   - le maintien de la confiance des patients et de la société dans son ensemble;
   - l'élaboration de solutions aux éventuels conflits d'intérêts;
   - un engagement à assumer des responsabilités professionnelles élargies.

7. Afin de toujours assurer que les patients reçoivent des soins de qualité, les médecins devraient participer activement au processus de formation professionnelle continue, y compris d'analyse de leur pratique afin d'actualiser et de tenir à jour leurs connaissances et leurs compétences cliniques. Il incombe à leurs employeurs et à leurs supérieurs d'assurer que les médecins répondent à ces exigences.

8. 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, signalées aux autorités compétentes et corrigées. Les médecins doivent intervenir en temps utile pour assurer que leurs confrères ayant commis une faute ne mettent pas en danger leurs patients ou leurs collègues et reçoivent une assistance appropriée via un programme axé sur la santé des médecins ou une formation adaptée qui permettra leur exercice dans de bonnes conditions.

9. 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. Le processus de régulation devrait assurer que de tels enseignements s'intègrent de manière cohérente à la formation.

10. Les associations médicales nationales sont appelées à s'entraider dans le but de résoudre les problèmes, relever les défis nouveaux et ceux en voie d'apparition, y compris les éventuelles menaces 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.

11. Quelles que soient les dispositions juridiques et règlementaires au niveau national, tout jugement sur le comportement ou les performances professionnelles d'un 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.

12. Il doit exister un système efficace et responsable de régulation qui ne saurait être complaisant ou avoir pour but de protéger la profession. Les associations médicales nationales devraient aider leurs membres à comprendre que l'autorégulation assurée par la profession, dans les pays où un tel système existe, doit garantir la sécurité et les droits à la santé de la population, susciter l'adhésion et la confiance du public en général et préserver l'honneur de la profession elle-même.

DÉCLARATION DE MONTEVIDEO DE L'AMM SUR LA PRÉPARATION AUX CATASTROPHES ET SUR LA RÉPONSE MÉDICALE

Adopté par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

Ces dix dernières années, le monde entier a été confronté à une série de graves évènements qui ont éprouvé les moyens existants sur place pour assurer les soins de santé et qui ont dépassé les systèmes de réponse médicale d'urgence. Les conflits armés, les attaques terroristes et les catastrophes naturelles telles que les séismes, les inondations et les tsunamis dans différentes parties du monde non seulement ont affecté la santé de la population vivant dans ces zones mais ont sollicité le soutien et une réponse de la communauté international.

De nombreuses associations médicales nationales ont envoyé des équipes d'intervention dans de telles situations désastreuses.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED), la fréquence, la magnitude et le coût de ces catastrophes naturelles et du terrorisme sont en augmentation partout dans le monde. Au siècle dernier, près de 3millions et demi de personnes ont été tuées dans le monde à cause de catastrophes naturelles ; près de 200 millions ont été tués en raison de désastres d'origine humaine (guerres, terrorisme, génocides par ex.). Tous les ans, les désastres entraînent des centaines de morts et coûtent des milliards de dollars du fait de l'interruption du commerce et de la destruction de l'habitat et des infrastructures essentielles.

La vulnérabilité des populations (en autre du fait de la plus grande densité de population, de l'urbanisation, du vieillissement) a accru le risque de catastrophes et de situations d'urgence en matière de santé publique. La mondialisation reliant tous les pays via une interdépendance économique a conduit à une augmentation des voyages et du commerce international. Une telle activité a conduit à une plus grande densité de population dans les villes et un déplacement plus important des populations vers les zones côtières et les autres régions sensibles en termes de catastrophes. L'augmentation des voyages internationaux pourrait accélérer le rythme auquel une maladie infectieuse émergente ou un agent du bioterrorisme se diffuse à travers le globe. Les changements climatiques et le terrorisme sont devenus des facteurs majeurs pouvant influencer la fréquence des catastrophes et nécessitent donc un suivi et une attention continus.

L'émergence des maladies infectieuses telles que la grippe H1N1 et le syndrome respiratoire aigue sévère (SRAS) ainsi que la récente apparition du virus du Nil occidental et de la variole simienne dans l'hémisphère occidental renforce la nécessité d'être constamment vigilant et de planifier la préparation et la réponse aux nouvelles émergences de santé publique inattendues.

La probabilité croissante de catastrophes liées au terrorisme et affectant de vastes populations civiles concerne tous les pays. L'inquiétude demeure quant à la sécurité de l'arsenal nucléaire, chimique et biologique mondial ainsi que du recrutement de personnes capables de le produire ou de l'utiliser. La nature potentiellement catastrophique d'une attaque terroriste « réussie » configure un évènement pouvant exiger des ressources et une préparation des professionnels d'une ampleur disproportionnée. Des catastrophes naturelles telles que les tornades, les ouragans, les inondations et les séismes ainsi que celles liées à l'industrie et aux transports sont beaucoup plus fréquentes et peuvent aussi placer dans une situation de grave tension les infrastructures médicales, la santé publique et les systèmes de réponse aux situations d'urgence.

A la lumière des récents évènements mondiaux, il devient de plus en plus clair que tous les médecins doivent être de plus en plus professionnels dans la reconnaissance, le diagnostic et le traitement des nombreuses victimes, avec une approche tous risques à la gestion et à la réponse aux catastrophes. Ils doivent pouvoir reconnaitre les caractéristiques générales des catastrophes et des urgences de santé publique, savoir comment les signaler et où obtenir davantage d'informations, si besoin est. Les médecins sont sur la ligne de front lorsqu'ils traitent des blessures et des maladies - qu'elles soient dues à des microbes, à des dangers environnementaux, des catastrophes naturelles, des collisions autoroutières, au terrorisme ou à d'autres calamités. Une détection et un suivi précoces sont essentiels pour minimiser le nombre de victimes via un travail d'équipe avisé dans le secteur de la santé publique et privé et via du personnel d'intervention d'urgence.

L'AMM, représentant les médecins du monde, exhorte ses membres à une défense / sensibilisation de ce qui suit :

- Promouvoir un ensemble de compétences standards afin d'assurer une cohérence au sein des programmes de formation aux catastrophes dans toutes les spécialités de médecine. De nombreuses AMN organisent des formations aux catastrophes et possèdent une expérience en matière de réponse aux catastrophes. Ces AMN peuvent partager leurs connaissance et plaider en faveur d'un certain niveau normalisé de formation pour tous les médecins, peu importe leur spécialité ou nationalité.

- travailler avec les gouvernements nationaux et locaux pour établir ou actualiser des banques de données régionales et un mappage géographique d'informations sur les ressources de santé, les capacités, les aptitudes et la logistique afin de participer aux efforts de secours médical dans le pays et dans le monde, là où cela est nécessaire. Cela pourrait inclure des informations sur les organisations de secours locales, l'état des hôpitaux locaux et des infrastructures sanitaires, des maladies endémiques et des maladies émergentes ainsi que d'autres informations importantes de santé publique et touchant à la clinique pour contribuer à une intervention médicale en cas de catastrophe. De plus, les systèmes destinés à communiquer directement avec les médecins et les autres prestataires de soins sur le front devraient être identifiés et renforcés.

- travailler avec les gouvernements nationaux et locaux afin d'établir et de tester des programmes de gestion des catastrophes pour les soins cliniques et la santé publique y compris les bases éthiques pour la fourniture de tels programmes.

- encourager les gouvernements au niveau national et local à travailler au delà des frontières classiques départements et autres à l'établissement d'une planification nécessaire. planification.

L'AMM pourrait être un canal de communication pour les AMN pendant de telles crises en leur permettant de coordonner leurs activités et de travailler ensemble.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LES SOIN MEDICAUX EN FIN DE VIE

Adoptée par la 62e Assemblée Générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

INTRODUCTION

Tout le monde a droit à des soins de santé de qualité sur le plan scientifique et humain. Dans ces conditions, recevoir des soins médicaux appropriés en fin de vie ne doit pas être considéré comme un privilège mais comme un véritable droit, indépendamment de l'âge ou d'autres facteurs associés. L'AMM réaffirme les principes énoncés dans la Déclaration de l'AMM sur la maladie en phase terminale et la Déclaration de l'AMM sur l'euthanasie. Ces déclarations viennent en soutien et en complément de la Déclaration sur les soins médicaux en fin de vie.

Les soins palliatifs en fin de vie font partie des soins médicaux de qualité[1]. Il existe un gros besoin d'accès à des soins palliatifs améliorés, notamment dans les pays en voie de développement. L'objectif des soins palliatifs est de donner la meilleure qualité de vie possible en palliant la douleur et d'autres symptômes physiques pénibles et en accordant de l'attention aux besoins sociaux, psychologiques et spirituels du patient.

Les soins palliatifs peuvent être apportés à domicile et dans des centres de soins primaires et spécialisés. Le médecin doit adopter une attitude particulièrement compassionnelle et humaine face à la souffrance, agir avec empathie, respect et tact. L'abandon d'un patient lorsqu'il a besoin de ses soins constitue une pratique médicale inacceptable.

RECOMMANDATIONS

1. Prise en charge de la douleur et des symptômes

1.1 Il est essentiel d'identifier dès que possible les patients proches de leur fin de vie afin quele médecin puisse bien évaluer leurs besoins. Il faut toujours établir un programme de soins pour le patient ; lorsque cela est possible, ce programme de soins sera établi en consultant directement le patient.

Pour certains, ce processus peut débuter des mois ou un an avant la date de décès anticipé. Ce processus implique de connaître et traiter les probables douleurs et les autres symptômes pénibles et de répondre aux besoins sociaux, psychologiques et spirituels des patients pour le temps qu'il leur reste à vivre. L'objectif prioritaire est de préserver la dignité des patients et de leur éviter les symptômes pénibles. Les programmes de soins veillent à leur apporter le confort et le contrôle autant que possible et à reconnaître l'importance du soutien apporté à la famille et à la prise en charge respectueuse du corps après le décès.

1.2 D'importants progrès ont été accomplis dans la prise en charge de la douleur et des autres symptômes pénibles. La bonne utilisation de la morphine, les nouveaux analgésiques et les autres mesures peuvent éliminer ou soulager la douleur et les autres symptômes pénibles dans la plupart des cas. Les autorités sanitaires doivent faciliter l'accès et la disponibilité des médications nécessaires aux médecins et à leurs patients. Les groupes de médecins devraient établir des directives pour l'utilisation correcte des médications, dont l'augmentation des doses et les éventuels effets secondaires possibles.

1.3 Dans certains cas très limités, généralement à un stade très avancé d'une maladie physique, certains symptômes peuvent apparaître et être réfractaires aux traitements classiques. Dans de tels cas, il est permis de proposer une sédation palliative menant au coma lorsque l'espérance de vie n'est que de quelques jours. Ce type de sédation doit être considéré comme une mesure exceptionnelle en réponse à une souffrance que le patient et le clinicien considèrent comme intolérable. La sédation palliative ne doit jamais être utilisée avec l'intention de provoquer la mort du patient ou sans l'accord du patient ayant conservé ses facultés mentales. Le niveau et le timing de la sédation palliative doivent être proportionnés à la situation. Le dosage doit être soigneusement calculé pour soulager les symptômes mais doit cependant être le plus faible possible tout en donnant un résultat.

2. Communication et consentement ; éthique et valeurs

2.1 L'information et la communication entre le patient, la famille et l'équipe médicale font partie des éléments majeurs contribuant à la qualité des soins en fin de vie. Il faudrait encourager le patient à exprimer ses préférences en matière de soins. Ses émotions et son angoisse existentielle doivent être prises en considération.

2.2 Des soins en fin de vie conformes à l'éthique en fin de vie devraient systématiquement favoriser l'autonomie du patient et la participation aux décisions. Ils doivent respecter les valeurs du patient et de sa famille.

2.3 Les médecins devraient discuter directement les préférences du patient avec le patient et/ou éventuellement le décisionnaire remplaçant pour ce qui les soins. Ces discussions devraient commencer de bonne heure et systématiquement être proposées à tous les patients. Elles devraient être renouvelées régulièrement afin d'étudier toute modification exprimée par le patient quant à ses souhaits, notamment si l'état clinique du patient a changé. Les médecins devraient inciter leurs patients à documenter officiellement leurs objectifs, valeurs et préférences en termes de traitement et à désigner un décisionnaire remplaçant pour ce qui concerne les soins avec lequel le patient pourra discuter par avance de ses valeurs en matière de soins de santé et de traitement. Les patients qui sont dans le déni sur les implications de leur maladie peuvent ne pas vouloir prendre part à de telles discussions, à certains stades de leur maladie mais devraient savoir qu'ils ont le droit de changer d'cis. Les directives anticipées et documentées n'étant souvent pas disponibles dans des situations d'urgence, les médecins devraient souligner auprès de leurs patients l'importance de discuter de leurs préférences en termes de traitement avec les décisionnaires remplaçants pour ce qui concerne les soins.

2.4 Si un patient est capable de donner son consentement, les soins devraient être basés sur ses souhaits tant que ceux-ci demeurent médicalement, éthiquement et légalement fondés. Le consentement doit reposer sur des informations et un dialogue suffisants et le médecin a le devoir de veiller à ce que le patient soit correctement traité au niveau des douleurs et de son inconfort avant d'obtenir un consentement car la souffrance physique et mentale inutile ne doit pas altérer la décision.

2.5 Le parent le plus proche du patient ou la famille devrait être informé et impliqué dans la prise de décision, à la condition que le patient ne s'y oppose pas. Si le patient est incapable de donner son consentement et en l'absence de directives anticipées, l'avis du décisionnaire remplaçant, désigné par le patient, sur les soins et le traitement doit être pris en compte.

3. Dossiers médicaux et considérations médico-légales

3.1 Les médecins soignant un patient en fin de vie doivent documenter soigneusement les décisions thérapeutiques et les raisons pour lesquelles ils ont choisi telle ou telle procédure, y compris les souhaits et les consentements du patient et de sa famille, dans les notes d'évolution des dossiers médicaux. Un dossier médical correct est d'une extrême importance pour la continuité et la qualité des soins médicaux en général et des soins palliatifs en particulier.

3.2 Le médecin doit aussi tenir compte du fait que ces notes peuvent avoir un intérêt médico-légal, par exemple pour déterminer si le patient est capable de prendre des décisions.

4. Membres de la famille

Il convient de reconnaître l'importance de la famille et de l'environnement émotionnel du patient. Les besoins de la famille et des personnes qui ont été proches tout au long de la maladie doivent être reconnus. L'équipe soignante devrait favoriser la collaboration pour la prise en charge du patient et apporter un soutien pendant toute la fin de vie du patient et si nécessaire après le décès du patient. Les besoins des enfants et des familles peuvent nécessiter une attention et/ou des compétences particulières, et les deux lorsque les patients sont des enfants ou dépendent du patient.

5. Travail d'équipe

Les soins palliatifs sont généralement assurés par des équipes pluri et interdisciplinaires, constituées de membres des professions de santé et autres. Le médecin doit être celui qui dirige l'équipe, en étant responsable, entre autres obligations, du diagnostic et du traitement médical. La continuité des soins est très importante. L'équipe devrait aussi faire tout ce qu'elle peut pour faciliter le souhait du patient de mourir à son domicile lorsque cela est possible.

6. Formation des médecins

Le nombre croissant de personnes nécessitant des soins palliatifs et le plus grand nombre de traitements efficaces signifient que les questions concernant les soins de fin de vie devraient être une composante importante de la formation médicale universitaire et post-universitaire.

7. Recherche et éducation

Il faut davantage de recherches pour améliorer les soins palliatifs. Cela inclut sans être exhaustif les soins médicaux en général, les traitements spécifiques, les implications psychologiques et l'organisation. L'AMM apportera son aide dans les efforts entrepris pour mieux former les médecins aux compétences requises pour améliorer la prévalence et la qualité de l'organisation de soins programmés en fonction de l'évolution.

CONCLUSION

Les soins qu'une population prodigue à ses patients mourants dans le cadre des ressources disponibles est une indication de son niveau de civilisation. En tant que médecins dans la plus pure tradition humanitaire, nous devrions toujours nous engager à fournir des soins de fin de vie les meilleurs possibles.

L'AMM recommande que toutes les Associations Médicales Nationales mettent au point une politique nationale sur les soins palliatifs et la sédation palliative, basée sur les recommandations énoncées dans cette déclaration.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LE CONTRÔLE DE LA LEPRE DANS LE MONDE ET LA SUPPRESSION DE TOUTE DISCRIMINATION CONTRE LES PERSONNES AFFECTEES PAR LA LEPRE

Adopté par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

La lèpre est un vaste problème de santé publique - avec env. 250.000 nouveaux cas dans le monde chaque année. Il s'agit d'une maladie que l'on peut soigner et dès le début du traitement, la chaîne de transmission est stoppée. La lèpre figure parmi les maladies négligées qui n'ont pas été prises correctement en charge, tant sur le plan des investissements dans la recherche que du traitement médical.

L'Association Médicale Mondiale recommande à toutes les Associations Médicales Nationales de veiller à ce que les personnes atteintes par la lèpre ainsi que leurs familles soient traitées avec dignité et sans subir un quelconque préjudice ou discrimination. Les médecins, les professionnels de santé et la société civile devraient s'impliquer dans la lutte contre toute forme de préjudice et de discrimination. Les centres de recherche devraient considérer la lèpre comme un problème majeur de santé publique et poursuivre les recherches sur cette maladie car ses mécanismes pathophysiologiques ne sont pas totalement connus. Ces lacunes pourraient être surmontées par l'allocation de ressources pour de nouvelles recherches qui contribueront à une lutte plus efficace dans le monde. Les facultés de médecine, notamment dans les pays ayant une forte prévalence de cette maladie, devraient mettre l'accent sur l'importance de la lèpre dans leur cursus. Le secteur public, privé et la société civile devraient rassembler leurs efforts pour diffuser l'information contre le préjudice face à la lèpre et faire savoir qu'il s'agit d'une maladie que l'on peut traiter.

DÉCLARATION D'OSLO DE L'AMM SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Adoptée par la 62ème Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Octobre 2011 et le titre (Prise de Position à Déclaration) changé par la 66e Assemblée générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

Les déterminants sociaux de la santé sont : les conditions de naissance, de croissance, de vie, de travail et d'âge ainsi que l'impact de la société sur ces conditions. Les déterminants sociaux de la santé influencent beaucoup à la fois la qualité de vie dont la santé et la probabilité de mener une grande partie de sa vie sans handicap. Les soins tentent de réparer les dommages causés par un état de santé prématurément déficient mais les facteurs sociaux, culturels, environnementaux, économiques et autres sont les causes majeures du taux de progression des maladies et notamment de l'ampleur des inégalités sociales.

Historiquement, le rôle premier des médecins et des autres professionnels de santé a été de traiter les malades - un rôle vital et très apprécié dans toutes les sociétés. Dans une moindre mesure, les professionnels de santé se sont penchés sur les expositions individuelles aux agents pathogènes - le tabac, l'obésité et l'alcool dans les maladies chroniques, par exemple. Ces aspects habituels d'un mode de vie peuvent être considérés comme des causes « secondaires » de maladie.

Le travail sur les déterminants sociaux dépasse largement les causes secondaires et consiste à étudier les « causes des causes ». Le tabac, l'obésité, l'alcool, un mode de vie sédentaire sont pathogènes. Une approche des déterminants sociaux de la santé s'attaque aux causes de ces causes et se penche en particulier sur la manière dont celles-ci participent aux inégalités sociales en matière de santé. Cette approche se concentre non seulement sur les comportements individuels mais tente de déterminer les circonstances sociales et économiques à l'origine d'un état de santé prématurément déficient, tout au long d'une vie:

Le développement précoce de l'enfant, l'éducation, le travail et les conditions de vie ainsi que les causes structurelles donnant naissance à ces conditions d'existence et de travail. Dans de nombreuses sociétés, des comportements défavorables à la santé sont fonction de l'échelle sociale : plus les gens sont dans le bas de cette échelle socio-économique, plus ils fument, plus ils s'alimentent mal et moins ils ont d'activité physique. Une cause essentielle mais pas unique de la répartition sociale de ces causes est le niveau d'éducation. D'autres exemples spécifiques de traitement des causes de ces causes: le prix et la disponibilité qui sont les éléments clés de la consommation d'alcool; la taxation, l'étiquetage, l'interdiction de la publicité et l'interdiction de fumer dans les lieux publics qui s'est avérée avoir un

impact efficace sur la consommation de tabac. La voix de la profession médicale a été très importante dans ces exemples de prise en charge des causes de ces causes.
Il y a mondialement un mouvement croissant cherchant à traiter ces grandes inégalités en matière de santé et d'espérance de vie en agissant au niveau des déterminants sociaux de la santé. Ce mouvement a impliqué l'Organisation Mondiale de la Santé, plusieurs gouvernements, les organisations de la société civile et les académies. Des solutions ont été recherchées et les connaissances ont été partagées. Les médecins devraient être des participants bien informés dans ce débat. Beaucoup de choses peuvent se faire dans le cadre de l'exercice médical qui peuvent être utiles directement et par un travail avec d'autres secteurs. La profession médicale peut plaider en faveur d'une action sur ces conditions sociales qui ont un impact important sur la santé.

L'AMM pourrait contribuer de manière significative à ces efforts mondiaux de prise en considération des déterminants sociaux en aidant les médecins, d'autres professionnels de santé et les Associations Médicales Nationales à comprendre ce que nous enseigne l'évidence actuelle et ce qui fonctionne dans telle ou telle situation. Elle pourrait aider les médecins à pratiquer un lobbying plus efficace au sein de leurs pays et au delà des frontières et à veiller à ce que les connaissances et les compétences médicales soient partagées.

L'AMM devrait contribuer à recenser des exemples qui fonctionnent et aider à impliquer les médecins et les autres professionnels de santé pour tenter des solutions innovantes. Elle devrait coopérer avec les associations nationales pour éduquer et informer leurs membres et mettre la pression sur les gouvernements afin qu'ils prennent les mesures requises pour essayer de minimiser les causes fondamentales associées à un état de santé prématurément déficient. En Grande Bretagne, par exemple, le gouvernement a publié un document de référence sur la santé publique dont l'objectif principal est de réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé ; plusieurs in-stances locales ont établi des plans d'action; il y a de bons exemples de pratique global qui montrent que le travail plurisectoriel améliore la qualité de vie des individus et réduit donc les inégalités en matière de santé. L'AMM devrait collecter des exemples de bonne prati-que auprès de ses membres et promouvoir la poursuite du travail dans ce domaine.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LA PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTÉ DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Adoptée par la 65e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

PREAMBULE

Le droit à la santé est une composante fondamentale des droits humains qui reste applicable dans les situations de conflit et de violence. L'accès à l'assistance médicale pour les malades et les blessés qu'ils se soient engagés activement ou non dans des combats, est garanti dans de multiples accords internationaux dont la Convention de Genève et les Principes de base sur l'utilisation de la force et des armes à feu par les responsables de l'application des lois des NU.

L'obligation première des médecins est celle envers leurs patients. Les médecins ont les mêmes responsabilités éthiques lorsqu'il s'agit de préserver la santé et de sauver des vies dans des situations de violence ou de conflit armé comme en temps de paix. Ces responsabilités figurent dans les Règles de l'AMM en temps de conflit armé et autres situations de violence.

Il est essentiel d'assurer la protection et sécurité du personnel de santé afin de permettre la délivrance de soins de la plus haute qualité possible aux patients. Si le personnel soignant n'est pas protégé, il risque de ne pas pouvoir apporter les soins nécessaires ce dont pâtiront les patients.

Dans des situations de violence, la délivrance de soins est fréquemment entravée et les malades et les blessés privés des traitements essentiels, pour les raisons suivantes:

- Le personnel de santé se voyant empêché d'approcher des blessés;
- L'interférence de l'Etat ou d'autres exerçant le pouvoir en recourant à l'intimidation, à la détention ou à d'autres mesures judiciaires;
- Les patients se voyant refuser l'accès aux établissements de soins;
- Les attaques ciblées sur les établissements de soins et les transports sanitaires;
- Les attaques ciblées sur le personnel soignant dont le kidnapping;
- Les actes de violence non ciblés avec pour résultat des dommages ou la destruction des établissements ou des véhicules ou bien des blessures ou des morts parmi le personnel soignant;

De telles actions ont de graves conséquences humanitaires et violent les normes internationales de neutralité médicale telles qu'énoncées dans les dispositions relatives aux droits humains et dans la loi humanitaire et les codes d'éthique médicale.

Des atteintes aux principes éthiques fondamentaux de la profession médicale telles que des tentatives de coercition des professionnels de santé afin d'obtenir des informations sur les personnes traitées, sapent la confiance des patients et découragent les blessés de se faire soigner.

RECOMMENDATIONS

L'AMM lance un appel aux gouvernements et à toutes les parties impliquées dans des situations de violence pour:

1. Assurer la protection, l'indépendance et la sécurité du personnel de santé à tout moment y compris pendant les conflits armés et autres situations de violence, conformément aux Conventions de Genève et ses protocoles additionnels;

2. Permettre au personnel de santé d'accéder aux patients blessés et malades, quel que soit leur rôle dans un conflit, et de remplir leur mission médicale librement, en toute indépendance et en accord avec les principes de leur profession sans crainte de châtiments ou d'intimidations;

3. Un accès sûr aux établissements de santé pour les blessés et les autres personnes ayant besoin d'une prise en charge médicale ne devrait pas être indûment entravé;

4. Protéger les établissements de santé, les transports médicaux et les personnes hospitalisées et assurer un environnement de travail le plus sûr possible au personnel soignant et les protéger contre toute interférence et attaque;

5. Respecter et promouvoir les principes de la loi internationale humanitaire et des droits humains qui sauvegarde la neutralité médicale dans des situations de conflit;

6. Etablir des mécanismes de signalement pour documenter la violence envers le personnel médical et les établissements tels qu'ils sont énoncés dans la prise de position de l'AMM sur la protection et l'intégrité du personnel médical dans les conflits armés et autres situations de violence;

7. Sensibiliser davantage aux normes internationales sur la protection du personnel de santé et coopérer avec différents acteurs afin d'identifier les stratégies pour parer aux menaces pesant sur les soins de santé. La collaboration entre l'AMM et le Comité International de la Croix Rouge sur le projet Soins de santé en danger en est un exemple.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR L'ALCOOL

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015
et révisée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PREAMBULE

1. Le fléau des maladies et accidents liés à la consommation d'alcool est un gros défi mondial en matière de santé publique et de développement. L'Association médicale mondiale considère cette déclaration sur l'alcool comme un engagement à réduire la consommation excessive d'alcool. C'est également une façon de soutenir ses membres dans la mise en place de politiques et d'autres mesures de réduction de l'usage nocif de l'alcool.

2. Il existe des problèmes importants sur le plan de la santé, sur le plan social et économique, liés à la consommation excessive d'alcool. Dans l'ensemble, il existe des relations de cause à effet entre la consommation d'alcool et plus de 200 maladies et accidents dont les accidents de la route. Environ 3,3 millions de personnes en meurent chaque année (près de 5,9 % de tous les décès au niveau mondial). Elle constitue le troisième facteur de risque majeur expliquant une mauvaise santé au niveau mondial. 5,1 % d'années de vie corrigées du facteur invalidité y sont imputables. Au-delà des nombreux effets chroniques et aigus sur la santé, l'usage de l'alcool est associé à de graves conséquences sociales, mentales et émotionnelles. Le problème atteint une magnitude spéciale chez les jeunes et les adolescents qui commencent à consommer de l'alcool plus tôt, le risque que ceci présente pour leur santé physique, mentale et sociale est une préoccupation.

3. Bien que la consommation d'alcool soit profondément ancrée dans de nombreuses sociétés, l'alcool ne peut être considéré comme une boisson ou un produit de consommation ordinaire, car c'est une drogue très nocive, d'un point de vue médical, psychologique et social, du fait de sa toxicité physique, de l'intoxication et de la dépendance que l'alcool provoque.

   Des preuves de plus en plus nombreuses laissent penser que la vulnérabilité génétique à l'alcool et à sa dépendance est un facteur de risque pour certaines personnes. Le syndrome alcoolique et l'impact de l'alcool sur le fœtus, des causes évitables de handicap mental, pourraient résulter d'une consommation d'alcool au cours de la grossesse.

   L'adolescence est une période de vulnérabilité : la consommation d'alcool peut avoir un impact négatif sur le développement neurologique, qui n'est pas encore terminé à ce stade. De plus en plus de données scientifiques démontrent l'effet délétère de la consommation d'alcool avant l'âge adulte et la maturité physiologique, sur le cerveau,

le fonctionnement mental, cognitif et le comportement social et la probabilité plus élevée d'une dépendance à l'alcool à l'âge adulte. Une consommation régulière ou de grandes quantités d'alcool chez les adolescents peut avoir des conséquences préjudiciables sur les résultats scolaires, la sexualité et le comportement, et accroître les conduites délinquantes.

4. Des politiques et des mesures efficaces pour réduire l'usage nocif de l'alcool incluront des mesures légales et réglementaires ciblant la consommation globale d'alcool dans la population et des interventions dans le domaine de la santé et du social visant spécifiquement les buveurs à haut risque, les groupes vulnérables et les dégâts causés aux personnes touchées par ceux qui consomment de l'alcool, entre autres la violence domestique.

   Pour l'établissement des politiques, il faudrait tenir compte du fait que dans la plupart des pays, la majorité des problèmes en lien avec l'alcool dans une population sont associés à la consommation nocive et dangereuse d'alcool par des buveurs « mondains » non dépendants, notamment en cas d'intoxication. Ce problème se pose notamment pour les jeunes de nombreuses régions du monde, qui boivent avec l'intention de s'enivrer.

5. De nombreuses politiques sur l'alcool et programmes de prévention basés sur la preuve sont efficaces pour réduire les problèmes sanitaires, socio-économiques et de sécurité imputables à l'alcool. Des campagnes internationales de santé publique et des partenariats sont nécessaires pour renforcer et soutenir la capacité des gouvernements et de la société civile dans le monde à s'impliquer, à agir afin de réduire l'usage nocif de l'alcool par des interventions efficaces, y compris des mesures agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

   Les professionnels de santé en général et les médecins en particulier ont un rôle important à jouer sur le plan de la prévention, du traitement et de l'atténuation des effets nocifs de l'alcool et du recours à des mesures de prévention et des thérapies efficaces.

   L'Association médicale mondiale encourage et soutient le développement et la mise en place de politiques nationales basées sur la preuve en favorisant et en facilitant des partenariats, l'échange d'informations et le développement de moyens d'action en matière de politique de santé.

OBJECTIFS POLITIQUES

Pour le développement de politiques sur l'alcool, l'AMM recommande de se concentrer sur les objectifs généraux suivants:

6. Renforcer les systèmes de santé afin d'identifier et d'améliorer la capacité de chaque pays à instaurer des politiques et à mener des actions ciblées sur la consommation excessive d'alcool.

7. Promouvoir le développement et l'évaluation dans tous les pays de stratégies nationales concernant l'alcool qui soient holistiques et basées sur la preuve et incluent

des mesures pour réglementer l'approvisionnement, la distribution, la vente, la publicité et la promotion de l'alcool. Il conviendrait notamment de promouvoir les politiques d'un bon rapport coût-efficacité (« best buys ») de l'OMS, telles que (i) l'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées, (ii) la règlementation de la vente de boissons alcoolisées, (iii) les restrictions sur la publicité pour les boissons alcoolisées et (iv) les mesures de lutte contre l'alcool au volant. Il convient en outre de réévaluer et de mettre à jour régulièrement les stratégies mises en place.

8. Via les services de santé gouvernementaux, évaluer précisément le fléau sanitaire dû à la consommation d'alcool en se procurant des chiffres sur les ventes, des données épidémiologiques et des données sur la consommation par habitant.

9. Soutenir et promouvoir le rôle des professionnels de santé et du personnel médical dans une identification précoce, un dépistage et un traitement de l'usage nocif de l'alcool.

10. Briser les mythes et s'opposer aux stratégies de lutte contre l'alcool non basées sur la preuve.

11. Réduire l'impact nocif de la consommation d'alcool dans les populations à risque.

12. Encourager la collaboration pluridisciplinaire et des actions plurisectorielles coordonnées.

13. Sensibiliser aux effets nocifs de l'alcool par l'éducation de la population et des campagnes d'information.

14. Promouvoir une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé dans la lutte contre la consommation nocive d'alcool.

RECOMMANDATIONS

Les priorités suivantes sont suggérées pour les membres de l'AMM, les associations médicales nationales et les gouvernements pour l'élaboration de politiques intégrées et holistiques et de réponses législatives sur les effets nocifs de l'alcool.

15. Règlementation du prix, de l'accessibilité et de la disponibilité

15.1 Politiques de prix

Des recherches, notamment épidémiologiques, ont prouvé qu'il existait un lien certain entre le prix de l'alcool et le niveau de consommation, notamment chez les jeunes et les gros consommateurs d'alcool.

Il faut donc agir pour augmenter les prix de l'alcool par une taxation « volumétrique » des produits, basée sur leur degré d'alcool et d'autres mécanismes avérés de calcul des prix afin de réduire la consommation d'alcool, notamment pour ceux qui boivent beaucoup et les groupes à haut risque.

L'instauration d'un prix plancher à l'unité qui fera baisser la consommation d'alcool est une mesure forte de santé publique qui fera à la fois baisser la consommation moyenne d'alcool dans la population et qui sera particulièrement efficace auprès des gros consommateurs et des jeunes.

15.2 Accessibilité et disponibilité

Réguler l'accès et la disponibilité de l'alcool en limitant les heures et les jours de vente, le nombre et les endroits où sont implantés des débits d'alcool et les établissements ayant une licence ainsi qu'en instaurant un âge minimum. Les gouvernements devraient taxer et contrôler la production et la consommation d'alcool avec la délivrance de licences ce qui mettrait l'accent sur la santé et la sécurité, ce qui permettrait aux autorités habilitées à octroyer des licences de contrôler la disponibilité d'alcool dans leurs juridictions. Les gouvernements devraient également mettre fin à l'importation et à la vente illégales d'alcool.

Les autorités publiques doivent renforcer l'interdiction de vente aux mineurs et par les mineurs, et systématiquement exiger une preuve de l'âge autorisé pour acheter de l'alcool dans les boutiques et les bars.

16. Règlementation de l'alcool non commercial

La production et la consommation d'alcool sous des formes non commerciales, comme par ex. le brassage à domicile, la distillation illicite et le détournement illégal de l'alcool pour éviter les taxes devraient être restreintes via des mécanismes adaptés d'imposition et de fixation des prix.

17. Règlementation du marketing de l'alcool

Le marketing de l'alcool devrait être limité pour éviter que les jeunes se mettent à boire très tôt et pour réduire leur consommation d'alcool. La règlementation va de l'interdiction de la vente en gros aux restrictions sur les mesures qui promeuvent une consommation excessive d'alcool, aux restrictions sur la publication, le contenu des publicités sur l'alcool et les partenariats et sponsors qui séduisent les jeunes. Il est prouvé qu'une auto régulation et un code de conduite volontaire de l'industrie sont inefficaces pour protéger les populations vulnérables de l'exposition au marketing et à la promotion de l'alcool.

Il conviendrait de sensibiliser la population aux dangers d'une trop grande consommation d'alcool par un étiquetage obligatoire indiquant clairement le volume d'alcool en unités, des recommandations relatives aux niveaux de consommation et des avertissements sanitaires, appuyés par des campagnes de sensibilisation.

En liaison avec d'autres mesures, des campagnes de marketing social en coopération avec les médias devraient être mises en place pour éduquer la population sur l'usage nocif de l'alcool, pour adopter des politiques de lutte contre l'alcool au volant et pour cibler le comportement de populations à haut risque.

18. Rôle des services de santé en matière de prévention

Les professionnels de santé et les professionnels du secteur social devraient être formés, disposer de ressources et soutenus pour prévenir un usage nocif de l'alcool et traiter les personnes dépendantes à l'alcool, y compris en disposant de brefs messages encourageant les buveurs à haut risque à réduire leur consommation. Les professionnels de santé jouent aussi un rôle majeur sur le plan de l'éducation, de la sensibilisation et de la recherche.

Des traitements spécifiques et des services de réhabilitation devraient être disponibles en temps voulu et financièrement accessibles pour les personnes dépendantes à l'alcool et leurs familles.

Conjointement aux sociétés de médecine nationales et locales, les organisations de spécialistes médicaux, les groupes sociaux, religieux et économiques concernés (y compris les instances gouvernementales, scientifiques, professionnelles, non gouvernementales et bénévoles, le secteur privé et la société civile), les médecins et autres professionnels de santé et des services sociaux peuvent œuvrer pour :

18.1 faire baisser l'usage nocif de l'alcool, notamment parmi les jeunes et les femmes enceintes, sur le lieu de travail et au volant ;

18.2 renforcer la vraisemblance que chacun ne subira pas de pression pour consommer de l'alcool et ne subira pas les effets nocifs et malsains des autres qui boivent ; et

18.3 promouvoir les stratégies de prévention basées sur la démonstration dans les écoles, au sein des familles et dans la communauté.

18.4 Contribuer à informer la population des dangers de la consommation d'alcool et briser les mythes attribuant des vertus thérapeutiques à l'alcool.

Les médecins ont un rôle important à jouer pour faciliter le recueil de données épidémiologiques et de données provenant des services de santé sur l'impact de l'alcool, à des fins de prévention et de promotion de la santé publique. Le recueil des données doit être conforme aux exigences de confidentialité attachées aux données relatives à l'état de santé des patients.

19. Mesures de lutte contre la conduite en état d'ivresse

Il conviendrait de mettre en place des mesures fortes pour lutter contre la conduite en état d'ivresse qui comporteraient un taux d'alcoolémie légal maximal pour les conducteurs ne dépassant pas 50 mg/100 ml. Ces mesures devraient être soutenues par des campagnes de marketing social et les autorités qui ont le pouvoir d'infliger des sanctions immédiates.

Ces mesures devraient aussi inclure une application réelle des mesures de sécurité routière, des alcotests au hasard et des actions judiciaires et médicales pour les conducteurs récidivistes.

20. Limiter le rôle des industriels de l'alcool dans l'élaboration des politiques de lutte contre l'alcool

Les priorités commerciales des industriels de l'alcool sont en conflit direct avec l'objectif de santé publique de réduction de la consommation mondiale d'alcool. Au niveau international, les industriels de l'alcool participent régulièrement à l'élaboration par les autorités nationales de politiques nationales de lutte contre l'alcool, mais s'opposent ou cherchent souvent à affaiblir des politiques efficaces. Il faut agir contre les stratégies de lutte contre l'alcool inefficaces et non basées sur la preuve dont font la promotion les industriels de l'alcool et les organisations sociales subventionnées par l'industrie. En matière de réduction des effets nocifs de l'alcool, les industriels de l'alcool devraient se limiter à leur rôle de producteurs, de distributeurs et de commerçants d'alcool et ne pas prendre part à l'élaboration de politiques de lutte contre l'alcool ou à la promotion de la santé.

21. Convention sur la lutte contre l'alcool

Promouvoir les réflexions en vue d'une convention-cadre sur la lutte contre l'alcool similaire à celle de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

22. Exclusion de l'alcool des accords commerciaux

En outre, et afin de préserver les mesures de lutte actuelles et futures contre l'alcool, il convient de promouvoir le classement de l'alcool dans les marchandises non ordinaires et à ce titre d'exclure des accords commerciaux internationaux toutes les mesures relatives à la fourniture, la distribution, la vente de boissons alcoolisées ainsi que la publicité, le sponsoring et les incitations à l'investissement concernant l'alcool.

23. Mesures de lutte contre les références positives à l'alcool dans les médias

Il est essentiel d'agir sur l'impact des messages des médias sur les croyances, intentions, attitudes et normes sociales. Les campagnes médiatiques bien conçues peuvent avoir un effet sur les comportements. Les médias influencent également la conception sociale d'un problème et jouent indirectement sur les processus de décision ayant trait aux mesures de lutte contre les méfaits de l'alcool.

DÉCLARATION DE CHICAGO DE L'AMM SUR LA QUALITÉ DE LA FORMATION MÉDICALE

Adoptée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

L'enseignement médical a pour objectif de préparer les praticiens à mettre à profit leurs dernières connaissances scientifiques pour promouvoir la santé, prévenir et soigner les maladies humaines ainsi que d'appliquer les normes éthiques gouvernant la pensée et la conduite des médecins. Tous les médecins ont une responsabilité vis-à-vis d'eux-mêmes, de la profession et de leurs patients qui est de préserver des normes exigeantes pour l'enseignement médical initial.

Des programmes d'assurance qualité bien planifiés et bien exécutés sont essentiels pour garantir que les facultés de médecine remplissent ces objectifs et attentes. La qualité de l'enseignement médical initial est très menacée. La capacité à fournir une formation de haut niveau peut être remise en cause par la disponibilité des infrastructures, des ressources cliniques, le niveau de préparation des facultés et les finances. De même l'évolution de l'enseignement médical initial dans le monde, l'augmentation rapide du nombre d'écoles de médecine dans certains pays sont sources d'inquiétude quant à la qualité des diplômes2. Un programme d'assurance qualité bien conçu permet aux écoles d'identifier et de corriger les conditions qui menacent la qualité de leur enseignement médical de base. De tels programmes doivent être mis en place dans toute la mesure du possible au sein des écoles de médecine dans le monde.

CONTEXTE

Les normes établies par et pour une faculté de médecine sont conçues afin de refléter les mesures que la faculté juge importantes du point de vue de la qualité. Les contrôles institutionnels utilisant de telles normes conçues en interne sont à même de garantir que les missions sont remplies et que les étudiants sont préparés à réaliser les objectifs fixés. L'existence d'un programme d'assurance qualité institutionnel utilisant ses propres critères et soutenu par du personnel compétent peut être important pour pérenniser la qualité du programme éducatif.

Les résultats seraient toutefois probablement meilleurs si l'on incluait également une deuxième dimension d'examen reposant sur une perspective externe. Un système d'assurance qualité national comporte l'utilisation de normes de qualité conçues et approuvées au niveau national ou régional. Évaluer une faculté de médecine en se basant sur ce que le pays ou la région attend de ses programmes d'enseignement médical amène à une préparation des étudiants d'un niveau supérieur et plus cohérent.

À moins que les facultés de médecine se conforment aux normes fixées par un système d'évaluation national, il n'y a aucune garantie que les écoles entreprennent une évaluation interne ou corrigent les problèmes nuisant à la qualité de l'enseignement. L'Association médicale mondiale (AMM) reconnaît l'importance de bonnes normes globales assurant la qualité de l'enseignement médical initial[1].

Un système d'agrément/accréditation est un mécanisme d'assurance qualité de plus en plus fréquent dans le monde. Les systèmes d'agrément/accréditation sont basés sur des normes de qualité éducative établies pour répondre aux besoins du pays et faisant appel à des procédures validées, fiables et largement reconnues pour évaluer la conformité des écoles à ces normes. Une fois déterminée la conformité aux normes, la coopération et la coordination entre les diverses parties intéressées au sein et à l'extérieur de la faculté de médecine sont requises pour appliquer des solutions aux problèmes identifiés.

PRINCIPES POUR LES SYSTÈMES D'ACCRÉDITATION

Un système d'accréditation analyse les programmes éducatifs ou les établissements à partir d'un ensemble prédéterminé (propre au pays) de procédures et de normes. Les systèmes d'accréditation existants dans le monde sont très diversifiés. Dans certains pays, l'accréditation des écoles de médecine existe depuis des décennies ; dans d'autres pays, l'accréditation est relativement nouvelle. Participer à une accréditation peut être un acte obligatoire ou volontaire de la part des écoles de médecine et les audits peuvent se dérouler à différents moments.

L'accréditation se définit comme l'évaluation de programmes éducatifs ou d'établissements reposant sur une série de normes claires et spécifiques. Les directives d'accréditation devraient s'énoncer comme des normes créées en ayant à l'esprit les besoins nationaux et avec la contribution des parties intéressées au sein du pays.

Un système d'accréditation devrait reposer sur certains principes généraux afin de valider les procédures et de fiabiliser les décisions relatives à la qualité des programmes. Ces principes incluent la transparence, l'absence de conflits d'intérêts, la fiabilité/cohérence. La transparence signifie que les normes et procédures d'accréditation sont connues et comprises par les écoles, les évaluateurs et les décideurs. Pour limiter les conflits d'intérêts potentiels, les évaluateurs et les décideurs ne devraient avoir avec l'établissement évalué ou d'autres institutions aucun lien susceptible de nuire à l'impartialité de leur jugement. La fiabilité/cohérence nécessite une compréhension identique de ce que signifie la conformité aux normes et autant que possible que cette compréhension soit bien appliquée au niveau des examens et des décisions dans les écoles.

Les normes d'accréditation peuvent être évaluées mais n'ont pas besoin d'être quantitatives. Les normes sont généralement conçues à la fois pour les processus et les résultats d'un programme d'enseignement médical. Des informations spécifiques devraient être identifiées pour évaluer la conformité. Par exemple, les normes relatives aux processus pourraient traiter des objectifs pour le cursus et sa structure ; les qualifications pour l'admission en faculté et la possibilité d'y enseigner ; la disponibilité des ressources en soutien du programme, y compris des finances adéquates, des compétences suffisantes et une infrastructure éducative appropriée pour les phases scientifiques et cliniques de la formation. Les résultats du programme d'enseignement sont alors évalués afin de vérifier

si les diplômés sont bien préparés selon les objectifs de l'école.

Pour une efficacité maximale, les normes utilisées pour l'accréditation doivent être largement diffusées et parfaitement expliquées. Les écoles de médecine, les évaluateurs et les décideurs auront ainsi une même compréhension de leur signification et des attentes en matière de conformité. À des fins de compétence et de transparence les enseignants, les évaluateurs chargés de juger de la conformité des écoles de médecine avec les normes d'accréditation et les décideurs chargés d'accorder ou non l'accréditation requièrent une formation.

Les établissements auront atteint leur objectif lorsqu'ils auront assuré constamment la conformité aux normes d'accréditation et lorsque le suivi interne sera devenu une responsabilité officielle pour une ou plusieurs personnes de l'école de médecine ayant accès aux informations relatives à la qualité (par exemple aux résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès des étudiants et aux performances des étudiants). Une analyse de quelques-unes ou de toutes les normes d'accréditation permet aux écoles de traiter les domaines à problèmes avant leur identification lors du contrôle officiel de l'accréditation et de garantir la haute qualité constante des programmes éducatifs.

Si un contrôle d'accréditation conclut à des améliorations à apporter dans certains domaines, l'école devrait le faire rapidement. L'organisme d'accréditation/agrément fixe normalement une période de suivi et à son échéance le programme éducatif devra être capable de démontrer les actions entreprises et les résultats obtenus. Pour les écoles de médecine/facultés, il peut s'avérer nécessaire de disposer de ressources financières, de consacrer du temps, des efforts et d'affecter des infrastructures pour apporter les corrections requises.

Afin d'aider les écoles à pallier les manques, un soutien pourrait être fourni par le personnel de l'organisme d'accréditation ou d'autres personnes compétentes. Pour éviter les conflits d'intérêts, les conseillers ne devraient pas être impliqués dans le contrôle de l'accréditation ou dans la décision d'accorder ou non l'accréditation.

RESPONSABILITÉS DES GROUPES CONCERNÉS INTERNES OU EXTERNES AUX FACULTÉS DE MÉDECINE

La création d'un système d'accréditation répondant aux critères de validation et de fiabilité nécessite l'action d'une série de groupes intéressés tels que :

- Les instances qui subventionnent les organismes d'accréditation (par ex. les gouvernements, les associations médicales) doivent s'assurer que l'organisme est correctement financé et doté de personnel suffisant pour accomplir sa mission. Les fonds peuvent provenir de partenaires et/ou de la capacité de l'organisme à s'autofinancer par les honoraires perçus. Dans certains pays ces organismes peuvent avoir besoin de fonds et de personnel supplémentaires pour faire face au nombre croissant d'écoles de médecine.

- Les directeurs d'école devraient créer un environnement valorisant les actions en faveur de l'assurance qualité. Le corps enseignant devrait avoir du temps et être reconnu pour sa participation à l'évaluation des programmes et aux démarches en

vue d'une accréditation. Les étudiants en médecine devraient être préparés et encouragés à donner leur avis sur tous les aspects relatifs au programme d'enseignement médical.

RECOMMANDATIONS

L'AMM appelle les associations médicales nationales (AMN) à encourager les facultés de médecine à développer des programmes d'assurance qualité en vue du contrôle de la qualité du programme de formation.

L'AMM appelle les AMN à soutenir et favoriser le développement permanent de systèmes nationaux et régionaux d'accréditation pour les facultés de médecine. Ces systèmes devraient être conçus et gérés par des médecins en collaboration avec des formateurs médicaux expérimentés et la contribution d'autres spécialistes dans le domaine.

L'AMM appelle les AMN à exhorter les décideurs publics et privés à assurer aux organismes d'accréditation des ressources adéquates pour leurs activités. Cela inclut un financement suffisant et cohérent pour soutenir les infrastructures et le personnel de l'organisme d'accréditation.

L'AMM recommande que les systèmes d'accréditation utilisent les normes du pays appliquées constamment par des évaluateurs formés et des décideurs lors du contrôle des facultés de médecine.

L'AMM encourage les AMN à plaider auprès des décideurs politiques pour que les écoles de médecine soient soumises à un système d'accréditation national.

L'AMM appelle les AMN à exhorter les organismes d'accréditation nationaux à participer à des contrôles externes de leurs politiques, pratiques et normes. Cela peut comporter une demande d'agrément de la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine (WFME). Les organismes d'accréditation reconnus et les organisations similaires doivent créer un forum de discussion et de collaboration entre les organismes d'accréditation nationaux afin de partager les meilleures pratiques et les mécanismes permettant de surmonter les difficultés.

Les médecins doivent être encouragés à diriger et à participer activement à des activités liées à des démarches d'accréditation en tant qu'évaluateurs et décideurs, ainsi qu'à des activités relatives à l'assurance qualité dans leurs propres écoles.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LE COMMERCE ÉQUITABLE DE PRODUITS ET DE FOURNITURES MÉDICALES

Adoptée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. L'achat de fournitures médicales au niveau mondial représente chaque année des milliers de milliards de dollars. Les conditions dans lesquelles ces fournitures sont fabriquées et leurs conséquences pour les personnes qui les produisent suscitent pourtant peu d'attention.

2. Exploitation, esclavage moderne et conditions de travail contraires à l'éthique : la fabrication de nombreux produits médicaux utiles aux systèmes de santé à travers le monde cache des pratiques peu reluisantes. Il a été démontré que de nombreux produits utilisés dans le secteur de la santé sont fabriqués dans des conditions déplorables, tant du point de vue sanitaire que de celui de la sécurité et du droit du travail. De telles conditions, largement répandues, ont été dénoncées dans de nombreux sites de fabrication (d'uniformes, de gants en latex, d'instruments chirurgicaux jetables) : les conventions internationales relatives au droit du travail sont constamment ignorées et le travail des enfants est fréquent.

3. La communauté mondiale des soignants ne saurait cautionner des pratiques commerciales contraires à l'éthique, qui portent atteinte à la santé au niveau mondial et qui encouragent l'esclavage moderne. Les organisations de soins de santé et les professionnels du monde entier doivent s'assurer que les fournitures qu'ils utilisent ne sont pas produites au détriment de la santé des personnes qui les fabriquent.

4. Il est essentiel de maintenir le commerce avec les pays en développement, afin d'assurer des emplois et des moyens de subsistance, mais en garantissant également le respect des objectifs de développement durable des Nations unies. Ces objectifs constituent un cadre propice à une action soutenue des professionnels de santé en vue de protéger la santé humaine au niveau mondial.

5. Conformément aux principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme, adoptés par les Nations unies en juin 2011 et qui sont applicables à l'ensemble des États, il incombe aux entreprises d'assurer que leurs chaînes d'approvisionnement n'ont pas d'incidences négatives sur les droits de l'homme, que leurs affaires y contribuent directement ou non, et de remédier de manière appropriée à ces incidences lorsqu'elles se produisent.

6. L'introduction de pratiques justes et éthiques dans l'approvisionnement des services

de santé doit servir à sécuriser les chaînes logistiques des systèmes de santé. Les approches modernes visant à remédier aux violations des droits du travail s'appuient sur les modèles « d'approvisionnement éthique ».

7. L'approvisionnement éthique se rapporte aux étapes qui permettent aux organisations clientes telles que les hôpitaux d'améliorer la rémunération et les conditions de travail des personnes qui produisent les biens et les services tout au long de la chaîne logistique. Il s'agit, pour les acheteurs, de systématiquement évaluer les risques de non-respect du droit du travail dans les entreprises qui les fournissent et le cas échéant à faire pression pour améliorer les pratiques. Cela suppose de travailler avec les entreprises de l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement afin d'aider leurs employés à exercer leurs droits fondamentaux, comme les droits à des conditions de travail sûres et dignes. Ce modèle vise à créer, au niveau international, un meilleur environnement de travail pour les personnes pauvres et vulnérables.

RECOMMANDATIONS

8. Aux vues de ces éléments, l'Association médicale mondiale et ses associations médicales nationales membres, au nom des médecins, apportent son soutien et s'engagent en faveur des actions suivantes :

   - L'AMM appelle les organismes d'achat à développer une politique d'approvisionnement éthique en fournitures médicales afin de promouvoir des conditions de travail dignes et d'éradiquer l'esclavage moderne tout au long de la chaîne logistique des produits acquis au sein du secteur de la santé.

   - L'AMM s'engage à favoriser la pluralité des sources de production des produits de santé dans le monde.

Associations médicales nationales

9. Les associations médicales nationales devraient défendre les droits du travail et les droits humains tout au long de la chaîne logistique mondiale des produits utilisés dans le secteur de la santé.

10. Les associations médicales nationales sont invitées à travailler avec leurs membres à la promotion d'un commerce juste et éthique dans le secteur de la santé.

11. Les associations médicales nationales sont encouragées à soutenir les actions et les initiatives mises en œuvre au sein de leur communauté en faveur de conditions de travail éthique dans l'ensemble du secteur de la santé.

12. Les associations médicales nationales devraient obtenir le soutien de leur gouvernement pour l'élaboration de politiques et de recommandations nationales sur un commerce juste et éthique dans le secteur de la santé.

Médecins

13. Les médecins pourraient jouer un rôle moteur dans la prise en compte des normes internationales en matière de droit du travail dans les décisions d'achat au sein des

organisations de santé.

14. Les médecins sont invités à sensibiliser leurs collègues et les autres acteurs du secteur de la santé à ces questions et à promouvoir la production juste et éthique des fournitures de santé.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

Adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

L'AMM renouvelle son attachement profond aux principes de l'éthique médicale et au plus grand respect de la vie humaine. En conséquence, l'AMM est fermement opposée à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté.

Aux fins de la présente déclaration, l'euthanasie est définie comme l'acte d'un médecin d'administrer de manière délibérée une substance létale à un patient ou de réaliser une intervention visant à causer son décès, à la demande de ce dernier et à condition qu'il soit en capacité de prendre cette décision. Le terme « suicide médicalement assisté » désigne le fait, pour un médecin, de permettre délibérément à un patient en capacité de prendre cette décision de mettre fin volontairement à ses jours en lui prescrivant ou en lui fournissant des substances médicales afin de causer son décès.

Aucun médecin ne saurait être forcé à participer à une euthanasie ou à aider une personne à mettre fin à ses jours, pas plus qu'il ne devrait être tenu d'orienter un patient à cette fin.

Cependant, le médecin qui respecte le droit fondamental du patient à décliner un traitement médical, n'agit pas de façon non éthique en renonçant ou en suspendant des soins non voulus par le patient, même si le respect de ce souhait entraîne la mort du patient.

RÈGLES DE L'AMM EN TEMPS DE CONFLIT ARMÉ ET DANS D'AUTRES SITUATIONS DE VIOLENCE

Adoptées par la 10e Assemblée Médicale Mondiale, La Havane, Cuba, Octobre 1956
et ratifiées par la 11e Assemblée Médicale Mondiale, Istanbul, Turquie, Octobre 1957
et amendées par la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
et la 55e Assemblée Générale de l'AMM, Tokyo, Japon, Octobre 2004
et rédaction révisée à la 173e Session du Conseil, Divonne les Bains, France, Mai 2006
et révisées par la 63e Assemblée Générale, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

DIRECTIVES GÉNÉRALES

L'éthique médicale en temps de conflit armé est identique à celle en temps de paix, comme l'indique le Code international d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale. Si dans l'exercice de leur mission professionnelle, les médecins sont confrontés à des responsabilités conflictuelles, leur première obligation est celle envers leurs patients; dans l'accomplissement de leur activité professionnelle, les médecins doivent respecter les conventions internationales sur les droits de l'homme, le droit humanitaire international et les déclarations de l'AMM sur l'éthique médicale.

La tâche essentielle de la profession médicale est de préserver la santé et de sauvegarder la vie. En conséquence, pour les médecins, il est jugé contraire à l'éthique:

- De donner un conseil ou d'exécuter des actes médicaux prophylactiques, diagnostiques ou thérapeutiques qui ne soient pas justifiés par l'intérêt du patient.
- D'affaiblir la résistance physique ou mentale d'un être humain à moins qu'il n'y ait nécessité thérapeutique.
- D'user de connaissances scientifiques pour attenter à la santé ou à la vie humaine.
- D'exploiter les informations personnelles de santé pour faciliter les interrogatoires.
- D'occulter, faciliter ou participer à des actes de torture ou à toute autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant.

Pendant les temps de conflit armé et les autres situations de violence, les normes éthiques standard s'appliquent, non seulement aux traitements mais également à toutes les autres interventions telles que la recherche. La recherche impliquant des expériences sur des êtres humains est strictement interdite sur toutes les personnes privées de leur liberté, notamment les prisonniers civils et militaires et la population des pays occupés.

Le devoir médical de traiter les personnes avec humanité et respect s'applique à tous les patients. Le médecin doit toujours donner les soins adéquats, avec impartialité et sans discrimination basée sur l'âge, la maladie ou l'invalidité, les croyances, les origines ethniques, le sexe, la nationalité, les opinions politiques, la race, les orientations sexuelles ou le niveau social ou tout critère analogue.

Les gouvernements, les forces armées et les autres en possession de la force doivent respecter les Conventions de Genève afin de veiller à ce que les professionnels de la santé puissent soigner toute personne dans le besoin dans des situations de conflit armé et d'autres situations de violence. Cette obligation inclut des dispositions pour protéger le personnel de santé et les installations.

Quel que soit le contexte, le médecin doit préserver la confidentialité médicale. Dans des conflits armés ou d'autres situations de violence et en temps de paix, des circonstances peuvent toutefois se présenter dans lesquelles un patient constitue un risque important pour les autres personnes et les médecins devront soupeser leurs obligations envers le patient et celles envers les autres personnes menacées.

Les privilèges et moyens consentis au médecin et aux autres professionnels de santé dans les temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence ne doivent jamais être utilisés à d'autres fins que des fins sanitaires.

Les professionnels de la santé ont pour mission précise de soigner les malades et les blessés. Les médecins devaient être conscients de la vulnérabilité particulière de certains groupes dont les femmes et les enfants. La délivrance de tels soins ne devrait jamais être entravée ou considérée comme une forme d'offense. Les docteurs ne doivent jamais être persécutés ou punis pour avoir respecté une quelconque obligation éthique.

Les médecins ont un devoir de faire pression auprès des gouvernements et des autres autorités pour obtenir l'infrastructure indispensable à la santé, y compris l'eau potable, la nourriture correcte et un abri.

Là où un conflit semble imminent et inévitable, les médecins doivent, dans la mesure de leurs possibilités, veiller à ce que les autorités prévoient la protection des infrastructures sanitaires publiques et leur réparation éventuelle, dès la fin du conflit.

En cas d'urgence, il est demandé aux médecins d'accorder leurs soins, dans toute la mesure de leurs possibilités. Qu'il s'agisse d'un civil ou d'un combattant, les malades et les blessés doivent bénéficier rapidement des soins dont ils ont besoin. Aucune distinction ne sera faite entre les patients, sauf celle commandée par l'urgence médicale.

Les médecins doivent avoir un accès aux patients, aux centres de soins et aux équipements ainsi qu'une protection adéquate pour exercer leur travail librement. Cet accès concerne aussi les patients en centre de détention et en prison. Il faut leur assurer l'assistance nécessaire dont la libre circulation et une totale indépendance professionnelle.

Dans l'exercice de leurs fonctions et là où ils sont dans la légalité, les médecins et les autres professionnels de la santé devront être identifiés et protégés par des symboles internationalement reconnus tels que la Croix Rouge, le Croissant Rouge ou le Cristal Rouge.

Les hôpitaux et les établissements médicaux situés dans des zones de conflit armé ou de situation de violence, doivent être respectés par tous les combattants et le personnel des media. Les soins donnés aux malades et aux blessés, aux civils ou aux combattants ne doivent pas servir à des fins de publicités ou de propagande. La vie privée de la personne

malade, blessée et décédée doit toujours être respectée. Cela s'applique également lors de la visite de figures politiques importantes à des fins médiatiques ainsi que lorsque des figures politiques importantes font partie des blessés ou des malades.

Les médecins doivent savoir qu'en temps de conflit armé ou et d'autres situations de violence, les soins de santé engendrent toujours plus de pratiques frauduleuses et la distribution de produits et médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits. Ils doivent tenter d'agir contre de telles pratiques.

L'AMM soutient la collecte et la diffusion par une instance internationale de données relatives aux attaques subies par les médecins, les autres personnels de santé et les établissements médicaux. De telles données sont importantes pour comprendre la nature de ces attaques et établir les mécanismes pour les prévenir. Les attaques subies par le personnel médical doivent donner lieu à de enquêtes et les responsables doivent être poursuivis en justice.

CODE DE CONDUITE: DEVOIRS DES MÉDECINS TRAVAILLANT DANS DES CONFLITS ARMÉS ET D'AUTRES SITUATIONS DE VIOLENCE

En toutes circonstances, les médecins doivent :

- Ne jamais commettre ou participer à des violations de la loi internationale (Loi humanitaire internationale ou loi sur les droits humains);
- Ne pas abandonner les blessés et les malades;
- Ne pas prendre part à un quelconque acte d'hostilité;
- Rappeler aux autorités leurs obligations de rechercher les blessés et les malades et de veiller à ce qu'ils aient accès aux soins de santé sans discrimination;
- Défendre et assurer des soins effectifs et impartiaux aux blessés et aux malades (sans faire référence à un quelconque motif de discrimination, notamment lié au fait d'être « l'ennemi »);
- Reconnaître que la sécurité des individus, des patients et des institutions est une contrainte majeure au regard d'un comportement éthique et ne pas prendre de risques indus pour l'accomplissement de leurs devoirs.
- Respecter la personne blessée ou malade, sa confiance et sa dignité;
- Ne pas tirer parti de la situation et de la vulnérabilité des blessés et des malades pour un quelconque bénéfice.
- Ne pas entreprendre une quelconque expérimentation sur les blessés ou les malades sans leur consentement réel et valable et jamais lorsqu'elles sont privées de leur liberté.
- Accorder une attention particulière à la plus grande vulnérabilité des femmes et des enfants dans des situations de conflit armé et d'autres situations de violence et à leurs besoins spécifiques de soins.
- Respecter le droit d'une famille de savoir ce qu'est devenu un membre de la famille disparu, s'il est mort ou actuellement soigné;
- Fournir des soins à tous les prisonniers;
- Défendre le droit des médecins à des visites régulières des prisons et des prisonniers si un tel dispositif n'est pas déjà en place.

- Dénoncer et agir là où c'est possible pour mettre un terme à de telles pratiques frauduleuses ou à la distribution de produits et médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits.
- Encourager les autorités à reconnaître leurs obligations liées à la loi humanitaire internationale et aux autres instances concernées de la loi internationale quant à la protection du personnel et des infrastructures sanitaires dans des situations de conflit armé et d'autres situations de violence;
- Connaître ses obligations légales de signalement aux autorités de toute apparition de maladie ou de traumatisme notable;
- Faire tout leur possible pour éviter des représailles contre les blesses et les maladies ou le personnel de santé.
- Il existe d'autres situations pouvant mettre à mal les soins de santé mais qui donnent lieu à des dilemmes.

Les médecins devraient, dans la mesure du possible:

- Refuser d'obéir à toute injonction illégale ou non éthique;
- Accorder une grande attention à toute situation de double loyauté touchant les médecins et discuter de ces doubles loyautés avec des confrères et toute personne détenant une autorité;
- Faire exception à la confidentialité professionnelle et en accord avec la Résolution de l'AMM sur la responsabilité des médecins dans la documentation et la dénonciation des actes de torture ou de traitement cruel, inhumain ou dégradant et avec le Protocole d'Istanbul,[1] dénoncer les actes de torture ou de traitement cruel, inhumain ou dégradant portés à la connaissance des médecins si possible avec le consentement du sujet mais dans certaines circonstances où la victime n'est pas en mesure de donner son consentement librement, sans consentement explicite
- Ecouter et respecter l'opinion des confrères;
- Réfléchir et tenter d'améliorer les normes de soins appropriés à la situation;
- Signaler aux supérieurs toute conduite non éthique d'un confrère;
- Tenir des dossiers de soin adéquats;
- Encourager la durabilité des soins de santé civils, interrompus par le contexte;
- Signaler à un dirigeant ou à toute autorité appropriée la demande de soins non satisfaite;
- Etudier la manière dont le personnel de santé pourrait réduire ou atténuer les effets de la violence en cours par exemple en réagissant aux violations de la loi humanitaire internationale ou de la loi sur les droits humains.

[1] Manuel sur l'investigation et la documentation efficaces de la torture et d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, OHCHR, 1999

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE

Adoptée par la 24e Assemblée Médicale Mondiale, Oslo, Norvège, Août 1970
et amendée par la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

1. Le terme « interruption médicale de grossesse » désigne une interruption de grossesse pour raisons de santé uniquement, conformément aux principes de la médecine fondée sur des données scientifiques et aux bonnes pratiques médicales. La présente déclaration ne comporte ni ne promeut aucune opinion sur l'interruption de grossesse pour des raisons autres que médicales.

2. L'interruption médicale 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.

3. Une situation dans laquelle la poursuite de la grossesse peut mettre en danger la patiente peut créer un dilemme entre la vie du fœtus et la santé de la femme enceinte. La diversité des réponses à une telle situation reflète la variété des normes culturelles, légales, traditionnelles et régionales relatives aux soins de santé à travers le monde.

RECOMMANDATIONS

4. Les médecins doivent connaître la législation nationale relative à l'interruption médicale 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 la vie privée. Les associations médicales nationales devraient militer pour que les politiques sanitaires nationales défendent ces principes.

5. Lorsque la loi permet l'interruption médicale de grossesse, l'acte médical doit être réalisé par un médecin compétent ou à défaut, et seulement dans des situations exceptionnelles, un autre professionnel de santé qualifié, de manière conforme 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.

6. Les convictions du médecin comme celle de la patiente doivent être respectées.

7. Les patientes doivent recevoir un soutien adapté et les traitements médical et psychologique nécessaires, ainsi qu'un conseil approprié si elles le souhaitent.

8. Les médecins ont le droit d'invoquer une clause de conscience s'ils ne souhaitent pas 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.

9. 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.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LA BOXE

Adoptée par la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

1. La boxe est un sport dangereux. Contrairement à la plupart des autres sports, elle a pour objectif premier d'infliger un dommage corporel à l'adversaire. Le principal argument contre la boxe est qu'elle peut provoquer une encéphalopathie traumatique chronique (ETC), également connue sous le nom de lésions cérébrales traumatiques ou encore encéphalite traumatique pugiliste ou démence pugiliste. Les coups reçus à la boxe peuvent également causer des fractures ou conduire à la perte de la vision ou de l'audition. Des études ont montré que la boxe cause, à court terme, de graves blessures et à long terme des lésions neurologiques chroniques.

2. Au cours des dernières décennies, nous avons pu assister à de vigoureuses campagnes menées par des associations nationales de médecins afin de faire interdire toutes les formes de boxe. En l'absence d'une telle interdiction, une série de tragédies dans le monde de la boxe ont amené les autorités règlementaires à adopter différentes normes visant à accroître la sécurité des boxeurs.

3. En dépit de la règlementation plus stricte de la boxe dans plusieurs pays, les traumas crâniens causés par la boxe continuent de provoquer des lésions et des décès, ce qui démontre que la règlementation ne protège pas convenablement les participants.

4. Outre la boxe règlementée, de nombreux combats de boxe (combats à mains nues, « street fight ») parallèles non supervisés continuent d'avoir lieu dans de nombreuses parties du monde. Ces combats clandestins mettent en péril la santé et la vie des participants.

5. Les préoccupations relatives à la santé et à la sécurité dans la boxe s'étendent à d'autres sports qui empruntent des éléments de la boxe, comme les arts martiaux mixtes de type kickboxing, etc. C'est pourquoi les recommandations de cette prise de position s'appliquent également à ces sports.

6. L'AMM estime que la boxe est de nature différente des autres sports en raison des blessures qu'elle cause et qu'elle devrait être interdite.

7. En attendant une interdiction complète de la boxe, l'AMM encourage vivement l'adoption des mesures suivantes:

   7.1 La boxe doit être règlementée et tous les boxeurs doivent être titulaires d'une licence. Les boxeurs doivent recevoir des informations écrites sur les risques

qu'ils courent par la pratique de la boxe.

7.2 La boxe devrait être interdite aux enfants (le terme « enfant » étant défini selon la législation nationale applicable).

7.3 Un registre national de tous les boxeurs, professionnels et amateurs, y compris les adversaires, devrait être tenu dans chaque pays où la boxe est autorisée. Le registre indiquerait les résultats de tous les matchs, les KO, y compris techniques et toutes les blessures infligées lors du combat, et permettrait ainsi de compiler un dossier pour chaque joueur. Tous les boxeurs pourraient être suivis pendant une durée d'au moins vingt ans pour connaître leur état de santé à long terme.

7.4 Tous les boxeurs devraient subir au début de leur carrière un examen médical basique, pendant lequel serait pratiquée une évaluation neurologique, dont une imagerie cérébrale. Il conviendrait de réaliser un examen médical et neurologique avant et après chaque évènement. Les boxeurs qui ne passeraient pas cet examen devraient être signalés au registre national et ne devraient pas être autorisés à disputer de combat par la suite.

7.5 Il conviendrait que les équipements de protection individuelle soient conformes aux recommandations médicales (taille et poids des gants, casque, protège-dents).

7.6 Le médecin officiant lors d'un match de boxe assume une responsabilité professionnelle de protéger la santé et la sécurité des concurrents. À cette fin il convient que le médecin soit spécialement formé à l'évaluation des athlètes, notamment l'évaluation des lésions cérébrales traumatiques. L'avis du médecin ne doit dépendre que de considérations médicales et le soignant doit être autorisé à arrêter tout match en cours qui, de son point de vue, pourrait causer de graves lésions.

7.7 Il conviendrait de décourager le financement et le sponsoring de la boxe, et les rediffusions des matchs à la télévision devraient être soumises à des restrictions quant à l'âge des téléspectateurs et à une obligation d'afficher une mise en garde sur les dangers de la boxe.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES MAUVAIS TRAITEMENTS ET LA NÉGLIGENCE ENVERS LES ENFANTS

Adoptée par la 36e Assemblée Médicale Mondiale, Singapour, Octobre 1984
et amendée par les 41e Assemblée Médicale Mondiale, Hong Kong, Septembre 1989
42e Assemblée Médicale Mondiale, Rancho Mirage, CA., Etats-Unis, Octobre 1990
44e Assemblée Médicale Mondiale, Marbella, Espagne, Septembre 1992
47e Assemblée générale, Bali, Indonésie, Septembre 1995
la 57eAssemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 67e Assemblée générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016
et révisée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRINCIPE FONDAMENTAL

1. Le bien-être des enfants[1] est de toute première importance. Les professionnels de santé, dans toutes les relations qu'ils entretiennent avec des enfants, des jeunes, des familles, des décideurs et des professionnels, devraient mettre le bien-être des enfants au cœur de toutes les décisions qui les concernent et agir dans leur meilleur intérêt.

INTRODUCTION

2. L'une des manifestations les plus destructrices de la violence et du déséquilibre au sein de la famille est le mauvais traitement[2] sous toutes ses formes envers l'enfant. La prévention, la protection, la détection rapide, l'intervention adaptée et le traitement global des enfants victimes de mauvais traitements demeurent épineux pour la communauté médicale mondiale. L'Association médicale mondiale (AMM) a lancé un appel en faveur d'un soutien sanitaire accu des enfants vivant dans les rues dans sa prise de position sur le soutien sanitaire des enfants des rues, mais il est également important de traiter les causes profondes de tous les types de mauvais traitements envers des enfants[3].

3. La définition des mauvais traitements infligés aux enfants varie d'une culture à l'autre. Malheureusement, une attitude violente envers les enfants peut parfois être justifiée avec trop de légèreté par l'invocation de raisons culturelles comme preuve de l'aspect non abusif et inoffensif du traitement infligé à l'enfant. Par exemple, la participation des enfants aux travaux quotidiens de la famille et de la société devrait être reconnue et encouragée seulement dans la mesure où elle contribue à leur épanouissement personnel. En revanche, l'exploitation des

enfants sur le marché du travail les prive de leur enfance et de la possibilité d'aller à l'école, et compromet leur santé présente et future. L'AMM estime que l'exploitation des enfants constitue une forme grave de mauvais traitement envers les enfants.

4. Aux fins de cette déclaration, les diverses formes de mauvais traitements envers les enfants comprennent les mauvais traitements émotionnels, la maltraitance sexuelle, la maltraitance physique, la traite, l'exploitation et la négligence. La négligence envers l'enfant est caractérisée par l'inaptitude d'un parent ou d'une personne légalement responsable du bien-être de l'enfant à répondre aux besoins de ce dernier et à lui apporter des soins d'un niveau adéquat.

RECOMMENDATIONS

L'AMM reconnaît que les mauvais traitements, de toute nature, contre les enfants constituent un problème de santé à l'échelle mondiale et recommande aux associations médicales nationales d'adopter, à l'usage des médecins, les principes directeurs suivants :

5. Les médecins ont un rôle particulier à jouer en matière d'aide et d'identification des enfants maltraités et de leur famille.

6. Tous les médecins devraient recevoir une formation qui leur donne conscience de l'importance capitale du bien-être des enfants.

7. Les médecins doivent connaître la législation nationale relative aux règles de consentement qui président à l'examen d'enfants et ils doivent agir, dans toutes les relations qu'ils entretiennent avec des enfants, des jeunes, des familles, des décideurs et d'autres professionnels, dans le meilleur intérêt de l'enfant.

8. Il est fortement recommandé que le médecin coopère avec une équipe multidisciplinaire expérimentée. Celle-ci comprendra des médecins, des travailleurs sociaux, des psychiatres pour enfants et adultes, des spécialistes du développement, des psychologues et des avocats. Si une telle équipe n'existe pas ou si le médecin n'a pas la possibilité de collaborer avec une telle équipe, il devra consulter d'autres professionnels médicaux, sociaux, chargés de l'application des lois ou spécialistes de la santé mentale, le cas échéant.

9. Les médecins traitants tels que les médecins généralistes de famille, internes, pédiatres, médecins urgentistes, chirurgiens, psychiatres et les autres spécialistes qui peuvent être amenés à traiter des enfants doivent acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer tous les types de mauvais traitements physiques, psychologiques et émotionnels qui peuvent être commis à l'encontre d'un enfant, ainsi que le développement de l'enfant et les compétences parentales, le recours aux ressources communautaires et la responsabilité légale du médecin.

10. Tous les médecins qui sont amenés à traiter des enfants et les adultes qui assument une responsabilité à l'égard d'enfants devraient garder à l'esprit les

principes énoncés dans la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant et les dispositions légales nationales protectrices applicables aux enfants et aux jeunes.

11. Les examens médicaux des enfants que l'on pense être victimes de mauvais traitements sexuels doit être menée par des médecins compétents en pédiatrie et à même d'évaluer les mauvais traitements. Les examens médicaux doivent être adaptés à l'âge de l'enfant, recenser les blessures et les maladies et peuvent comporter un bilan sanguin, une radiographie des traumatismes, une mesure de la croissance et une évaluation comportementale. Des radiographies de suivi sont vivement recommandées pour les enfants qui présentent de graves blessures apparemment liées aux mauvais traitements.

12. L'examen et le suivi médical des enfants abusés sexuellement comporte l'établissement d'un historique complet et un examen physique car les abus sexuels et les mauvais traitements physiques sont souvent associés ; un examen des parties génitales et de l'anus ; le recueil et l'étude de preuves y compris de photographies ; le traitement et/ou la prévention d'une grossesse et des maladies vénériennes. Il convient d'accorder une attention particulière au droit de l'enfant de voir respectée sa vie privée.

13. Il est nécessaire que le médecin détermine et soit attentif aux aspects suivants : la qualité des relations entre les personnes qui s'occupent de l'enfant, les sanctions et le style de discipline imposés au sein du foyer de l'enfant, les difficultés économiques de la famille, les problèmes émotionnels ou les troubles mentaux d'un membre de la famille, la violence conjugale ou intrafamiliale, l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances et toutes autres difficultés qui pourraient être en corrélation avec tout type de mauvais traitements infligés à l'enfant.

14. Tous les médecins doivent être conscients que des mauvais traitements peuvent être infligés par des pairs[4]. Lorsqu'ils soupçonnent ou qu'ils se trouvent dans une telle situation, les praticiens doivent garder à l'esprit que l'auteur présumé des mauvais traitements peut lui-même être ou avoir été victime de mauvais traitements.

15. Les signes de mauvais traitements sont souvent subtils et le diagnostic peut nécessiter d'interroger soigneusement l'enfant, les parents, les proches et la fratrie. Des incohérences dans les explications ou entre les explications et les caractéristiques d'une blessure, comme le niveau de gravité, le type et l'ancienneté doivent être consignés et faire l'objet d'une enquête approfondie.

16. Pour tout enfant admis dans un établissement médical, la priorité doit être donnée à ses besoins médicaux et mentaux. Si l'on suspecte des mauvais traitements, il convient de veiller à assurer sa sécurité avant de le laisser sortir de l'établissement. Ces mesures devraient comprendre :

16.1. le signalement de tous les cas supposés aux services chargés de la protection de l'enfance ;

- l'hospitalisation de tout enfant ayant subi de mauvais traitements nécessitant une protection pendant la période initiale d'expertise ;
- l'information des parents du soupçon de mauvais traitement ou du diagnostic de mauvais traitement si rien ne s'y oppose ;
- le signalement des blessures de l'enfant aux services de protection de l'enfance.

17. Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, il convient de procéder rapidement à l'évaluation des problèmes physiques et émotionnels de l'enfant, ainsi qu'à ceux relatifs à son développement. Cette évaluation complète doit être effectuée par des médecins compétents dans le domaine ou par une équipe pluridisciplinaire d'experts spécialement formés aux mauvais traitements envers les enfants.

18. S'il soupçonne que l'enfant est victime de mauvais traitements, le médecin doit s'entretenir avec les parents du fait que ces mauvais traitements feront partie du diagnostic différentiel des problèmes de leur enfant. Le médecin peut avoir à demander conseil aux services chargés de la protection de l'enfance.

19. Durant les discussions avec les parents, les tuteurs ou les personnes auxquelles l'enfant est confié, il est essentiel que le médecin reste objectif et évite d'émettre un jugement ou des accusations concernant les parents ou la ou les personnes chargées de prendre soin de l'enfant.

20. Il est essentiel que le médecin enregistre ses observations et les résultats d'examen dans le dossier médical au fur et à mesure du processus d'évaluation. Toute blessure doit être documentée par des photos, des illustrations et une description détaillée. Le dossier médical se révèle en effet souvent décisif en cas de procédure judiciaire.

21. Les médecins doivent collaborer à tous les stades de la prévention par des conseils à la famille pendant la période prénatale et post-natale et par des conseils en matière de planification familiale et de contrôle des naissances.

22. Les médecins devraient encourager les mesures de santé publique telles que les visites à domicile des infirmières et d'autres professionnels de santé, les conseils anticipés des parents et les visites médicales des nourrissons et des enfants bien portants. Les médecins, ainsi que les organismes qui les représentent, devraient également soutenir les programmes qui visent à l'amélioration de la santé générale de l'enfant et dont le but est également de prévenir tous les types de mauvais traitements des enfants.

23. Les médecins doivent savoir que les mauvais traitements et la négligence envers les enfants constituent un problème complexe et que plus d'un type de traitement peut être nécessaire pour aider les enfants maltraités et leur famille. La mise au

point de traitements appropriés demande la participation de nombreuses professions, y compris de la médecine, du droit, des soins infirmiers, des enseignants, des psychologues et des assistants sociaux.

24. Les médecins doivent encourager le développement de nouveaux programmes qui permettent des progrès des connaissances médicales et des compétences en matière de mauvais traitements et de négligence envers les enfants. Il est essentiel que la formation professionnelle des médecins comporte l'acquisition de connaissances, compétences et aptitudes relatives à la protection des droits des enfants et des jeunes, à la promotion de leur santé et de leur bien-être ainsi qu'à l'identification des signes pouvant indiquer des mauvais traitements ou de la négligence envers les enfants. Les médecins doivent recevoir une formation sur les mauvais traitements de tous types et la négligence envers les enfants pendant leur cursus universitaire.

25. Dans l'intérêt de l'enfant, il peut être nécessaire dans les cas de maltraitance infantile de passer outre le secret professionnel, le premier devoir du médecin étant de protéger son patient lorsqu'il soupçonne que ce dernier est victime de mauvais traitements. Quel que soit le type de maltraitance (physique, psychologique, sexuelle, traite, exploitation ou négligence), elle doit être officiellement signalée aux autorités compétentes.

26. Il est essentiel que les programmes de formation professionnelle comportent des examens continus des connaissances, compétences et aptitudes liées à la protection des droits des enfants et des jeunes, à la promotion de leur santé et de leur bien-être et à l'identification et à la prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements et de négligence.

27. Le cursus médical initial doit comporter, dans le cadre du programme de pédiatrie, un cours obligatoire sur toutes les formes de mauvais traitements envers les enfants, qui peut être approfondi durant l'internat et la formation continue pour les personnes qui entendent travailler dans ce domaine.

---

[1] Au sens de la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans.

[2] Aux fins de la présente prise de position, les termes « mauvais traitements envers un enfant » et « maltraitance d'un enfant » sont considérés comme synonymes.

[3] Le terme « négligence » désigne l'incapacité persistante à satisfaire les besoins fondamentaux d'un enfant, susceptible de compromettre gravement la santé, le bien-être ou le développement de cet enfant.

[4] La maltraitance d'un enfant par un ou plusieurs autres enfants.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LA LIBERTÉ DE PARTICIPER AUX RÉUNIONS MÉDICALES

Adoptée par la 36e Assemblée Médicale Mondiale, Singapour, Octobre 1984

L'indépendance et la liberté professionnelles sont indispensables au médecin pour lui permettre de dispenser les soins les plus appropriés à ses patients. C'est pourquoi il ne devrait exister aucun obstacle philosophique, religieux, racial, politique, géographique, physique ou de quelque nature que ce soit empêchant les médecins de participer à des activités à caractère professionnel qui leur permettent d'acquérir information, connaissances, habilité et technique indispensables à la prestation de soins de santé adéquats à leurs patients.

Dans la mesure où le but de l'AMM est de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les niveaux internationaux les plus élevés en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art de la médecine et d'éthique médicale, et d'apporter les soins de santé à tous les peuples du monde, il ne devrait se dresser aucune barrière devant le médecin qui désire assister à des réunions de l'AMM ou à d'autres manifestations médicales, quel que soit le lieu où celles-ci sont organisées.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LA NON DISCRIMINATION VIS-À-VIS DES MEDECINS EN MATIERE D'AFFILIATION ET D'ACTIVITES PROFESSIONNELLES

Adoptée par la 37e Assemblée Médicale Mondiale, Bruxelles, Belgique, Octobre 1985
révisée avec un changement de titre par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et réaffirmée par la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015

L'Association Médicale Mondiale est favorable à l'égalité des possibilités en matière d'activités au sein d'une association médicale, d'enseignement et de formation médicale, d'emploi ainsi que de toute autre mission médicale professionnelle, sans distinction de race, de couleur, de religion, de croyance, d'ethnie, d'origine nationale, de sexe, d'âge ou d'appartenance politique.

L'Association Médicale Mondiale est fermement opposée à ce que les privilèges et responsabilités liés à l'affiliation à une association médicale nationale soient refusés à un médecin dûment agréé pour des raisons de race, de couleur, de religion, de croyance, d'ethnie, d'origine nationale, de sexe, d'âge ou d'appartenance politique.

L'Association Médicale Mondiale invite la profession médicale et chaque membre des Associations Médicales Nationales à prévenir toute situation où cette égalité de droits, de privilèges ou de responsabilités serait refusée.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Adoptée par la 40e Assemblée Médicale Mondiale, Vienne, Autriche, Septembre 1988
révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et par la 68e Assemblée générale de l'AMM, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. La santé n'est pas simplement l'absence de maladie. Elle est également un état d'épanouissement physique, psychologique et social et englobe la capacité des individus à s'adapter à l'adversité physique, sociale et mentale. La santé dépend de nombreux facteurs, notamment l'accès aux soins de santé, et les déterminants sociaux de la santé (DSS). Recouvrer la santé relève aussi de plusieurs facteurs. Il incombe à la société de mettre à la disposition de tous ses membres, indépendamment de leur capacité de les payer, des soins de santé de qualité.

2. Les professionnels de santé doivent régulièrement analyser les effets du faible accès à des soins sur les inégalités en matière de santé et il leur incombe de partager les résultats de leurs travaux avec les gouvernements au niveau local, régional et national pour assurer que ces derniers comprennent les déterminants sociaux de la santé et intègrent dans toutes leurs politiques la réduction des facteurs d'inégalités dans le domaine de la santé. Les politiques relatives aux soins de santé devraient comporter des pistes pour éliminer les inégalités en la matière.

3. L'accès aux soins de santé est important pour réduire les conséquences à court, moyen et long terme des problèmes de santé dus à des conditions sociales difficiles. L'accès lui-même est pluridimensionnel et dépend de facteurs comme les ressources humaines, la formation, les finances, les transports, la disponibilité géographique, la liberté de choix, l'éducation de la population, l'assurance qualité et la technologie, dans le secteur de la santé.

LIGNES DIRECTRICES

Professionnels de santé

4. La prestation de soins de santé dépend largement de la disponibilité de professionnels de santé compétents. Leur formation doit leur apporter des compétences médicosociales et insister notamment sur la manière dont les déterminants sociaux de la santé influent sur l'état de santé des personnes.

Comme le montre la démographie de la plupart des pays, la population vieillissante constitue un énorme de défi pour les années à venir. Or le personnel soignant est inégalement réparti au niveau mondial. Alors que tous les pays forment des professionnels de santé, les déplacements de population des pays les plus pauvres vers les pays les plus développés conduisent à des pénuries permanentes. L'élaboration de codes de recrutement éthiques pourrait aider à limiter les pratiques injustes des États. Ces codes de recrutement éthiques devraient également s'imposer aux agences commerciales de recrutement.

5. Il convient d'étudier comment combiner au mieux les différents professionnels de santé dans des environnements cliniques variés pour répondre aux besoins des patients. La mauvaise répartition à l'intérieur des pays devrait être combattue en incitant les professionnels de santé à travailler dans les zones rurales, isolées ou mal desservies, au moins pendant une partie de leur carrière. Il conviendrait d'explorer des pistes innovantes pour rendre attractifs les postes dans des régions mal desservies, sans utiliser de méthodes de recrutement punitives ou coercitives. Le recrutement d'étudiants venant de déserts médicaux et exprimant le désir de s'installer dans leur région d'origine pourrait contribuer à résoudre ce problème.

Formation

6. La formation initiale des professionnels de santé doit être adaptée, accessible et de bonne qualité. La formation du personnel de santé est donc coûteuse, et ce coût est supporté par le pays d'origine du médecin. Les soignants doivent ensuite aller plus loin pour se former davantage ou se spécialiser et également pour mieux gagner leur vie, parfois pour envoyer de l'argent chez eux pour soutenir leur famille et leur communauté.

7. Le souhait de se perfectionner est légitime et les efforts pour retenir les professionnels de santé dans leur région d'origine devraient encourager leur retour au pays par l'utilisation de nouvelles compétences et connaissances visant à améliorer l'accès aux soins de santé.

8. Les États ne devraient pas recruter activement les médecins d'autres pays. Même lorsqu'ils le font de manière passive, ce recrutement devrait répondre à des normes éthiques et à la Prise de position de l'AMM sur les directices éthiques pour le recrutement des médecins au niveau international.

Finances

9. L'accès aux soins est essentiel pour toute la population. Les méthodes de financement des soins sont à la discrétion de chaque pays et dépendent de leurs ressources, de leurs priorités sanitaires et sociales et des besoins de santé. Les pays doivent mettre au point des systèmes fiscaux qui réduisent les paiements directs des patients et les assurances de santé privées qui accroissent les inégalités entre les groupes de population.

10. Aucun système de financement n'étant idéal pour tous les pays, l'équilibre convenable doit être décidé au niveau local. Lorsqu'ils prennent les décisions relatives aux systèmes de financement, les gouvernements doivent être conscients que les soins médicaux sont essentiels, de la nécessité absolue que ces soins soient à la portée de tous, qu'ils soient fondés sur les besoins médicaux et non sur la capacité de payer et qu'ils ne sauraient dépendre d'inquiétudes financières. L'éligibilité aux soins ne signifie pas l'accès, notamment si des systèmes de co-paiement excluent les personnes les plus démunies.

11. Il convient de recourir à des méthodes innovantes pour assurer des soins de santé complets, telles que des partenariats avec des prestataires privés et des entités commerciales, qui pourraient assurer des éléments de soins spécialisés. Les États doivent néanmoins assurer que cette politique, qui ne doit pas être considérée comme une préférence pour un système de soins privé ne limite pas les soins spécialisés à la frange la plus riche de la population.

12. Les décisions de limiter l'accès à des éléments des soins de santé doivent être prises en fonction d'informations objectives, des données scientifiques les plus fiables relatives à l'efficacité et à la sécurité des services de soins de santé. Il convient que ces décisions fassent l'objet d'un débat public et que les concepts associés à ces politiques soient acceptés par la population. Aucune mesure ne saurait être introduite avec l'effet de discriminer une population vulnérable ou âgée.

13. La population devrait avoir accès à des informations claires au sujet des ressources mises à leur disposition en matière de soins de santé et de la manière d'en bénéficier. Il convient de créer des processus précis pour assurer que la pauvreté ou l'illettrisme ne soient pas des obstacles à l'accès aux soins.

Personnes vulnérables et difficiles à atteindre

14. Dans tous les pays il est difficile de faire parvenir des messages de santé à certains groupes de personnes. Ce sont des personnes qui ont souvent recours tardivement aux soins de santé lorsqu'ils sont malades.

15. Il convient d'utiliser des méthodes variées, notamment des méthodes visant à rassurer et à éliminer les obstacles d'autre nature, pour assurer que les personnes difficiles à atteindre sont conscientes qu'elles peuvent bénéficier de soins de santé sans frais directs, incluant des méthodes pour réduire la peur et les autres barrières à l'accès aux soins.

16. Lorsque des vulnérabilités spécifiques comme l'illettrisme ou une déficience sensorielle semblent jouer un rôle, les solutions devraient comprendre l'identification de ces vulnérabilités et leur prise en compte.

17. Les professionnels de santé ont le devoir d'assurer des soins exempts de toute forme de discrimination.

Transports

18. Les établissements de santé devraient être faciles d'accès. Il peut être nécessaire de travailler avec les services de transport public pour assurer que des itinéraires de transports publics passent à côté des établissements de santé. Il conviendrait d'envisager de faire mieux desservir les établissements de soins par les transports publics. Les patients peuvent avoir à parcourir des distances considérables pour se faire soigner, notamment dans les zones rurales ou isolées.

19. Il convient d'assurer le transport des patients qui doivent être orientés vers des spécialistes ou des soins secondaires. Les personnes qui ont besoin d'aide pour avoir accès aux soins de base devraient également être assistées. Il conviendrait d'offrir le transport aux patients vivant dans des zones isolées qui doivent être soignés dans des établissements qui se trouvent dans des grandes villes. La télémédecine pourrait remplacer adéquatement le transport des patients dans certains cas.

Disponibilité géographique

20. Il pourrait être utile de travailler avec d'autres prestataires de soins, comme les sages-femmes traditionnelles, qui devraient être intégrées au système de soins de santé, recevoir une formation et être assistées pour prodiguer des soins sûrs et efficaces et aiguiller les patients vers d'autres professionnels si besoin. Cette mesure ne saurait s'étendre au financement par le système de santé public de pratiques non scientifiques, notamment les thérapies dites complémentaires ou alternatives.

Liberté de choix

21. La liberté de choix en matière de prestataire de soins et de solutions proposées est essentielle dans tous les systèmes. Elle requiert la capacité de comprendre ce choix et la liberté de choisir un prestataire parmi plusieurs solutions différentes.

22. Les obstacles à la liberté de choix peuvent être d'ordre financier ou provenir d'une incompréhension des différentes solutions ou de facteurs culturels ou géographiques, entre autres. Il est essentiel que les personnes puissent librement s'informer des solutions disponibles pour faire un choix éclairé.

23. Les autorités de santé devraient veiller à ce que toutes les populations comprennent comment accéder aux soins et obtiennent des informations objectives sur les différents prestataires de soins.

24. Une fois que les patients sont reçus par un prestataire ou un médecin, ils devraient pouvoir étudier les options médicales ; la disponibilité des informations est essentielle pour permettre le choix.

Éducation de la population

25. L'éducation générale est un déterminant de la santé ; plus une personne est instruite, plus il est probable qu'elle soit en bonne santé. En cas de problèmes de santé, une

éducation préalable peut être déterminante pour la vitesse à laquelle la personne ira se faire soigner. L'éducation aide aussi les personnes à faire des choix sur les solutions thérapeutiques auxquelles elles ont accès.

26. Une éducation axée sur les questions de santé peut s'avérer importante pour prévoir son mode de vie. L'éducation seule ne suffit pas, par exemple à cesser de fumer ou de consommer des drogues ou de l'alcool, mais peut aider à prendre des décisions relatives aux comportements à risques.

27. Un niveau général de connaissances en matière de santé aide les patients à choisir entre différentes options thérapeutiques et à se conformer aux prescriptions. Les soins personnels seront également améliorés tout comme la capacité du patient à s'orienter vers un service de santé.

28. Il conviendrait de mettre en place des programmes éducatifs aidant les personnes à faire des choix éclairés sur leur santé personnelle et sur la bonne utilisation à la fois des soins personnels et des soins effectués par les professionnels. Ces programmes devraient comprendre des informations sur les coûts et bénéfices associés à d'autres traitements de médecine moderne, le recours à des services professionnels permettant une détection, un traitement ou une prévention précoces des maladies ; les responsabilités personnelles quant à la prévention des maladies, et l'utilisation efficace du système de soins. Les médecins devraient participer activement, le cas échéant, à ces efforts éducatifs et recevoir les ressources nécessaires pour prendre ces tâches en charge.

29. L'éducation de la population aide également les gouvernements à mieux faire comprendre les mesures de santé publique comme les taxes sur le tabac, l'interdiction de consommation de certains produits par les humains et les restrictions en matière de liberté individuelle pour des raisons sanitaires. Lorsque les gouvernements décident de mesures législatives ou règlementaires, elles doivent être accompagnées d'une campagne d'information de la population pour que les mesures soient comprises et respectées.

Assurance qualité

30. L'assurance qualité devrait faire partie de tous les systèmes de soins. Les médecins partagent la responsabilité d'assurer la qualité des soins de santé et ne doivent pas permettre que d'autres considérations mettent en péril la qualité des soins fournis.

Technologie

31. La technologie joue un rôle de plus en plus important dans les services de santé. Les prix d'achat des biens en immobilisation sont élevés en raison du besoin de services logistiques spécifiques, avec des techniciens formés et la mise à disposition de locaux adéquats. Les technologies avancées ne sont pas disponibles partout ; leur accès doit être bien planifié afin que l'ensemble des patients dans le besoin en bénéficient, pas uniquement ceux proches des centres technologiques avancés.

Circonstances exceptionnelles

32. Dans des circonstances exceptionnelles comme les conflits armés et les catastrophes naturelles majeures telles que les séismes, les médecins ont le devoir de veiller à ce que les décideurs politiques protègent l'accès aux soins, notamment pour les plus vulnérables et les moins capables de rejoindre les zones plus sûres.

RECOMMANDATIONS

33. Les déterminants sociaux de la santé influent largement sur l'accès aux soins et donc sur la santé. Les médecins devraient travailler avec les gouvernements pour s'assurer que ces derniers agissent efficacement sur les DSS.

34. L'accès aux soins requiert une vigilance systématique, pour assurer que les conditions appropriées soient remplies, notamment les suivantes.

    34.1 Il convient que chacun dispose d'un système de santé adapté, universel, solidaire et équitable, comprenant des établissements bien équipés, disponibles dans tout un pays, qui assure aux centres de soins et aux soignants des financements suffisants et durables et dans lequel les personnes sont soignées selon leurs besoins et non leur capacité financière.

    34.2 Le choix devrait inclure la facilité d'accès et les prestataires.

    34.3 L'accès aux informations adéquates pour tous est capital pour choisir et coopérer avec les prestataires de soins.

    34.4 L'éducation est à la fois un déterminant social et un facteur clé de l'adhésion au traitement qui favorise la responsabilité personnelle avec un soutien accessible.

    34.5 Les professionnels de santé devraient pouvoir se déplacer librement dans le monde, notamment pour accéder aux possibilités de formation et d'exercice de leur profession. Cette mobilité ne doit pas entraver la disponibilité des ressources, notamment dans les pays à faibles moyens.

    34.6 Il convient de fournir aux médecins des critères éthiques transparents et efficaces pour travailler dans des zones surpeuplées ou mal desservies.

    34.7 La délivrance de soins nécessite une action des gouvernements à tous les niveaux, y compris le travail avec les populations afin d'assurer qu'elles comprennent l'intérêt de tels soins et puissent y avoir accès.

    34.8 Les médecins ont un rôle important à jouer pour que la planification des soins soit logique sur le plan médical, soit communiquée correctement à la population concernée et que les patients ne soient pas mis en danger en raison de ressources inadéquates, ou d'une planification ou d'un système défaillants.

34.9 Les médecins sont conscients du système de santé existant, ce qui les oblige à jouer un rôle socialement responsable et à être conscients des déterminants sociaux de la santé qui conditionnent l'accès à leurs services ou à ceux de leur association médicale.

34.10 Les associations médicales devraient coopérer avec leurs membres pour promouvoir l'accès aux systèmes de santé répondant équitablement aux besoins des populations.

DÉCLARATION DE L'AMM SUR LE RÔLE DES MÉDECINS DANS LES QUESTIONS ENVIRONNNEMENTALES

Adoptée par la 40e Assemblée Médicale Mondiale, Vienne, Autriche, Septembre 1988
révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et réaffirmée par la 203e Session du Conseil de l'AMM, Buenos Aires, Argentine, Avril 2016

INTRODUCTION

1. L'exercice efficace de la médecine exige de plus en plus que les médecins et leurs associations professionnelles abordent les questions environnementales qui ont un lien avec l'état de santé des individus et des populations.

2. Plus que jamais, en raison de la diminution des ressources naturelles, ces questions portent sur la qualité et la protection des ressources nécessaires à la sauvegarde de la santé et de la vie proprement dite. En termes concrets, les questions environnementales clés sont les suivantes:

   a. la dégradation de l'environnement qui doit être considérée comme une urgence à traiter afin que les ressources essentielles à la vie et à la santé - l'eau et l'air pur - demeurent accessibles à tous.

   b. La contamination continuelle de nos réserves d'eau pure par les hydrocarbures et les métaux lourds, tout comme la contamination de l'air ambiant et de l'air à l'intérieur par des agents toxiques qui ont de graves conséquences, notamment sur les classes les plus pauvres du globe. De plus, l'effet de serre avec son corollaire la hausse des températures doit guider nos débats et nous préparer aux conséquences toujours plus graves sur l'environnement et la santé publique.

   c. La nécessité de contrôler sans cesse l'utilisation des ressources non renouvelables telle que la couche arable (topsoil) tout comme l'importance de préserver cet héritage vital pour le transmettre aux générations futures.

   d. La nécessité de mobilier les ressources au-delà des frontières nationales et de coordonner des solutions globales pour la planète et établir ainsi une stratégie uniforme afin de faire face aux problèmes médicaux et économiques touchant le monde entier.

   e. L'objectif premier est de sensibiliser sans cesse à la nécessité de maintenir l'équilibre vital entre d'une part les ressources environnementales et d'autre part

les éléments biologiques qui est essentiel pour la santé de tous partout dans le monde.

3. Aujourd'hui, nous sommes davantage conscients mais nous n'avons pas su prévenir l'impact négatif et toujours plus nuisible de notre société sur l'environnement, comme par ex. la fonte des glaciers et la désertification croissante. Nous n'avons pas non plus stoppé la surexploitation des ressources naturelles qui entraîne entre autres la pollution des rivières et des mers, la pollution de l'air, la déforestation et la diminution de la terre arable. Dans ce contexte, la migration des populations des pays démunis ou en voie de développement, couplée à l'apparition de nouvelles maladies, exacerbe l'absence de politiques socio-économiques dans de nombreux endroits du monde. Sur un plan médical, la croissance de la population et la destruction irresponsable de l'environnement sont inacceptables et les organisations médicales du monde entier doivent redoubler d'efforts, non seulement pour parler de ces problèmes mais aussi pour suggérer des solutions.

PRINCIPES

1. En tant qu'éléments de représentation des médecins, les associations médicales se doivent d'examiner ces questions environnementales. Elles ont le devoir de fournir des études analytiques incluant l'identification des problèmes et les législations internationales actuelles sur les questions environnementales, tout comme leur impact dans le domaine de la santé.

2. Les médecins exercent dans un cadre éthique et déontologique et la législation sur l'environnement qu'ils défendent ne doit pas avoir pour objectif de limiter l'autonomie individuelle mais plutôt d'enrichir la qualité de vie de tous et de perpétuer toutes les formes de vie sur la planète.

3. L'AMM doit donc agir comme une plateforme internationale pour la recherche, l'éducation et la défense des intérêts afin de contribuer à préserver l'environnement et son potentiel en matière de santé.

4. Ainsi, lorsque de nouvelles maladies ou syndromes liés à l'environnement sont identifiés, l'AMM doit aider à coordonner les débats scientifiques/médicaux sur les données disponibles et sur leurs implications pour la santé humaine. Elle doit favoriser un mode de pensée consensuel au sein de la médecine et encourager les mesures préventives, la précision des diagnostics et des traitements de ces désordres qui apparaissent.

5. L'AMM doit donc établir un cadre pour la coordination internationale des associations médicales, des ONG, des chercheurs cliniciens, des organisations de santé internationales, des décideurs et des mécènes dans leur travail d'étude sur l'impact sanitaire des problèmes environnementaux, sur leur prévention, sur leur résolution ainsi que sur le traitement des individus et des communautés.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES RISQUES POUR LA SANTÉ DU TABAC ET DES PRODUITS DERIVÉS DU TABAC

Adoptée par la 40e Assemblée Médicale Mondiale Vienne (Autriche), Septembre 1988
révisée par la 49e Assemblée Générale de l'AMM, Hambourg, Allemagne, Novembre 1997
par la 58e Assemblée Générale de l'AMM, Copenhague, Danemark, Octobre 2007
et par la 62e Assemblée Générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

PREAMBULE

Plus d'un adulte sur trois dans le monde (soit plus de 1,1 milliard d'individus) fume, dont 80% dans les pays à faibles et moyens revenus. Le tabagisme et les autres formes de consommation de tabac affectent tous les organes du corps et constituent une cause majeure de cancer, de maladie cardiaque, d'infarctus, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de risques pour le fœtus et de maintes autres pathologies. 5 millions de personnes décèdent dans le monde chaque année à cause du tabac. A moins d'un renversement de tendance dans la consommation du tabac, ce dernier provoquera la mort de 10 millions de personnes d'ici 2020 dont 70 pour cent dans les pays en voie de développement. Au cours du 20e siècle, le tabac a tué 100 millions de personnes et faute d'interventions efficaces, il en tuera 1 milliard au 21e siècle. De plus, le tabagisme passif - émission dans l'air de plus de 400 produits chimiques dont plus de 50 carcinogènes et de nombreuses autres toxines - provoque le cancer des poumons, des maladies cardiaques et d'autres pathologies chez les non fumeurs.

La communauté internationale de santé publique a exprimé par la voie de l'Organisation Mondiale de la Santé son inquiétude grandissante sur cette tendance alarmante au tabagisme et sur les maladies qui lui sont imputables. Le 20 septembre 2007, 150 pays avaient ratifié la Convention Cadre sur la Lutte anti-tabac (FCTC) qui prévoit que les pays l'ayant ratifiée prendront des mesures drastiques contre la consommation de tabac en augmentant les taxes sur le tabac, en prohibant la publicité et la promotion sur le tabac, en interdisant de fumer dans les lieux publics et professionnels, en apposant des messages de santé sur les paquets de cigarettes et autres produits dérivés du tabac, en améliorant l'accès aux consultations anti-tabac et aux produits de sevrage, en légiférant sur le contenu et les substances émises par les produits dérivés du tabac et en éliminant le commerce illégal du tabac.

L'exposition au tabagisme est présente partout où il est permis de fumer : au domicile, sur le lieu de travail et dans d'autres lieux publics. Selon l'OMS, près de 200.000 travailleurs meurent chaque année du tabagisme passif au travail et environ 700 millions d'enfants dans la moitié du monde respirent un air pollué par la fumée du tabac, notamment à la

maison. Sur la base de trois rapports récents (the International Agency for Research on Cancer's Monograph 83, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking; the United States Surgeon General's Report on The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke; and the California Environmental Protection Agency's Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant), le 29 mai 2007 l'OMS a lancé un appel pour une interdiction mondiale du tabac dans les lieux professionnels et dans les lieux publics clos.

L'industrie du tabac prétend s'impliquer à établir les preuves scientifiques des effets du tabac sur la santé, en menant des recherches à la fois au niveau interne et externe grâce à des programmes collectifs financés par l'industrie du tabac. Pourtant, elle a toujours nié et occulté les informations témoignant de la nocivité du tabac. Depuis des années, elle revendique le manque de preuves concluantes sur le fait que le tabac serait à l'origine de maladies comme le cancer et les cardiopathies. Elle prétend également que la nicotine ne crée pas de dépendance. La profession médicale n'a eu de cesse de le réfuter et de ce fait de s'opposer résolument aux campagnes publicitaires massives organisées par l'industrie du tabac. Elle est en outre fortement convaincue que les associations médicales peuvent jouer un rôle déterminant dans la lutte contre le tabac.

Depuis des années également, l'industrie du tabac et ses filiales soutiennent la recherche et la préparation de rapports sur les liens entre le tabac et la santé. Les chercheurs et leurs organisations participant à ces activités donnent à l'industrie du tabac une apparence de crédibilité même si les résultats ne sont pas toujours directement exploités dans ses activités commerciales. Une implication dans de telles missions crée également à d'importants conflits d'intérêt avec les objectifs de promotion de la santé.

RECOMMANDATIONS

Afin de réduire les risques pour la santé du tabac et des autres produits dérivés, l'AMM prie instamment les associations médicales nationales et tous les médecins à prendre les mesures suivantes:

1. Adopter une politique d'opposition au tabagisme et à l'utilisation de produits dérivés du tabac et faire connaître la politique adoptee.

2. Interdire de fumer, y compris l'utilisation de tabac sans fumée, dans toutes les réunions professionnelles, sociales, scientifiques et officielles des associations médicales nationales, conformément à la décision de l'Association Médicale Mondiale de frapper de cette même interdiction ses propres reunions.

3. Développer, soutenir et participer à des programmes d'éducation de la profession et du public sur les risques pour la santé des produits dérivés du tabac (y compris la dépendance) et du tabagisme passif. Des programmes de dissuasion et d'aide à l'arrêt du tabac destinés aux fumeurs et aux consommateurs de produits dérivés du tabac. Des programmes destinés aux non fumeurs et aux non utilisateurs de produits dérivés du tabac pour prévenir toute consommation éventuelle de ces produits. Ces deux types de programme sont importants.

4. Encourager les médecins à donner le bon exemple (en n'utilisant aucun produit dérivé du tabac) et les porte-paroles à éduquer le public sur les effets nocifs pour la santé de l'utilisation de produits dérivés du tabac et sur les bénéfices qu'apporte l'arrêt de consommation des produits à base de tabac. Demander à toutes les facultés de médecine, les instituts de recherche, les hôpitaux et autres établissements de santé d'interdire de fumer, l'utilisation de tabac sans fumée dans leurs locaux.

5. Lancer ou intensifier les programmes éducatifs pour les étudiants en médecine et les médecins afin qu'ils soient à même d'identifier et de prendre en charge la dépendance au tabac de leurs patients.

6. Encourager un large accès aux traitements basés sur la preuve destinés à traiter la dépendance au tabac - y compris les conseils et la pharmacothérapie - par le biais d'entretiens personnels ou de groupes, des consultations téléphoniques, des programmes de sevrage sur Internet et tout autre support ou moyen approprié.

7. Etablir ou adopter des directives cliniques sur le traitement du tabagisme et de la dépendance au tabac.

8. Rallier l'AMM pour que l'Organisation Mondiale de la Santé ajoute les médicaments de sevrage tabagique ayant fait preuve de leur efficacité à la Liste Modèle des Médicaments Essentiels de l'OMS.

9. S'abstenir d'accepter tout financement ou ressource éducative de l'industrie du tabac et exhorter les facultés de médecine, les instituts de recherche et les chercheurs à faire de même, afin d'éviter de donner un quelconque crédit à cette industrie.

10. Demander instamment aux gouvernements de ratifier et d'appliquer la Convention Cadre pour la Lutte anti-tabac afin de préserver la santé publique.

11. S'opposer ouvertement à ce que le marketing du tabac se déplace des pays développés vers les pays moins développés et demander aux gouvernements de faire de même.

12. Prôner la promulgation et l'application des lois qui:

    - régulent efficacement la fabrication, la vente, la distribution et la promotion du tabac et des produits dérivés du tabac et qui prévoient les dispositions énoncées ci-après.
    - exiger qu'une mise en garde écrite et visuelle contre les risques pour la santé soit imprimée sur tous les emballages dans lesquels les produits dérivés du tabac sont vendus et dans toutes les publicités et les opérations promotionnelles des produits dérivés du tabac. De telles mises en garde doivent être bien visibles et signaler à ceux qui souhaitent arrêter de fumer ou de consommer des produits dérivés du tabac les numéros de téléphone, les sites Internet ou toute autre source d'assistance.

- interdisent de fumer dans tous les lieux publics (y compris les établissements de santé, les écoles et les centres éducatifs), les lieux professionnels (y compris les restaurants, les bars et les boîtes de nuit) et les transports publics. Les centres de traitement de la dépendance psychique et chimique doivent également être des lieux non fumeurs. Le tabac en prison doit être interdit.
- interdisent toute publicité et promotion du tabac et des produits dérivés du tabac.
- encouragent l'instauration d'une loi sur les emballages neutres.
- interdisent la vente, la distribution et l'accès aux cigarettes et autres produits dérivés du tabac aux enfants et aux adolescents. Interdisent la production, la distribution et la vente de bonbons illustrant ou ressemblant à des produits à base de tabac.
- interdisent de fumer sur tous les vols d'avions commerciaux nationaux et internationaux et interdisent la vente détaxée des produits dérivés du tabac vendus dans les aéroports et autres endroits.
- interdisent toutes les subventions gouvernementales pour le tabac et les produits dérivés du tabac.
- subviennent à la recherche sur la prévalence de la consommation de tabac et sur les effets des produits dérivés du tabac sur la santé de la population.
- interdisent la promotion, la distribution et la vente de toute nouvelle forme de produits dérivés du tabac actuellement non disponibles.
- majorent les taxes sur les produits dérivés du tabac, et affectent ces revenus supplémentaires à des programmes de prévention, des programmes et services de sevrage basés sur la preuve et à d'autres mesures de santé.
- restreignent ou éliminent le commerce illégal des produits dérivés du tabac et la contrebande de ces produits.
- aident les récoltants de tabac à passer à d'autres cultures.
- demandent aux gouvernements d'exclure les produits à base de tabac des accords commerciaux internationaux.

13. Reconnaître que l'usage du tabac peut causer des maladies touchant les enfants en raison de sa nocivité tant au niveau de sa consommation, du tabagisme passif qu'il génère, de la relation entre l'usage du tabac par les enfants et de l'exposition au tabac consommé par les adultes. Les médecins devraient faire des efforts spécifiques pour:

    - Assurer un environnement sans tabac aux enfants
    - Cibler les parents qui fument dans le cadre des programmes d'arrêt du tabac
    - Promouvoir les programmes contribuant à la prévention et à la baisse de consommation du tabac par les jeunes
    - un accès et un marketing contrôlés des produits à base de tabac et
    - faire de la recherche sur le contrôle du tabac une grande priorité

14. Refuser d'investir dans des compagnies ou entreprises produisant ou promouvant l'usage ou la vente de tabac.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'UTILISATION DES ANIMAUX DANS LA RECHERCHE BIOMÉDICALE

Adoptée par la 41e Assemblée Médicale Mondiale, Hong Kong, Septembre 1989
révisée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et réaffirmée par la 203e Session du Conseil de l'AMM, Buenos Aires, Argentine, Avril 2016

1. La recherche biomédicale est indispensable à la santé et au bien-être de notre société. Les progrès de la recherche biomédicale ont beaucoup amélioré la qualité et prolongé la durée de la vie dans le monde. Cependant, l'aptitude de la communauté scientifique à poursuivre ses efforts afin d'améliorer la santé personnelle et publique est menacée par un mouvement de condamnation de l'utilisation des animaux dans la recherche biomédicale. L'offensive de ce mouvement est menée par des groupes d'activistes radicaux pour la défense des droits des animaux dont les idées sont jugées bien en marge de l'attitude générale du public et dont les moyens tactiques varient entre les mouvements de pression recherchés, les collectes de fonds, la propagande, les campagnes fallacieuses et les attaques violentes à l'encontre d'établissements de recherche biomédicale et de scientifiques. Ces attaques violentes sont le fait d'un nombre relativement faible d'activistes comparé à ceux ayant recours à des moyens de protestation pacifiques mais elles ont un impact fort et étendu.

2. L'ampleur des mouvements de violence en faveur des droits pour les animaux est incertaine et ces mouvements se déroulent dans de nombreuses régions du monde. Plusieurs de ces groupes en faveur des droits des animaux ont revendiqué des attentats à la bombe contre des voitures, des instituts, des magasins et des résidences personnelles de chercheurs.

3. La violence pour la défense des droits pour les animaux a fait frissonner la communauté scientifique internationale. Des scientifiques, des organismes de recherche et des universités ont reçu des menaces d'intimidation afin que soient modifiés, voire même interrompus, les efforts de recherche reposant sur l'utilisation des animaux. Les laboratoires ont été contraints de consacrer les milliers de dollars destinés à la recherche à l'achat d'un équipement de sécurité de pointe. Les jeunes qui envisageaient de poursuivre une carrière dans la recherche biomédicale se dirigent maintenant vers d'autres professions.

4. Bien que bon nombre de groupes s'efforcent de protéger la recherche biomédicale contre l'activisme radical pour les animaux, la réponse au mouvement en faveur des droits pour les animaux est fragmentée, manque de fondement et est essentiellement défensive. Plusieurs groupes dans la communauté biomédicale hésitent, de peur des représailles, à s'engager publiquement vis-à-vis de l'activisme animal. Pour cette raison, la recherche s'est retranchée dans une attitude défensive. Ses motivations sont controversées, et la nécessité d'utiliser les animaux pour la recherche est très souvent contestée.

5. Les recherches correctement conçues et réalisées et impliquant les animaux sont nécessaires à l'amélioration des soins médicaux de la collectivité. Nous reconnaissons cependant que le traitement humain des animaux doit être protégé. Il serait souhaitable de réclamer pour tout le personnel de recherche, une formation adéquate et de rendre accessibles les soins vétérinaires. Les expériences doivent observer les règles ou les règlements promulgués dans le but d'assurer un traitement, un logis, un transport et des soins humains aux animaux.

6. Les organisations médicales et scientifiques internationales se doivent d'organiser une campagne plus forte et plus cohérente pour faire obstacle à la menace croissante de la santé publique que posent les activistes pour la défense des animaux. Il est indispensable de pourvoir direction et coordination. De plus, les droits des animaux utilisés dans les recherches médicales et les obligations de ceux qui effectuent ces recherches doivent être clairement explicités.

Par conséquent, l'Association Médicale Mondiale émet les principes suivants:

1. L'utilisation des animaux dans la recherche biomédicale est indispensable à la poursuite des progrès de la médecine.

2. La Déclaration d'Helsinki de l'AMM demande que la recherche biomédicale nécessitant l'utilisation de sujets humains repose sur l'expérimentation animale lorsque la situation s'y prête. Elle demande également que soit respecté le bien-être des animaux qui sont utilisés dans la recherche médicale.

3. Il est essentiel que les animaux utilisés dans la recherche biomédicale soient traités humainement et il faut disposer de centres de recherche garantissant le respect des principes directeurs dans ce domaine. Ces principes doivent être inculqués à tous les chercheurs en formation.

4. Les animaux doivent être utilisés en recherche biomédicale uniquement en cas de nécessité évidente pour obtenir d'importants résultats et en l'absence de toute autre méthode viable.

5. Les expériences sur les animaux ne doivent pas être répétées à moins de se justifier sur le plan scientifique.

6. Le recours aux animaux pour des tests futiles sur des produits cosmétiques et sur leurs ingrédients, sur des alcools et sur du tabac ne doit pas être cautionné.

7. Sans toutefois compromettre la liberté d'expression, la composante anarchique que l'on retrouve chez les activistes en faveur des droits des animaux doit être condamnée.

8. L'usage de menaces, d'intimidation, de violence et de harcèlements contre des scientifiques et leur famille doit être condamné à l'échelle internationale.

9. Un effort maximal de coordination de la part des agences internationales chargées de la mise en application des lois doit être recherché afin de protéger les chercheurs et les établissements de recherche des manifestations de nature terroriste.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LE CONTRÔLE DES ACCIDENTS

Adoptée par la 42e Assemblée Médicale Mondiale, Rancho Mirage, CA., États-Unis, Octobre 1990
et révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 67e Assemblée générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

Les accidents constituent la principale cause de décès et d'invalidité chez les enfants et les jeunes adultes. Ils détruisent la santé, les moyens de subsistance et la vie de millions de personnes chaque année. Les accidents sont dus entre autres à des actes de violence commis contre soi-même ou sur les autres, aux accidents de la route, aux intoxications, aux noyades et aux brûlures. Il est cependant possible de prévenir de nombreux accidents. Le contrôle des accidents doit être reconnu comme une priorité de santé publique demandant une coordination entre les services de transport sanitaire et les centres de services sociaux dans chaque pays. Afin d'assurer le succès de tels programmes de contrôle des accidents, la participation des médecins et un leadership via la médecine, l'éducation et la sensibilisation s'avèrent nécessaires.

Comme le dit l'Association Médicale Mondiale dans Blessures et Violence: Les faits, le degré d'accidents est loin d'être identique partout dans le monde. En effet, 90% des morts par accident se produisent dans pays à faibles et moyens revenus. Au sein des pays, le degree varie aussi en fonction de la classe sociale. Les pauvres sont confrontés à une existence et à des conditions de vie plus dangereuses que les mieux lotis. Par exemple, les immeubles dans les communautés plus pauvres ont tendance à être plus anciens et en demande de reparation. Les communautés pauvres sont également affectées par des taux d'homicide plus élevés. Qui plus est, les personnes vivant dans la pauvreté ont aussi moins accès à des soins d'urgence de qualité et à des services de reeducation. Il faut accorder advantage d'attention à ces causes profondes d'accidents.

L'Association Médicale Mondiale exhorte les Associations Médicales Nationales à coopérer avec les agences publiques et privées correspondantes afin de développer et de mettre en oeuvre des programmes de contrôle pour prévenir et traiter les accidents. Ces programmes doivent également tenter d'améliorer le traitement médical et la rééducation des patients accidentés. Il faut accroître la recherche et l'éducation sur le contrôle des accidents et la coopération internationale est une composante vitale et nécessaire pour la réussite de ces programmes.

Les Associations Médicales Nationales devraient recommander l'intégration des éléments de base suivants dans les programmes nationaux:

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pour de tels programmes, il faut au départ acquérir davantage de données qui serviront de base aux priorités de base, aux interventions et à la recherche. Un système efficace de surveillance des accidents devrait être établi dans chaque pays pour recueillir et intégrer les informations. Les hôpitaux et les agences sanitaires devraient instaurer un système complet et précis pour codifier les accidents. La gravité des accidents devrait être codifiée de manière uniforme partout dans le monde.

PRÉVENTION

La prévention des accidents nécessite une éducation et une formation pour éduquer et persuader les gens de changer leur comportement afin de réduire les risques d'accidents. Les lois et les règlementations reposant sur des méthodes scientifiquement avalisées de prévention des accidents peuvent s'avérer judicieuses pour modifier les comportements (par ex. l'utilisation de ceintures de sécurité et de casques de protection). Ces lois doivent à leur tour être strictes. Un système de surveillance efficace comme indiqué précédemment contribuera à définir comment cibler d'autres tentatives de prévention. La plannification urbaine et de la circulation devraient assurer aux résidents un environment sécurisé.

BIOMÉCANIQUE

Une meilleure compréhension de la biomécanique des accidents et des invalidités pourrait contribuer au développement de meilleures normes de sécurité et réglementations sur les produits et leur conception.

TRAITEMENT

Pour améliorer la prise en charge de l'accident là où il a lieu, il faudrait un système de communication efficace entre les premiers intervenants et les professionnels de santé dans les hôpitaux afin de faciliter la prise de décision. Il faudrait assurer un transport à l'hôpital rapide et sûr. Une équipe de traumatologues devrait être disponible à l'hôpital. Des équipements et des fournitures adaptés devraient aussi petre disponibles pour soigner les accidentés, y compris l'accès immédiat à une banque du sang. L'éducation et la formation des traumatologues doivent être encouragées afin d'assurer à tous moments la mise en œuvre de techniques parfaites par un nombre approprié de médecins.

RÉÉDUCATION

Les victimes de traumatismes nécessitent des soins continus axés non seulement sur la survie mais aussi sur l'identification et la préservation de leurs fonctions résiduelles. Il faut effectuer une rééducation visant à rétablir les fonctions biologiques, psychologiques et sociales afin de permettre aux personnes accidentées d'avoir un maximum d'autonomie personnelle et un mode de vie indépendant. Lorsqu'elle est possible, l'intégration dans la communauté est un objectif souhaitable pour les personnes handicapées par un accident. La rééducation peut aussi nécessiter des changements dans l'environnement physique et social du patient.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

Adoptée par la 42e Assemblée Médicale Mondiale, Rancho Mirage, CA., Etats-Unis, Octobre 1990
et révisée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et par la 67e Assemblée générale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PRÉAMBULE

Les grands blessés et les morts que l'on dénombre dans les accidents de la route constituent un problème de sante publique avec des conséquences équivalentes à celle des grandes pathologies telles que le cancer ou les maladies cardio-vasculaires. Dans le monde, 1,2 millions de personnes sont tuées chaque année sur les routes et 20 à 50 millions sont blessées. D'ici 2020, on s'attend a ce que les accidents de la route soient le troisième élément majeur du fardeau des maladies et blessures.

Au-delà du prix personnel et social inestimable payé par les victimes d'accidents de la route et leurs familles, les accidents de la route ont un énorme impact économique. Les coûts économiques des traumatismes et infirmités liés aux accidents de la route, y compris les soins d'urgence et de rééducation, le coût des invalidités et les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) s'élèvent à 1% du PNB dans les pays pauvres et 1,5-2% dans les pays riches. Une grosse partie de ce fardeau est prise en charge par le secteur sanitaire.

Les accidents de la route continuent à augmenter dans de nombreux pays, notamment dans les pays à faibles et moyens revenus qui représentent actuellement 85% de tous les décès attribuables aux accidents de la route. Les accidents de la route sont la deuxième cause majeure de décès parmi les jeunes dans le monde entier.

La plupart des accidents de la route pourraient être évités par de meilleures mesures de prévention. Lutter contre les accidents de la route nécessite une prise de responsabilité partagée par des groupes et individus au niveau national et international, et au niveau des communautés, y compris les gouvernements, les ONG, l'industrie, les professionnels de santé publique, les ingénieurs et la justice.

La vitesse est largement reconnue comme le plus important danger en matière de sécurité routière, impactant à la fois la vraisemblance d'un accident et sa gravité. Une augmentation moyenne de la vitesse de 1 km/h correspond à une augmentation de 3% du risque d'accident avec dommages corporels et de 5% de traumatismes graves ou mortels.

Les efforts pour réduire les accidents de la route et les traumatismes doivent cependant

s'accompagner d'une « approche systématique » qui identifie et traite les multiples facteurs qui contribuent au risque d'accidents et de traumatismes, y compris les paramètres concernant les individus, les véhicules et la conception des routes.

Pour prévenir les accidents de la route il convient de traiter les déterminants sociaux de la santé – les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et politiques impactant la santé de la population. Dans les pays à faibles et moyens revenus où il existe des infrastructures moins sécurisées, moins de normes minimales sur la sécurité des véhicules et des soins d'urgence de faible qualité, on y observe le plus grand nombre d'accidents de la route. De ce fait, il y a une interaction entre les facteurs humains, les véhicules et l'environnement avant, pendant et après une collision. Une intervention à tous ces niveaux permettra de réduire les accidents et les dommages corporels. Une intervention efficace requiert une éducation du public ainsi que l'implication des professionnels dans le domaine de l'engineering, de la justice et de la santé.

Intervenir en amont vise à prévenir les accidents et à réduire les facteurs de risque. Exemples : empêcher les conducteurs de prendre la voiture lorsqu'ils sont fatigués (surtout les chauffeurs de poids lourds), distraits ou qui sont sous l'emprise de drogues ou d'alcool. Les politiques nécessaires pourraient comporter une interdiction des téléphones portables et des couvre-feux la nuit ou un permis de conduire progressif pour les jeunes conducteurs. Les mesures en amont incluent également l'instauration de normes de construction des véhicules pour les rendre sûrs sur la route et les brider pour éviter des vitesses excessives. D'autres mesures de prévention des accidents incluent la mise en place de limitations de vitesse, l'installation de radars et l'optimisation du tracé des routes.

A un deuxième niveau, l'intervention vise à prévenir ou à réduire les traumatismes liés aux accidents. Une telle intervention comporte l'usage obligatoire de la ceinture de sécurité et du siège enfant, le port du casque pour les cyclistes, la conception de véhicules équipés de dispositifs de sécurité et de protection, la limitation de la vitesse, la suppression d'objets lourds et rigides tels que les glissières en béton ou en métal, les poteaux d'éclairage et les piliers sur le bord des routes.

Intervenir après un accident vise à tout faire pour sauver des vies et à apporter des soins qui atténuent les traumatismes ce qui inclut une meilleure prise en charge médicale avant l'arrivée à l'hôpital et des soins d'urgence pour les traumatisés ainsi que de la rééducation.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM soutient les conclusions et les recommandations clés du rapport 2015 de l'OMS sur la prévention des accidents de la route et demande leur application par ses AMN membres et leurs gouvernements et instances concernées.

2. Les médecins doivent considérer les accidents de la route comme un problème de santé publique et reconnaître leurs responsabilités dans la lutte contre ce problème mondial.

3. Les AMN et leurs membres médecins doivent persuader les gouvernements et les décideurs politiques de l'importance de cette question et contribuer à traduire les informations empiriques et scientifiques dans des politiques pragmatiques.

4. Les AMN et les médecins sont des acteurs clés en matière d'éducation publique et doivent intégrer la sécurité routière dans leurs actions de promotion de la santé.

5. Les médecins doivent s'impliquer dans la collecte et l'analyse des données sur les accidents de la route et sur les dommages corporels qui s'en suivent, ainsi que dans la surveillance des traumatismes.

6. Les médecins doivent contribuer à modifier l'attitude du public vis-à-vis des voyages en voiture, y compris faire pression pour améliorer les transports publics, les pistes cyclables et les trottoirs afin de dissuader les gens de prendre la voiture et afin de leur faire adopter des options plus saines telles que la marche et le vélo.

7. Les médecins doivent travailler sur le facteur humain et les causes médicales des accidents de la route, y compris entre autres la prise de médicaments ou certaines maladies susceptibles de nuire à la capacité à conduire un véhicule, et explorer de nouvelles voies pour prévenir et réduire la gravité des traumatismes.

8. Les médecins doivent faire pression pour assurer la mise en place des mesures énoncées précédemment qui réduisent le risque et la gravité des accidents de voiture et en évaluer l'impact.

9. Les AMN et leurs membres médecins devraient encourager la recherche et mettre au pont des formations et des soins médicaux améliorés à tous les niveaux, y compris des systèmes de communication et de transport efficaces pour localiser et évacuer les victimes, des systèmes de soins d'urgence pour assurer les premiers secours vitaux, des soins spéciaux pour les traumatismes et des soins de rééducation. Elles devraient faire pression pour que soient augmentées les ressources nécessaires à ces services.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LES ADOLESCENTS ET LE SUICIDE

Adoptée par la 43e Assemblée Médicale Mondiale, St. Julians, Malte, Novembre 1991
et révisée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et par la 67e Assemblée générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PRÉAMBULE

Au cours des dernières décennies, il s'est produit un changement important concernant les causes de mortalité chez les adolescents. Alors que la plupart de ces derniers mouraient précédemment d'une mort naturelle, aujourd'hui ils risquent davantage de mourir de causes prévisibles. Ainsi assiste-t-on au niveau mondial à une augmentation du suicide chez les jeunes dans les pays développés comme dans les pays en voie développement. Parmi les adolescents, le suicide est actuellement l'une des causes majeures de décès. On sous-estime probablement les suicides à cause de la stigmatisation culturelle et religieuse liée à l'autodestruction et à un refus de voir dans certains traumatismes, tout comme dans quelques accidents de la route, une cause volontaire.

Le suicide d'un adolescent est une tragédie affectant non seulement l'individu mais aussi la famille, ses semblables et son entourage. Souvent, le suicide est vécu par les parents, les amis et médecins comme un échec personnel, ces derniers se reprochant de ne pas avoir décelé les signes d'avertissement. C'est également considéré comme un échec par la communauté ce qui prouve bien que la société moderne souvent n'assure pas un environnement nourricier, fraternel et sain permettant aux enfants de grandir et d'évoluer.

Il existe différents facteurs de suicide dont notamment : les troubles affectifs, les traumatismes, la solitude émotionnelle, le manque d'estime de soi, les graves tensions émotionnelles, les troubles alimentaires, le harcèlement (à l'école, sur internet et le harcèlement sexuel), les fantasmes romantiques, la recherche de sensations fortes, l'abus de drogues et d'alcool, l'existence d'armes à feu et d'autres agents d'autodestruction ainsi que les media rapportant des cas de suicides d'adolescents susceptibles d'inspirer des actes similaires. De plus l'exposition prolongée au média électronique, qui concerne principalement les adolescents au travers des jeux électroniques et des réseaux sociaux, peut contribuer à un isolement social, à des échecs scolaires et à un mal être parmi les jeunes.

Les jeunes dans les maisons de correction courent davantage de risques de suicide que la population en général tout en ayant moins de moyens disponibles. Le manque de ressources rend difficile l'identification de ceux présentant des risques suicidaires.

On constate une proportion de suicides d'adolescent plus élevée au sein des populations

"Autochtones" de certains pays. Les raisons pour cela sont complexes.
Les adolescents sont mieux soignés lorsque les médecins délivrent des prestations complètes, une évaluation et un traitement à caractère médical et psychosocial. Des soins complets et permanents permettent au médecin de recueillir les renseignements nécessaires pour identifier les adolescents présentant des risques suicidaires ou ayant un comportement autodestructeur. Ce type de prestations aide également à établir une relation patient-médecin socialement protectrice et susceptible de contrecarrer les mauvaises influences que subissent les adolescents dans leur entourage.

Dans son travail de prévention du suicide des adolescents, L'Association Médicale Mondiale reconnaît la nature complexe du développement bio-psycho-social de l'adolescent, les mutations sociales dans le monde auxquelles sont confrontés les adolescents et l'introduction de nouveaux agents plus létaux d'autodestruction. En réponse à ces préoccupations, elle recommande aux Associations Médicales Nationales d'adopter les directives suivantes pour les médecins. En agissant ainsi, nous reconnaissons que de nombreux autres acteurs – parents, gouvernements, agences, écoles, communautés, services sociaux – ont aussi un rôle important dans ce domaine.

RECOMMENDATIONS

1. Tout médecin doit, au cours de ses études et pendant sa formation postuniversitaire, recevoir une formation en psychiatrie pédiatrique, y compris sur les facteurs de risque de suicide.

2. La formation des médecins devrait permettre l'identification des premiers signes ou des premiers symptômes de détresse physique, émotionnelle et sociale chez l'adolescent. Ils devraient aussi être aussi formés à l'identification des signes et troubles psychiatriques tels que la dépression, les troubles bipolaires et l'addiction à des substances susceptibles de contribuer au suicide ainsi qu'aux autres comportements autodestructeurs.

3. Les médecins devraient apprendre comment et quand évaluer un risque de suicide parmi ses patients adolescents.

4. Les médecins doivent connaître et se tenir à jour des traitements, savoir où diriger ses patients adolescents quel que soit le degré de leur comportement autodestructeur. Les médecins ayant la plus grande formation en matière de suicide des adolescents sont les psychiatres pédiatres et c'est à l'un d'entre eux lorsqu'il existe que devraient être adressés les patients.

5. Les médecins devraient aussi collaborer avec d'autres personnes compétentes telles que les travailleurs sociaux, les cadres scolaires et les psychologues spécialisés dans le comportement des enfants et des adolescents.

6. Lorsqu'ils soignent des adolescents ayant un quelconque type de traumatisme, les médecins doivent envisager la possibilité que ces blessures résultent d'un acte volontaire.

7. Lorsqu'ils soignent des adolescents présentant une détérioration au niveau cognitif, sentimental ou comportemental, il faudrait penser à l'abus de substances et

l'addiction et fixer un faible seuil au-delà duquel un test toxicologique par les urines s'impose.

8. Les systèmes de santé doivent permettre l'organisation de consultations de santé mentale afin de prévenir les suicides et prendre financièrement en charge les soins médico-sociaux des patients ayant fait une tentative de suicide. Les services doivent être adaptés aux besoins spécifiques des patients adolescents.

9. Il faudrait de mener des études épidémiologiques sur le suicide, ses facteurs de risques ainsi que ses méthodes de prévention. Les médecins devraient être toujours informés de telles études.

10. Lorsqu'ils soignent des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou des risques suicidaires, les médecins devraient éduquer les parents ou les tuteurs à être attentifs aux signes de suicide et leur apprendre les modes d'évaluation.

11. Les médecins devraient soutenir l'identification des groupes d'adolescents à risque avec la mobilisation de ressources identifiées spécifiquement à la prévention et la réduction des risques.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE ET L'ALCOOL

Adoptée par la 44e Assemblée Médicale Mondiale, Marbella, Espagne, Septembre 1992
et révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

INTRODUCTION

Les morts et blessés des accidents de la route constituent un problème majeur de santé publique. Le rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde de l'Organisation Mondiale de la Santé pour 2015 indique que le total des morts causés par des accidents de la route atteint 1,25 million dans le monde. Le taux le plus élevé est celui des pays à faibles revenus.

La conduite en état d'ébriété a provoqué un grand nombre des morts et de blessés lié aux accidents de la route.

La modification des comportements sur la route en matière de consommation d'alcool serait l'approche la plus prometteuse pour prévenir les morts et les blessés de la route. Les mesures interdisant la conduite en état d'ébriété permettront d'améliorer considérablement la sécurité routière et de réduire sensiblement le nombre de victimes et de blesses.

CONSEQUENCES DE L'ALCOOL AU VOLANT

La conduite d'un véhicule implique l'acceptation d'un certain nombre de risques. L'automobiliste prudent sera toujours conscient des risques tout en veillant à ce que le niveau de risques ne dépasse jamais un niveau inacceptable. L'alcool non seulement altère la capacité de conduire mais perturbe également l'évaluation subjective des risqué par le conducteur qui de ce fait conduit moins prudemment.

Quelle que soit la quantité d'alcool consommée la concentration maximale dans l'organisme est atteinte :

- Au bout d'une demi heure lorsque l'estomac est vide
- Au bout d'une heure lorsque l'alcool est consommé avec un repas.

Par ailleurs, il faut beaucoup de temps pour éliminer l'alcool. Un sujet en bonne santé élimine l'alcool à un rythme réduisant la concentration d'alcool dans le sang de 0,1 à 0,15 g/litre/heure. La capacité à conduire demeure donc moindre bien après avoir cessé de boire.

L'abus d'alcool a des conséquences neurologiques et psychiatriques à court et long terme qui mettent en péril la sécurité routière.

Certains médicaments font mauvais ménage avec l'alcool. Certaines associations notamment sont connues pour réduire la vigilance. Lorsque l'on mélange des drogues, licites ou illicites, à de l'alcool, l'effet de l'alcool est amplifié. Ce mélange peut provoquer des dysfonctionnements mentaux extrêmement dangereux pour les usagers de la route. Les médecins devraient être éduqués et informés de ces faits pharmacologiques.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM réaffirme son engagement à œuvrer pour limiter la consommation excessive d'alcool et à encourager des politiques et d'autres mesures visant à limiter les dommages (Déclaration sur l'alcool de l'AMM, octobre 2015.).

2. Les médecins et les Associations Médicales Nationales devraient promouvoir et plaider activement pour la mise en place de politiques gouvernementales basées sur la preuve afin de réduire l'alcool au volant :Actions politiques

3. A l'heure actuelle, le taux d'alcoolémie autorisé varie d'un pays à l'autre. Même de faibles quantités d'alcool agissent directement sur le cerveau, des troubles étant observés à des niveaux aussi peu élevés que 0.3 grammes par litre. Il serait donc souhaitable d'abaisser le taux maximal autorisé d'alcool dans le sang à 0,5 gramme par litre, un taux suffisamment bas pour permettre au conducteur moyen de conserver sa capacité à évaluer les risques.

4. La prévalence particulièrement élevée dans certains pays de conducteurs sous l'emprise de l'alcool peut justifier des politiques coercitives que les médecins et les Associations Médicales Nationales devraient soutenir activement. Par exemple le conducteur peut être jugé inapte à la conduite pendant un certain temps suffisamment long pour s'assurer qu'il ne sera plus une menace pour la sécurité routière à l'avenir.

5. Les responsables gouvernementaux devraient réfléchir à l'instauration de restrictions sur la vente ou la disponibilité de l'alcool, peut-être par des taxes, des systèmes d'agrément et/ou des limites sur les jours et heures de vente. Des restrictions visant la promotion des boissons alcoolisées, y compris la publicité et le sponsoring de manifestations, devraient être également étudiées.

6. Un âge légal minimum pour l'achat et la consommation d'alcool devrait être appliqué dans tous les pays. Les dirigeants gouvernementaux devraient envisager d'appliquer une loi spécifique pour les jeunes conducteurs basée sur un taux d'alcool dans le sang faible ou ramené à zéro.

7. Des mesures strictes devraient être appliquées pour la vente de boissons alcoolisées à des personnes n'ayant pas l'âge d'acheter et de consommer de l'alcool. Ces mesures devraient être correctement mises en pratique.

8. Tout conducteur ayant subi un accident de la route doit subir un test d'alcoolémie

portant sur l'alcool dans le sang ou dans l'air expiré.

9. La pratique des contrôles d'alcoolémie au hasard devrait se généraliser et il serait bien de rechercher d'autres moyens de tester l'urine, le souffle et la salive afin d'identifier les conducteurs à risques et prévenir ainsi la conduite ultérieure d'un véhicule.

10. Les dispositifs empêchant des personnes dont le taux d'alcool est trop élevé à démarrer leur moteur ou à conduire un véhicule devraient être mis au point et expérimentés.

Actions éducatives

11. Les dispositifs empêchant des personnes dont le taux d'alcool est trop élevé à démarrer leur moteur ou à conduire un véhicule devraient être mis au point et expérimentés.

12. Les actions éducatives devraient promouvoir la modération et la responsabilité de ceux qui consomment de l'alcool et tenter de réduire les probabilités de voir les consommateurs d'alcool prendre ensuite le volant.

13. Les informations fournies par les médecins et autres professionnels de santé devraient viser à faire prendre conscience à chacun des dangers de l'alcool au volant. Lorsque les médecins et les autres professionnels de santé délivrent des certificats d'aptitude à la conduite, ils peuvent profiter de l'occasion pour éduquer les usagers de la route et passer un message sur la prévention et la responsabilité personnelle.

14. Dans la plupart des pays, les accidents de la route liés à l'alcool concernent les adolescents et les jeunes adultes à un degré démesurément élevé. Il faudrait mobilier toutes les ressources disponibles pour réduire leur consommation d'alcool. Ce problème d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes et son lien avec la sécurité routière devraient figurer dans les programmes scolaires afin qu'une attitude responsable soit la norme.

Actions cliniques et rééducatives

15. Les médecins devraient également être impliqués à limiter les risques de conduite perturbée en participant à la désintoxication et à la réhabilitation des conducteurs ivres. Ces initiatives devraient se baser sur une analyse approfondie du problème tel qu'il se présente dans chaque pays ou culture. Globalement, l'alcoolisme demeure cependant une maladie concomitante à des difficultés psychologiques ou sociales affectant la famille, le travail ou l'environnement social.

16. Il faudrait donner aux sujets alcooliques l'accès à des services de réhabilitation. En présence de conducteurs ayant trop d'alcool dans le sang (ou dans l'air expiré), il faudrait étudier d'autres facteurs liés à leur alcoolisme et les intégrer à un programme de réhabilitation. Ces programmes devraient être financés par des fonds publics.

17. Les accidents de la route liés à la consommation d'alcool peuvent être vus comme des signes d'autres comportements addictifs ou violents. Il faudrait en tenir compte dans le traitement médical du patient.

Actions communautaires

18. Des intervenants compétents devraient mettre au point des stratégies afin d'assurer un retour au domicile sans risque en cas d'alcool consommé.

19. L'objectif des politiques institutionnelles devrait être de supprimer l'alcool sur le lieu de travail et dans des situations où les consommateurs sont obligés de prendre le volant. La promotion des boissons non alcoolisées est un moyen important de faciliter ces politiques.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA POLLUTION SONORE

Adoptée à la 44e Assemblée Médicale Mondiale, Marbella, Espagne, Septembre 1992
amendée par la 58e Assemblée Générale, Copenhague, Danemark, Octobre 2007
et réaffirmée avec une révision mineure par la 207e session du Conseil de l'AMM,
Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

Compte tenu de la sensibilisation accrue aux questions environnementales et des connaissances acquises sur l'impact du bruit sur la santé, le mental, les performances et le bien-être, il est de plus en plus reconnu que la pollution sonore est une menace grave sur la santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit le bruit comme étant la principale nuisance environnementale des pays industrialisés.

Le bruit affecte les individus de diverses manières. Il perturbe les capacités auditives, le système neuro-végétatif, le mental, la communication orale, le sommeil et les performances. Le bruit étant un facteur de stress, l'organisme face au bruit consomme plus d'énergie et s'épuise davantage. C'est pourquoi on soupçonne le bruit de créer un terrain propice aux maladies en partie induites par le stress comme les maladies cardio-vasculaires, avec des manifestations telles que l'hypertension, l'infarctus du myocarde, l'angine de poitrine ou même l'apoplexie.

Sur le plan psychologique, les effets sont dramatiques. Le stress causé par la pollution sonore est un souci majeur, non seulement dans les pays industrialisés, mais aussi de plus en plus dans les pays en développement. Du fait de l'augmentation massive et continuelle de la circulation, à la fois sur les routes et dans les airs, le stress lié à la pollution sonore est en constante augmentation, dans sa durée et dans son étendue.

De même, la pollution sonore sur le lieu de travail produit de plus en plus de troubles de l'audition d'origine professionnelle.

Les troubles auditifs provoqués par le bruit associé aux loisirs sont de plus en plus préoccupants. La source sonore la plus fréquente dans ces moments de loisir provient de la musique. L'oreille y est soumise par divers dispositifs audio et dans de multiples endroits (lecteurs de musique portables, systèmes stéréo, discothèques, concerts). La plupart des individus sous-estiment ou nient même consciemment les dégâts potentiels sur l'audition. La question majeure (ou aspect) réside dans le fait de sensibiliser les groupes à haut risque — généralement les jeunes. Les législateurs sont donc invités à intervenir et à limiter les dégâts potentiels en introduisant des réducteurs sonores sur les appareils de playback, en

légiférant sur le volume sonore maximum autorisé lors des spectacles ou en interdisant les jouets d'un niveau sonore excessif.

Fidèle à son implication dans le domaine médico-social, l'Association médicale mondiale publie une prise de position sur la pollution sonore avec pour objectif de contribuer à la lutte contre le bruit environnemental par une information plus complète et par une plus grande sensibilisation.

RECOMMANDATIONS

L'Association médicale mondiale appelle les associations médicales nationales à :

1. Informer la population, notamment les personnes dont l'environnement est bruyant ainsi que les politiques et les décideurs des dangers de la pollution sonore ;
2. Demander aux ministres des Transports et aux urbanistes de mettre au point des concepts à même de contrecarrer le niveau croissant de la pollution sonore dans l'environnement ;
3. Demander des dispositions légales pour lutter contre la pollution sonore dans l'environnement ;
4. Soutenir la mise en place de plans antibruit et contrôler l'efficacité des mesures de réduction du bruit ;
5. Informer les jeunes des risques associés à l'écoute de musique à plein volume comme celle émanant des lecteurs de musique portables, des casques stéréo, des systèmes audio dans les voitures, des concerts de rock et des discothèques ;
6. Inviter les instances éducatives à informer les élèves dès les premières années d'école de l'impact du bruit sur les individus, de la manière de pallier le stress dû au bruit dans l'environnement, du rôle de chacun en tant qu'acteur de la pollution sonore et des risques associés à l'écoute de musique à plein volume ;
7. Informer sur les troubles de l'audition d'origine professionnelle que l'on observe dans le secteur privé et qui résultent du fait de travailler avec de l'outillage électrique ou d'utiliser des véhicules à moteur trop bruyants ;
8. Mettre l'accent auprès des personnes exposées à des niveaux sonores excessifs sur leur lieu de travail de l'importance de se protéger contre les bruits irréductibles ;
9. Inciter les personnes responsables de la santé et de la sécurité au travail à prendre de nouvelles mesures pour réduire les émissions sonores et exiger la fourniture d'équipements de protection dans les environnements de travail à haut risque afin d'assurer la protection sanitaire des employés sur leur lieu de travail.

DÉCLARATION DE L'AMM
LA
FOUILLE CORPORELLE DE PRISONNIERS

Adoptée par la 45e Assemblée Médicale Mondiale, Budapest, Hongrie, Octobre 1993
et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et par la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei Taiwan, Octobre 2016

1. L'Association Médicale Mondiale adopte cette prise de position avec pour but de guider les Associations Médicales Nationales dans l'élaboration de directives pour leurs membres.

2. La participation d'un médecin à des fouilles des cavités corporelles dans le but d'appliquer la loi ou d'assurer la sécurité publique s'accompagne de questions complexes sur les droits du patient, le consentement éclairé, les obligations fiduciaires des médecins (double loyauté) et sur leur devoir de contribuer à la sécurité publique. Une demande de fouille des cavités corporelles place le médecin dans une position intenable du fait de la violation potentielle des normes éthiques de sa profession. La participation du médecin devrait être uniquement exceptionnelle.

3. Il y a plusieurs types de fouilles corporelles des prisonniers qui se pratiquent au sein du système pénitentiaire. Parmi elles figurent les fouilles liées à la contrebande et celles liées à des produits directement dangereux pour le prisonnier et ceux autour de lui. Les fouilles sont diverses – depuis les moins invasives – fouilles par « palpation » – jusqu'aux plus invasives (y compris examen de la bouche et fouilles des cavités corporelles).

4. Les systèmes pénitentiaires prévoient dans de nombreux pays la pratique de la fouille corporelle des prisonniers. Cette fouille consiste en un examen rectal et vaginal et peut être effectuée au moment de l'incarcération et lors de chaque autorisation de rencontre directe avec des personnes extérieures à l'établissement carcéral. Elle peut aussi avoir lieu s'il y a des raisons de croire qu'une violation de la sécurité ou de la règlementation pénitentiaire a été commise. Par exemple lorsque le prisonnier est conduit au tribunal pour une audience, à l'hôpital pour un traitement ou pour un travail effectué à l'extérieur ou à son retour à la prison. Dans de tels cas la fouille corporelle concerne tous les orifices corporels. Là où les prisonniers ont un contact direct avec les visiteurs – membres de la famille ou autre – le règlement pénitentiaire peut imposer des fouilles des cavités corporelles. L'objectif principal de la fouille est alors d'assurer la sécurité et/ou de prévenir l'introduction clandestine d'armes ou de drogues dans la prison.

5. Ces fouilles sont effectuées pour des raisons de sécurité et non à des fins médicales. Néanmoins, seules des personnes ayant une formation médicale appropriée devraient pouvoir les mener. Dans la plupart des cas, cela signifiera une personne travaillant au

sein du système pénitentiaire et ayant été formée pour pratiquer de telles fouilles. Cette personne ne devrait pas être un médecin sauf dans des circonstances inhabituelles ou spécifiques.

6. L'obligation du médecin de fournir des soins au prisonnier peut être compromise par une obligation de participer au système sécuritaire de la prison. Un médecin devrait chercher autant que possible à ne pas être impliqué dans des fouilles corporelles. Toute directive de fouille devrait être distinguée du devoir de soins global du médecin afin de protéger la relation patient/médecin.

7. Dans des cas exceptionnels les autorités pénitentiaires peuvent demander à que la fouille soit menée par un médecin. Le médecin décidera alors si la participation médicale est nécessaire et agira en conséquence et de manière éthique.

8. Si la fouille risque, dans le cas où elle est menée par quelqu'un de moins compétent, de provoquer des dommages, par exemple si la personne prisonnière est une femme enceinte ou une personne souffrant de graves hémorroïdes, cet acte non médical peut être accompli par un médecin afin de ne pas nuire au prisonnier. Le médecin doit l'expliquer au prisonnier. Il devra aussi lui expliquer qu'il n'effectue pas la fouille en tant que médecin soignant mais pour la sécurité du patient et en tant que mission imposée par les autorités pénitentiaires et que cette mission ne s'inscrit pas dans une relation médecin-patient. Le médecin devrait informer le prisonnier que les règles habituelles du secret professionnel ne s'appliquent pas au cours de cette procédure et que les résultats de la fouille seront révélés aux autorités. Si un médecin est dûment mandaté par une autorité et accepte de procéder à une fouille corporelle sur un prisonnier pour la sécurité du patient, les autorités devraient être informées de la nécessité de mener cette procédure d'une manière humaine.

9. Si la fouille est effectuée par un médecin, il ne devrait pas s'agir du médecin qui ensuite soignera le prisonnier.

10. Les examens forcés ne sont éthiquement pas acceptables et les médecins ne doivent pas les effectuer. Si le prisonnier acquiesce à une fouille, le médecin ou toute personne effectuant une fouille des cavités corporelles devrait veiller à ce que le prisonnier soit totalement informé de ce qui va être fait, y compris le lieu où la fouille sera menée.

11. Les fouilles devraient se faire d'une façon humaine et si possible dans un local privé, confidentiel qui respecte le prisonnier. La personne chargée des fouilles devrait être du même sexe que le prisonnier soumis aux fouilles. Dans le cas de personnes transsexuelles, on devrait d'abord leur demander le sexe auquel elles s'identifient.

12. L'Association Médicale Mondiale demande instamment que tous les gouvernements et autorités responsables de la sécurité publique reconnaissent que les fouilles invasives constituent une grave atteinte à la vie privée et à la dignité de la personne et présentent un risque d'atteinte corporelle et psychologique. Par conséquent, dans la mesure où cela ne compromet pas la sécurité publique, l'Association Médicale Mondiale demande le respect des recommandations suivantes:

    - Recours à d'autres méthodes pour les contrôles de routine des prisonniers, y compris les scans à ultrasons et autres, et recours à la fouille corporelle qu'en

dernier recours.

- Bannir l'accroupissement au dessus de miroirs pour un examen de l'anus avec l'obligation pour le prisonnier de pousser. Il s'agit là d'une procédure dégradante et donc on peut remettre en question la fiabilité ;
- Si une fouille de cavité corporelle s'impose, les autorités publiques responsables doivent veiller à ce que le personnel l'effectue de manière humaine, que ce personnel soit du même sexe que le prisonnier et qu'il possède les connaissances et les compétences médicales suffisantes pour pouvoir l'effectuer en toute sécurité;
- Ces mêmes autorités doivent garantir le respect de l'intimité et de la dignité de l'individu

13. La participation d'un médecin à des fouilles des cavités corporelles devrait avoir un caractère exceptionnel. Dans de tels cas, le devoir de fouille devrait être distingué de la délivrance de soins par le médecin.

14. Enfin, l'Association Médicale Mondiale demande instamment aux gouvernements et aux autorités publiques responsables que les fouilles corporelles soient effectuées par un médecin qualifié, chaque fois que l'exige l'état physique de l'individu. La demande spécifique, émise par le prisonnier, d'avoir affaire à un médecin sera, dans toute la mesure du possible, respectée.

15. Dans des cas spécifiques, il est possible que l'autorité pénitentiaire demande elle-même à ce que la fouille soit pratiquée par un médecin pour le bien-être du prisonnier. Dans un tel cas, le médecin décidera si une participation médicale est effectivement nécessaire et agira en conséquence et de manière éthique.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LA MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

Adoptée par la 45e Assemblée Médicale Mondiale, Budapest, Hongrie, Octobre 1993
et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et par la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PREAMBULE

L'Association Médicale Mondiale rallie d'autres agences internationales pour condamner la pratique de la mutilation génitale des femmes et des jeunes filles et s'oppose à la participation des médecins dans ces pratiques.

L'arrêt des mutilations génitales féminines (MGF) requiert d'agir sur la mise en œuvre stricte des lois interdisant cette pratique, des soins médicaux et psychologiques pour les femmes victimes et la prévention des MGF par le biais de l'éducation, l'évaluation des risques, la détection précoce et l'engagement des responsables des communautés.

La MGF est une pratique courante dans plus de 30 pays. Le terme MGF s'utilise pour parler de différentes formes de chirurgie, mutilant ou incisant les parties génitales féminines externes. Le terme circoncision féminine ne s'utilise plus car il suggère une équivalence avec la circoncision masculine ce qui est aussi bien inexact que contre productif. La plupart des jeunes filles subissent une MGF/C entre 7 et 10 ans. Ces incisions ne reposent sur aucun fondement médical et sont souvent pratiquées par une personne non qualifiée dans un environnement privé d'hygiène.

La MGF dans toutes ses formes est une violation des droits humains des jeunes filles et des femmes. Il s'agit en effet d'une procédure dommageable effectuée sur une enfant qui ne peut pas donner un consentement valable. Conséquence des migrations, un nombre croissant de jeunes filles vivant en dehors de pays où la pratique est commune sont touchées.

Respecter les normes sociales des migrants pose de plus en plus de problèmes aux médecins et à la communauté au sens plus large.

En raison de son impact sur la santé physique et mentale des femmes et des enfants et parce qu'il s'agit d'une violation des droits humains, la MGF est un motif de préoccupation pour les médecins. Partout dans le monde, les médecins sont confrontés aux effets de cette pratique traditionnelle. On risque de leur demander d'exécuter cette opération mutilante ou de restaurer les effets de la chirurgie mutilante sur les patientes après que l'accouchement ait réouvert l'entrée du vagin.

Il existe plusieurs formes de MGF classées par l'OMS[1] . Ce peut être une procédure primaire, effectuée sur les jeunes filles, d'ordinaire entre 5 et 12 ans, ou une procédure secondaire, telle celle effectuée après un accouchement par exemple. L'importance de la procédure primaire peut varier: de l'excision du prépuce pré clitoridien jusqu'à une mutilation maximale dite infibulation pharaonique qui consiste en partie en l'ablation du clitoris et des petites lèvres et en la suture des grandes lèvres de sorte que seule une ouverture minimale subsiste pour permettre l'écoulement de l'urine et du sang des règles. La plupart des procédures se situent quelque part entre ces deux extrêmes.

Le terme circoncision féminine tout en n'étant plus utilisé, demeure parfois utile, familier et facilement accessible dans le contexte des consultations médecin-patiente.

La MGF n'apporte aucun bienfait en termes de santé. Elle est dommageable pour les jeunes filles et les femmes de multiples façons, quelle que soit la procédure appliquée. Les recherches montrent de graves dommages permanents pour la santé, dont : les hémorragies, les infections, la rétention urinaire, le saignement d'organes adjacents, des chocs et des hyperalgies. Les complications à long terme incluent d'importantes cicatrices, des infections chroniques de la vessie et des voies urinaires, des complications d'ordre obstétrique et urologique ainsi que des problèmes sociaux et psychologiques. La MGF a des conséquences graves sur la sexualité et son vécu dont la perte de capacité d'avoir un orgasme. Il y a aussi de nombreuses complications pendant l'accouchement, y compris des problèmes d'expulsion, la formation de fistules et des déchirements traumatiques des tissus vulvaires.

Maintes raisons sont avancées pour poursuivre la pratique de la MGF: les coutumes, la tradition communautaire (préserver la virginité des jeunes filles et limiter la sexualité des femmes) et en tant que démarche initiatique à la vie de femme. Ces raisons ne justifient pas les dégâts considérables au niveau de la santé physique et mentale.

Aucune des grandes religions ne prône cette pratique qui est sinon souvent et à tort associée à des croyances religieuses. La MGF est une forme de violence habituellement perpétuée sur les jeunes femmes et jeunes filles et constituant un manque de respect pour leur individualité, leur liberté et leur autonomie.

Les médecins peuvent se retrouver face à des parents à la recherche d'un médecin pour réaliser une MGF ou avoir connaissance de parents cherchant à emmener les filles dans des endroits où la procédure est communément pratiquée. Ils doivent être préparés à intervenir pour protéger les jeunes filles.

Les associations médicales devraient préparer des conseils sur la manière de gérer ces demandes en recourant éventuellement aux lois locales de protection de l'enfance contre toute maltraitance et éventuellement à la police et à d'autres instances.

Les patientes ayant subi une MGF et qui accouchent peuvent éventuellement demander aux médecins de restaurer les résultats de la MGF. Ceux-ci devraient pouvoir gérer de telles demandes et s'appuyer sur des ressources éducatives adéquates pour être en mesure de discuter avec les patientes de l'option médicalement approuvée d'une réparation des dommages liés à une MGF et à un accouchement. Les médecins ont aussi la responsabilité

de discuter avec les époux des patientes, avec le consentement de celles-ci, qui pourraient sinon demander une « restauration » de la MGF si le médecin ne leur a pas fourni toutes les explications sur les dommages provoqués la MGF.

Dans certains pays, les médecins et autres professionnels de santé ont de plus en plus tendance à effectuer des MGF car ils souhaitent limiter les risques que cela implique. Certains praticiens pensent peut-être que la médicalisation de la procédure est une avancée vers son éradication. Pratiquer la MGF est une violation de l'éthique médicale et des droits humains et l'implication des médecins peut lui accorder une certaine crédibilité. Dans la majorité des pays, le fait de pratiquer cette intervention est illégal.

Plusieurs gouvernements ont promulgué des lois interdisant la MGF, considérée comme un acte criminel.

RECOMMANDATIONS

1. Tout en prenant en compte les besoins psychologiques et « l'identité culturelle » des populations impliquées, les médecins se devraient expliquer les dangers et les conséquences de la MGF et dissuader de pratiquer ou de promouvoir la MGF. Dans leur exercice les médecins devraient inclure la promotion de la santé des femmes et les conseils visant à rejeter la MGF.

2. Les médecins devraient contribuer à éduquer les professionnels de santé et travailler avec la communauté locale, les responsables dans le domaine culturel et social pour les former sur les conséquences néfastes de la MGF. Ils devraient soutenir les personnes qui veulent mettre un terme à la MGF et la création de programmes communautaires pour proscrire la pratique, apportant des informations médicales sur ses effets dévastateurs, le cas échéant.

3. Il y a des campagnes actives contre la MGF menées par des femmes leaders et des chefs d'état en Afrique et ailleurs. Ces campagnes ont donné lieu à la publication de prises de position fortes contre cette pratique.

4. Les médecins devraient travailler avec des groupes tels que ceux-là et d'autres qui prennent en charge des femmes enceintes, comme par exemple les sages femmes, les infirmières et les accoucheurs afin de s'assurer que tous les praticiens ont les informations nécessaires et pertinentes sur la MGF.

5. Les médecins devraient coopérer avec toutes les stratégies légales de prévention lorsqu'une enfant risque de subir une MGF.

6. Les Associations Médicales Nationales doivent sensibiliser le public et les professionnels sur les effets préjudiciables de la MGF.

7. Les Associations Médicales Nationales devraient s'assurer que l'éducation et la sensibilisation sur la MGF font partie de leurs activités de défense/sensibilisation dans le cadre de la prévention de la violence envers les femmes et les jeunes filles.

8. Les Associations Médicales Nationales devraient travailler avec les leaders d'opinion, les encourageant à devenir des avocats actifs contre la MGF.

9. Les Associations Médicales Nationales doivent encourager les actions gouvernementales visant à prévenir la pratique de la MGF. Cela devrait inclure des programmes de défense/sensibilisation soutenus et l'instauration d'une législation interdisant la MGF.

10. Les Associations Médicales Nationales doivent interdire l'implication des médecins dans la pratique des MGF, y compris la ré-infibulation après accouchement. Les médecins devraient être encouragés à pratiquer une chirurgie reconstructive sur les femmes ayant subi une MGF. Les médecins devraient chercher à s'assurer de la disponibilité de soins médicaux et psychologiques adéquats (et sans jugement) pour les femmes ayant subi une MGF.

11. Les médecins devraient savoir que les risques liés à la MGF peuvent justifier d'enfreindre la confidentialité du patient et permettre de divulguer des informations aux services sociaux et autres afin de protéger une enfant contre de graves dommages.

[1] La MGF peut être classée en quatre catégories: clitoridectomie, excision, infibulation, autres procédures dommageables dont la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation de la zone.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA PROTECTION DES INTÉRÊTS DU PATIENT

Adoptée par la 45e Assemblée Médicale Mondiale, Budapest, Hongrie, Octobre 1993
révisée par 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et réaffirmée par la 203e Session du Conseil de l'AMM, Buenos Aires, Argentine, Avril 2016

PREAMBULE

Les médecins ont le devoir éthique et la responsabilité professionnelle d'agir, en toutes circonstances, dans le meilleur intérêt de leurs patients, sans considération d'âge, de sexe, d'orientation sexuelle, de capacités ou d'handicaps physiques, de race, de religion, de culture, de croyances, d'appartenance politique, de moyens financiers ou de nationalité.

Cette mission inclut la protection des intérêts des patients, à la fois en tant que groupe (ex. défendre les questions de santé publique) et en tant qu'individus.

Parfois, cette mission peut interférer avec les autres obligations juridiques, éthiques et/ou professionnelles du médecin ce qui crée alors des dilemmes sociaux, professionnels et éthiques au médecin.

Dans certains contextes, le médecin peut être confronté à d'éventuels conflits vis-à-vis de son obligation de protéger ses patients:

1. Conflit entre l'obligation de défense des intérêts et le secret professionnel - Un médecin est tenu sur le plan éthique et souvent sur le plan légal d'assurer la confidentialité des informations de santé du patient ainsi que d'autres informations que le patient lui transmet dans le cadre de son exercice professionnel. Un conflit est alors possible dans la mesure où le médecin a une obligation de protection du patient, protection que le patient peut être incapable d'assurer lui-même.

2. Conflit entre les meilleurs intérêts du patient et les dictats des employeurs ou des assureurs - Souvent il existe un conflit potentiel entre le devoir du médecin d'agir dans le meilleur intérêt de ses patients et les dictats de l'employeur du médecin ou la compagnie d'assurances dont les décisions peuvent être dictées par des critères économiques ou administratifs, sans corrélation avec la santé du patient. Par exemple, un assureur peut demander de prescrire uniquement un médicament spécifique alors que le médecin pense qu'un autre médicament serait mieux adapté à un patient donné.

Autre exemple, un assureur qui refuse de prendre en charge un traitement que le médecin juge nécessaire.

3. Conflit entre les intérêts du patient et ceux de la société - L'obligation première du médecin est certes celle envers ses patients mais dans certaines circonstances, le médecin peut avoir une responsabilité envers la famille du patient et/ou envers la société. Ce type de conflit peut se produire entre le patient et sa famille, dans le cas de mineurs ou de patients jugés incapables, ou dans un contexte de ressources limitées.

4. Conflit entre le souhait du patient et le jugement professionnel du médecin ou les valeurs morales - Les patients sont censés être les meilleurs défenseurs de leurs intérêts et, en général, un médecin doit protéger et accéder au souhait du patient. Toutefois, dans certaines circonstances, ce souhait peut être contraire au jugement professionnel du médecin ou à ses valeurs personnelles.

RECOMMANDATIONS

1. L'obligation de confidentialité doit prévaloir sauf dans les cas où le médecin est légalement ou éthiquement contraint de révéler les informations afin de protéger la sécurité du patient, des tiers ou de la société. Dans de tels cas, le médecin doit s'efforcer de signifier au patient qu'il est dans l'obligation de rompre la confidentialité et doit lui en expliquer les raisons à moins que cela ne soit clairement déconseillé (par ex. dans le cas où le patient proférerait des menaces). Dans certaines situations telles que le dépistage génétique ou celui du VIH, les médecins doivent discuter avec leurs patients avant d'effectuer les tests. Ce sont des cas où il pourra éventuellement être nécessaire de rompre le secret professionnel.
   Le non respect de la confidentialité dans le but de protéger le patient est licite uniquement lorsque le patient est mineur ou incapable (ex. abus sur les enfants ou sur les personnes âgées) et uniquement lors-qu'aucune autre solution n'existe. Dans tous les autres cas, la confidentialité ne peut être rompue qu'avec le consentement du patient ou de son représentant légal ou pour les besoins du traitement quand, par exemple, des médecins doivent se consulter. Si la confidentialité doit être rompue, il faut s'en tenir au strict nécessaire et mettre dans le secret uniquement les parties ou les autorités concernées.

2. Dans tous les cas où les obligations du médecin envers son patient sont en conflit avec les dictats administratifs de l'employeur ou de l'assureur, le médecin doit s'efforcer de faire changer d'avis l'employeur ou l'assureur. En dernier ressort, c'est son obligation vis-à-vis du patient qui primera.
   Des mécanismes doivent exister pour protéger les médecins qui souhaitent contester les décisions des employeurs/assureurs sans pour autant mettre en péril leur activité ainsi que pour résoudre les désaccords entre les professionnels de la médecine et les gestionnaires en matière d'allocation de res-sources. De tels mécanismes doivent être stipulés dans les contrats d'embauche des praticiens. Ces contrats doivent attester que les obligations éthiques des praticiens sur-passent les obligations purement contractuelles inhérentes à l'emploi.

3. Un médecin doit être conscient et tenir compte des facteurs économiques ou autres avant de prendre une décision thérapeutique. Néanmoins, un médecin a une obligation

de plaider pour que ses patients aient accès au meilleur traitement disponible. Dans tous les cas de conflit entre les obligations du médecin vis-à-vis de son patient et celles vis-à-vis de la famille du patient ou de la société, les obligations envers le patient doivent généralement prendre le pas sur les autres.

4. Les patients capables ont le droit de définir, sur la base de leurs besoins, de leurs valeurs et de leurs préférences, ce qui pour eux constitue le meilleur type de traitement, dans une situation donnée.
   On ne doit cependant pas demander aux médecins de prendre part à toute procédure contraire à leurs valeurs personnelles ou à leur juge-ment professionnel à moins que la situation présente un caractère d'urgence. Lorsqu'il n'y a pas d'urgence, le médecin doit expliquer au patient pourquoi il n'est pas en me-sure de répondre à son souhait et doit l'adresser à un autre médecin, si nécessaire.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'ÉTHIQUE MÉDICALE DANS LES SITUATIONS DE CATASTROPHES

Adoptée par la 46e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994
révisée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Selon la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), une catastrophe consiste en un événement soudain et désastreux qui perturbe gravement le fonctionnement d'une communauté ou d'une société et cause des pertes humaines, matérielles et économiques ou environnementales dépassant les capacités de la société ou de la communauté à faire face à l'aide de ses propres ressources. Bien qu'étant souvent causées par la nature, les catastrophes peuvent aussi avoir une origine humaine.

   Cette définition exclut les situations consécutives à des conflits et des guerres, nationaux ou internationaux, qui donnent lieu à d'autres problèmes qui dépassent le cadre du présent document.

2. Les catastrophes conduisent souvent à des dégâts matériels considérables, à des déplacements massifs de populations, à des troubles sociaux notables et font de nombreuses victimes. Une préparation adaptée permettrait de réduire la probabilité et la gravité des conséquences d'une catastrophe et de protéger les personnes, en particulier les plus vulnérables.

   Ce document s'attache principalement aux aspects médicaux des catastrophes. D'un point de vue médical, les situations de catastrophe se caractérisent par un déséquilibre aigu et imprévu entre les ressources et les capacités des professionnels de la santé et les besoins des survivants blessés et dont la vie est menacée, pendant une période donnée.

3. Les catastrophes, quelle qu'en soit la cause, partagent un certain nombre d'aspects :

   3.1. Leur caractère soudain et inattendu, mais souvent prévisible, qui exige une réaction immédiate.

   3.2. Les dégâts matériels ou naturels, qui rendent l'accès aux survivants difficile, voire dangereux.

   3.3. Le déplacement ou le mouvement, souvent massif, de personnes.

3.4. Les effets néfastes sur la santé, causés notamment par les blessures physiques et les traumatismes liés à l'énergie dégagée par la catastrophe, les conséquences directes et indirectes de la pollution, les risques d'épidémie, les traumatismes psychologiques et émotionnels, ainsi que les facteurs tels que l'accès réduit à la nourriture, à l'eau potable, à un abri, à des soins médicaux et d'autres déterminants sociaux de la santé.

3.5. Un contexte d'insécurité appelant parfois des mesures de police ou militaires visant le maintien de l'ordre.

3.6. Une couverture médiatique et l'utilisation des réseaux sociaux.

4. Les catastrophes nécessitent des réponses multiples impliquant des secours de différentes natures qui vont du transport à l'approvisionnement en nourriture en passant par les soins médicaux. Les médecins seront vraisemblablement impliqués dans des opérations de coordination impliquant d'autres personnes, par exemple celles chargées de faire appliquer la loi. Ces opérations demandent une autorité efficace et centralisée, coordonnant les actions publiques et privées.

   Les sauveteurs et médecins sont confrontés à des circonstances exceptionnelles nécessitant continuellement des normes médicales et éthiques. C'est ainsi que l'on assure un traitement des survivants de la catastrophe conforme aux principes éthiques de base et non influencé par d'autres motivations. L'insuffisance ou la désorganisation des moyens médicaux sur place et un grand nombre de blessés en peu de temps posent des défis éthiques particuliers.

RECOMMANDATIONS

5. Les professionnels de santé sont au service des patients et de la société à tout moment et en toutes circonstances. Les médecins doivent donc s'engager sincèrement à remédier aux conséquences sanitaires des catastrophes, sans excuse ni retard.

6. L'Association médicale mondiale (AMM) réaffirme sa Déclaration de Montevideo sur la préparation aux catastrophes et la réponse médicale (octobre 2011) en recommandant la création d'une formation adéquate des médecins, une cartographie précise des informations sur les moyens sanitaires et une sensibilisation des gouvernements pour assurer la planification des soins cliniques.

7. L'AMM rappelle que la priorité est d'assurer la sécurité personnelle des médecins et d'autres intervenants dans les situations de catastrophes (Déclaration sur la protection du personnel de santé, octobre 2014).

   Les médecins et les autres intervenants doivent avoir à leur disposition tous les équipements médicaux et de protection nécessaires et en état de marche.

8. L'AMM recommande également les principes et procédures éthiques dans le cadre du rôle joué par les médecins dans des situations de catastrophe.

8.1 Un système de triage peut s'avérer nécessaire pour déterminer les cas prioritaires à traiter. Bien que le triage conduise souvent à ce que des personnes gravement blessées ne reçoivent que de quoi soulager leurs symptômes, comme des analgésiques, ces systèmes sont éthiques, à condition qu'ils soient conformes aux normes applicables. Manifester du souci et de la compassion en dépit de l'obligation d'affecter des ressources limitées constitue un aspect essentiel du triage.

En principe, le triage doit être confié à des médecins agréés et expérimentés ou à des équipes de médecins secondés par un personnel compétent. Les cas pouvant évoluer et changer de catégorie, il est essentiel que la personne chargée du triage réévalue régulièrement la situation.

8.2 Les positions suivantes s'appliquent aux cas d'urgence dépassée :

8.2.1. Le médecin agit conformément à l'éthique lorsqu'il ne s'acharne pas à tout prix à soigner des personnels « en urgence dépassée », préservant ainsi les faibles ressources requises ailleurs. La décision de ne pas soigner une personne blessée en raison des priorités dictées par la situation de catastrophe ne peut pas être considérée comme une non-assistance à personne en danger de mort. Elle se justifie lorsqu'elle a pour objectif de sauver le maximum de personnes. Le médecin doit toutefois montrer de la compassion envers de tels patients et respecter leur dignité, par exemple en les séparant des autres et en leur administrant des antidouleurs et des sédatifs appropriés, et si possible en demandant à quelqu'un de rester avec cette personne pour qu'elle ne soit pas seule.

8.2.2 Le médecin doit agir selon les besoins des patients et les ressources disponibles. Il doit tenter de fixer des priorités de traitement afin de sauver le plus grand nombre de vies et de réduire le plus possible la morbidité.

8.3 Relations avec les patients

8.3.1 En sélectionnant les patients qui peuvent être sauvés, le médecin ne doit tenir compte que de leur état médical et de leur probable réaction positive au traitement, en excluant toute autre considération à caractère non médical.

8.3.2 Les survivants d'une catastrophe ont droit au même respect que les autres patients et le meilleur traitement disponible doit leur être administré avec leur consentement éclairé.

8.4 L'après catastrophe

8.4.1 Dans la période qui suit la catastrophe, il faut prendre en compte les besoins des survivants. Beaucoup peuvent avoir perdu des membres de leur famille et être en état de détresse psychologique. La dignité des survivants et de leurs familles doit être respectée.

8.4.2 Le médecin doit respecter les coutumes, les rites et les religions des patients et agir en toute impartialité.

8.4.3 Dans la mesure du possible, il convient de conserver des dossiers détaillés où figure une description de toute difficulté rencontrée. L'identification des patients, y compris ceux qui sont décédés doit également y figurer.

8.5 Médias et tiers

Il convient que les médecins tiennent compte de la présence inévitable des médias à la suite d'une catastrophe. Le travail des médias doit être respecté et facilité en fonction de ce qu'exigent les circonstances. Au besoin, les médecins sont habilités à restreindre l'accès aux locaux médicaux aux reporters. Il convient que du personnel bien formé prenne en charge les relations avec les médias.

Le médecin a le devoir vis-à-vis de chaque patient de faire preuve de discrétion et d'assurer la confidentialité dans ses rapports avec les tiers. Le médecin doit aussi se montrer prudent, objectif et agir avec dignité et respecter l'atmosphère émotionnelle et politique entourant les situations de catastrophe. Tous les journalistes, et notamment les caméramans doivent obtenir le consentement explicite des patients qu'ils filment. Les médecins doivent respecter les mêmes exigences de discrétions et de confidentialité dans l'utilisation des médias sociaux.

8.6 Devoirs du personnel paramédical

Les principes éthiques qui s'appliquent aux médecins en situation de catastrophe s'appliquent également aux autres professionnels de santé.

8.7 Formation

L'Association médicale mondiale recommande d'intégrer une formation à la médecine de catastrophe dans les cycles d'études universitaires ou postuniversitaires des médecins.

8.8 Responsabilité

8.8.1 L'Association médicale mondiale appelle les gouvernements et les compagnies d'assurances à couvrir à la fois la responsabilité civile et les dommages personnels qu'encourent les médecins en exercice dans une situation de catastrophe ou d'urgence. Une telle couverture devrait également comporter une assurance vie et une assurance en cas de handicap physique pour toutes les personnes qui sont blessées ou qui meurent dans l'exercice de leur fonction.

8.8.2 L'AMM demande que les gouvernements :

- Assure la préparation du système de santé pour qu'il puisse servir en situation d'urgence.
- Partagent les informations relatives à la santé publique, de manière exacte et en temps utile.
- Acceptent la participation de médecins étrangers lorsque leur qualification est prouvée sans discrimination, qu'elle soit basée par ex. sur des critères tels que l'affiliation (entre autres Croix-Rouge, Croissant-Rouge, CICR et autres organisations compétentes), la race ou la religion.
- Accordent la priorité aux services médicaux sur toute autre préoccupation qui pourrait retarder la prise en charge des patients.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES PROBLÈMES ÉTHIQUES CONCERNANT LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE MENTALE

Adoptée par la 47e Assemblée générale, Bali, Indonésie, Septembre 1995
et révisée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 66e Assemblée générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

Historiquement, de nombreuses sociétés ont considéré les patients atteints de maladie mentale comme une menace pour leur entourage plutôt que comme des personnes nécessitant une assistance et des soins. Faute de traitement efficace, pour prévenir un comportement autodestructeur ou dommageable pour les autres de nombreuses personnes atteintes de maladie mentale étaient enfermées dans des asiles pendant tout ou partie de leur existence.

Actuellement, les progrès accomplis dans les traitements psychiatriques permettent une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies mentales. Des médicaments efficaces et avoir pour résultat une guérison totale, une rémission d'une durée plus ou moins longue des patients présentant des pathologies plus sévères.

L'adoption en 2006 de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées a constitué une étape majeure qui a permis de considérer les personnes handicapées comme des membres à part entière de la société avec les mêmes droits que toute autre personne. Il s'agit du premier traité sur les droits humains du 21e siècle. Il vise à promouvoir, protéger et renforcer les droits humains et la dignité de toutes les personnes handicapées, y compris celles souffrant de troubles mentaux.

Les personnes atteintes de pathologies mentales majeures et celles atteintes de troubles de l'apprentissage ont le même droit aux services de prévention et aux programmes de promotion de la santé que les autres membres de la communauté. Souvent elles en ont davantage besoin car elles ont plus tendance à avoir un mode de vie malsain.

Les patients présentant une morbidité psychiatrique peuvent aussi avoir une maladie non psychiatrique. Ces personnes atteintes d'une maladie mentale ont le même droit aux soins que tout autre patient. Les psychiatres et les autres professionnels de santé assurant des services de santé mentale devraient adresser les patients à d'autres professionnels appropriés lorsque ces patients ont besoin de soins médicaux. Les professionnels de santé ne devraient jamais refuser de fournir les soins requis uniquement parce le patient a une maladie mentale.

Les médecins ont les mêmes obligations envers tous les patients y compris ceux atteints de maladie mentale. Les psychiatres ou les autres médecins qui traitent des patients ayant une maladie mentale doivent se conformer aux mêmes normes éthiques que tout autre médecin.

La première obligation du médecin est celle envers le patient et non pas de servir comme agent de la société, sauf dans des circonstances où un patient est clairement dangereux pour lui-même ou les autres en raison de sa maladie mentale.

PESPONSABILITES ETHIQUES DES MEDECINS

La stigmatisation et la discrimination associées à la psychiatrie et aux maladies mentales doivent être éliminées. La stigmatisation et la discrimination risquent de dissuader les personnes en difficulté de recourir à une aide médicale, ce qui aggrave leur cas et leur fait courir des risques au niveau émotionnel ou physique.

Les médecins ont la responsabilité de respecter l'autonomie de tous les patients. Lorsque des patients en traitement pour une maladie mentale sont capables de prendre des décisions, ils ont le même droit à décider de leurs soins que tout autre patient. La capacité à décider étant spécifique à la décision à prendre et pouvant évoluer dans le temps, y compris en fonction du résultat du traitement, les médecins doivent continuellement évaluer la capacité du patient. Lorsqu'un patient est dans l'incapacité de prendre une décision, les médecins devraient demander le consentement d'un représentant légal en application de la loi en vigueur.

La relation thérapeutique entre le médecin et le patient est fondée sur la confiance mutuelle. Les médecins ont la responsabilité de demander le consentement éclairé des patients pour un traitement y compris les patients traités pour maladie mentale. Les médecins devraient informer tous les patients de la nature de leur trouble psychiatrique ou autres troubles médicaux, des bénéfices attendus, des résultats et des risques du traitement.

Les médecins devraient toujours baser leurs recommandations de traitement sur leur meilleur jugement professionnel et traiter tous les patients avec sollicitude et respect, quel que soit le milieu de soins. Les médecins exerçant dans un établissement psychiatrique, une structure militaire ou pénitentiaire, peuvent se trouver confrontés à des responsabilités envers la société qui créent des conflits avec l'obligation première du médecin envers le patient. Dans de telles situations, les médecins devraient révéler le conflit d'intérêts afin de minimiser l'éventuel sentiment de trahison de la part du patient.

L'hospitalisation ou le traitement forcé de personnes atteintes de maladies mentales suscite une controverse éthique. Alors que la législation en matière d'hospitalisation et de traitement forcés diffère partout dans le monde, on reconnaît généralement que cette décision de traiter sans le consentement éclairé du patient ou contre la volonté du patient se justifie éthiquement uniquement dans les cas suivants : (a) de graves troubles mentaux empêchant la personne de décider elle-même du traitement ; et/ou (b) la présence d'un danger probable pour le patient lui-même ou pour les autres. L'hospitalisation ou le traitement forcé devrait être exceptionnel et les médecins devraient y recourir que lorsqu'il est bien prouvé qu'une telle décision est médicalement appropriée et nécessaire.

Ils devraient s'assurer que la personne est hospitalisée pour la plus courte durée possible compte tenu des circonstances. Dans toute la mesure du possible et en accord avec les lois locales, les médecins devraient inclure une personne en charge de la défense des droits du patient dans le processus de décision.

Les médecins doivent protéger la confidentialité et la vie privée de tous les patients doit être préservée. Lorsque la loi l'exige, le médecin doit divulguer uniquement les informations requises et seulement à l'entité légalement autorisée à faire une telle demande. Lorsque des banques de données autorisent l'accès ou la transmission des informations d'une autorité à une autre la confidentialité doit être respectée et un tel accès ou une telle transmission doit se faire en totale conformité avec la loi en vigueur.

La participation à la recherche de personnes ayant une maladie psychiatrique doit se faire en total accord avec les recommandations de la Déclaration d'Helsinki.

Les médecins ne doivent jamais profiter de leur position professionnelle pour violer la dignité des droits humains qu'il s'agisse d'une personne ou d'un groupe et ne doivent jamais laisser leurs souhaits personnels, leurs besoins, leurs sentiments, leurs préjugés ou leurs croyances interférer avec le traitement d'un patient. Les médecins ne doivent jamais abuser de leur autorité ou tirer profit de la vulnérabilité d'un patient.

RECOMMANDATION

L'Association Médicale Mondiale et les Associations Médicales Nationales sont encouragées à :

1. Diffuser cette prise de position et affirmer les fondements éthiques dans le cadre du traitement des patients atteints de maladie mentale.
2. En agissant ainsi, demander le respect total à tout instant de la dignité et des droits humains des patients atteints de maladie mentale ;
3. Sensibiliser davantage sur les responsabilités des médecins pour favoriser le bien-être et les droits des patients atteints de maladie mentale.
4. Promouvoir la reconnaissance des relations privilégiées entre le patient et le médecin basées sur la confiance, le professionnalisme et la confidentialité.
5. Plaider en faveur de ressources adéquates pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LES MÉDECINS ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Adoptée par la 47e Assemblée générale, Bali, Indonésie, Septembre 1995
et révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et par la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

La santé d'une communauté ou d'une population se définit par plusieurs facteurs qui vont au-delà des causes traditionnellement comprises de la maladie. Les déterminants sociaux de la santé comportent des facteurs qui touchent aux choix de mode de vie, aux facteurs qui affectent l'environnement physique, psychosocial et environnemental dans lequel vivent les individus et aux facteurs qui affectent les services de santé mis à la disposition des personnes. La santé publique implique le contrôle, l'évaluation et la planification d'un ensemble de programmes et d'activités ciblés sur les besoins identifiés de la population. Le secteur public devrait pouvoir accomplir ce rôle efficacement afin d'optimiser la santé collective. Une composante clé de la politique de santé publique devrait être l'intégration et l'égalité en matière de santé, les agences de santé publique doivent être particulièrement attentives aux populations et communautés dont les conditions sociales, économiques et politiques leur font courir davantage de risques sanitaires qu'à la population en général.

Les médecins et leurs associations professionnelles ont une responsabilité éthique et professionnelle de toujours agir dans le plus grand intérêt des patients. Cela implique de collaborer avec les agences de santé publique pour intégrer les soins médicaux des patients individuels en promouvant plus largement la santé du public.

Les fonctions clés des agences de santé publique sont les suivantes :

Promotion de la santé :

- Travailler avec les prestataires de santé afin d'informer le public en général et lui permettre de participer activement à la prévention et au contrôle des maladies, en adoptant des modes de vie sains et en utilisant les services médicaux de manière adéquate;

- Veiller à ce que les conditions contribuant à une bonne santé, entre autres des services médicaux de grande qualité, un approvisionnement en eau potable, une bonne alimentation, une atmosphère non polluée tout comme des possibilités d'activités physiques et récréatives, soient disponibles pour toute la population ;

- Travailler avec les autorités publiques responsables pour créer une politique publique saine et un contexte favorable à des choix de vie sains et développer un capital humain et social.

Prévention : garantir un accès au dépistage, aux autres services de prévention et aux soins pour toute la population.

Protection : contrôler et protéger la santé des communautés contre les maladies transmissibles et l'exposition aux polluants toxiques, les risques professionnels, les produits nocifs et les services de santé de mauvaise qualité. Il faut pour cela fixer des priorités, établir des programmes de première nécessité, se procurer les ressources nécessaires et garantir l'existence des services de laboratoires de santé publique nécessaires.

Surveillance : identifier l'apparition de maladies infectieuses et les caractéristiques des maladies chroniques, établir des programmes de prévention ou de contrôle appropriés;

Evaluation de la santé de la population : évaluer les besoins sanitaires de la population, organiser les ressources disponibles pour répondre à ces besoins et élaborer une politique sanitaire en réponse aux besoins des communautés et de la nation.

Les programmes et actions spécifiques menés dans chaque juridiction (locale ou nationale) dépendront des problèmes et des besoins identifiés, de l'organisation du système de santé, de la nature et des objectifs, des différents partenariats mis en place et des ressources disponibles pour répondre aux besoins identifiés.

Les agences de santé publique bénéficient largement du soutien et de l'étroite collaboration des médecins et de leurs associations professionnelles. La santé d'une communauté ou d'une nation se mesure à la santé de tous ses citoyens. Les problèmes de santé qui touchent une personne et que l'on peut éviter affectent la santé et les ressources de l'ensemble de la communauté. L'efficacité de nombreux programmes de santé publique dépend donc de la collaboration active des médecins et de leurs associations professionnelles avec les agences de santé publique et les autres agences gouvernementales ou non gouvernementales.

Le secteur médical et le secteur de la santé publique devraient collaborer efficacement sur la diffusion des informations de santé publique et des programmes éducatifs qui assurent la promotion de modes de vie sains et réduisent les risques sanitaires y compris ceux liés au tabac, à l'alcool et aux autres drogues, à une vie sexuelle augmentant les risques de transmission du VIH et des maladies sexuellement transmissibles, à une mauvaise diététique et à l'absence d'activités physiques, à une immunisation incorrecte pendant l'enfance. Par exemple, l'éducation en matière de santé peut grandement réduire la

morbidité et la mortalité infantiles (entre autres en encourageant l'allaitement maternel et en éduquant les parents sur la diététique, le tout avec une assistance au travail et au sein de la communauté).

Les agences de santé publique sont officiellement avant tout chargées de la surveillance des maladies, de l'investigation et du contrôle. Ces activités ne peuvent pas être menées à bien sans la coopération et le soutien actifs des médecins au niveau communautaire. Ces derniers connaissent la typologie des maladies individuelles et communautaires et peuvent donc avertir rapidement les autorités sanitaires des problèmes nécessitant de plus amples recherches ou des décisions. Par exemple, les médecins peuvent aider à identifier les populations à hauts risques dans les cas de maladies comme la tuberculose et signaler les cas de maladies contagieuses comme la rougeole, la coqueluche ou certaines causes infectieuses de diarrhées tout comme les expositions au plomb ou à d'autres produits chimiques et substances toxiques au sein de la communauté ou sur le lieu de travail. Une collaboration étroite entre les agences de santé publique et les médecins ainsi qu'avec les autres professionnels de santé est indispensable pour un suivi efficace des maladies.

Indépendamment de l'efficacité des programmes de santé publique existants dans une juridiction, les associations médicales professionnelles devraient être conscientes des besoins sanitaires non satisfaits dans leurs communautés et les nations devraient prôner des actions, des programmes et des ressources pour répondre à ces besoins. Ces efforts pourraient porter sur des domaines tels que l'éducation publique pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, la gestion et le contrôle des dangers liés à l'environnement, l'identification et l'information sur les effets néfastes pour la santé des problèmes sociaux tels que la violence interpersonnelle ou les pratiques sociales nuisibles, l'identification et la promotion des services permettant d'améliorer la préparation aux traitements d'urgence.

Dans les juridictions où les services de santé de base sont insuffisants, les associations médicales doivent travailler avec les autres agences et groupes de santé afin d'établir des priorités de défense et d'action. Par exemple, dans un pays ou une région aux ressources limitées n'offrant ni eau potable ni réseau d'assainissement à la plupart de ses habitants, ces besoins devront être prioritaires sur les technologies médicales qui ne profiteraient qu'à une petite partie de la population.

Certains problèmes de santé sont extrêmement complexes et comportent des réponses à plusieurs niveaux. Par exemple, les personnes ayant un taux élevé de plomb dans le sang nécessitent certes un traitement médical approprié mais il faut aussi déterminer la source de la contamination et prendre des mesures pour éliminer le danger. Parfois, les politiques favorisant la santé publique inquiètent en raison de leur impact possible sur le plan économique. Par exemple, les vives réactions face à l'impact économique potentiel des politiques anti- tabac peuvent provenir de régions ou de groupes qui tirent d'importants

revenus de la culture ou de la transformation du tabac Cependant, les préoccupations économiques ne doivent pas entraver un programme vigoureux de défense de la santé publique combattant la consommation du tabac. La promotion du tabac sous toutes ses formes devrait faire l'objet d'une opposition vigoureuse. Tous les efforts devraient être entrepris pour réduire la consommation du tabac dans les pays développés et les pays en voie de développement.

Les médecins et leurs associations devraient collaborer avec les autorités politiques et les autres organisations pour encourager les média à envoyer des messages positifs pour l'éducation sanitaire ayant trait à la diététique, à la consommation de drogues, aux maladies sexuellement transmissibles, aux risques cardiovasculaires etc.

Les associations médicales devraient demander à leurs membres de bien informer les patients de l'existence de services de santé publique.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

Adoptée par la 48e Assemblée Générale, Somerset West, Afrique du Sud, Octobre 1996
et révisée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PREAMBULE

La résistance aux antimicrobiens (RAM) constitue une menace croissante pour la santé publique mondiale, qui dépasse les frontières nationales et les divisions socioéconomiques. La résistance aux antimicrobiens met en péril la santé humaine, animale et environnementale. C'est une crise aux multiples facettes, avec de lourdes conséquences sur les plans humain, sanitaire et économique.

La lutte contre la résistance aux antimicrobiens est devenue une priorité sanitaire absolue au niveau mondial et incombe à tous les pays.

Les médicaments antimicrobiens sont un élément essentiel de la médecine moderne : ils permettent de limiter les risques de procédures complexes comme la chirurgie ou la chimiothérapie.

La résistance aux antimicrobiens menace l'efficacité de la prévention et du traitement d'un nombre croissant d'infections causées par des bactéries, des parasites, des virus et des champignons.

Une résistance aux antimicrobiens apparaît lorsque des microorganismes développent une capacité de résistance à l'action des médicaments antimicrobiens (tels que les antibiotiques, les antifongiques, les antipaludiques et les anthelminthiques).

De plus en plus de rapports font état d'infections causées par les bactéries résistantes à de multiples catégories d'antibiotiques.

Bien que l'apparition d'une résistance aux antimicrobiens soit un phénomène tout à fait naturel de l'évolution, elle est exacerbée par une surutilisation et un mauvais usage des antimicrobiens en médecine humaine et vétérinaire ainsi qu'en agriculture et par son emploi comme stimulateur de croissance ou comme agent de prévention sur des animaux sains.

L'apparition et la propagation de la résistance aux antimicrobiens est en outre aggravée par l'accès restreint à des médicaments efficaces, la vente libre d'antibiotiques dans

certains pays, la disponibilité de produits de mauvaise qualité, voire contrefaits, la mauvaise utilisation des antibiotiques dans la production alimentaire, l'essor des déplacements internationaux, le tourisme et le commerce médicaux et la faible application des mesures de lutte contre les infections.

L'autre facteur principal de la résistance aux antimicrobiens est la dissémination d'antibiotiques dans l'environnement, soit du fait de mauvaises pratiques de fabrication ou d'élimination des médicaments non utilisés, soit par les déjections humaines et animales, soit par l'élimination inadéquate des cadavres d'humains et d'animaux.

Dans de nombreux pays, notamment ceux à revenu faible ou moyen, l'accès à des médicaments antimicrobiens efficaces et à des techniques complémentaires, de diagnostic ou de vaccination par exemple, reste une gageure, aggravant la RAM.

Les conséquences de la RAM ne se mesurent pas seulement sur le plan de la santé humaine mais aussi sur le plan économique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a averti que la résistance aux antimicrobiens avait atteint des niveaux alarmants dans de nombreuses régions du monde et qu'à ce rythme, elle causerait la mort de 10 millions de personnes par an et une diminution de 2 à 3,5 % du PIB mondial d'ici 2050.

À l'allure à laquelle se propage la résistance aux antimicrobiens à travers le monde, elle compromet fortement la réalisation des Objectifs de développement durable des Nations unies et sape les efforts de réduction des inégalités de santé. Sans une action transectorielle harmonisée et coordonnée à l'échelle internationale, le monde se dirige vers une ère post-antibiotique à laquelle des infections courantes et des blessures mineures pourront de nouveau tuer.

La résistance antimicrobienne fait désormais partie des priorités au plus haut niveau politique, notamment pour l'assemblée générale des Nations unies. Elle est également inscrite à l'ordre du jour du G7 et du G20.

Il est nécessaire d'adopter une approche de type « un monde, une santé » (« One Health ») pour réduire au minimum l'utilisation inadaptée ou superflue des antimicrobiens ainsi que pour prévenir et lutter contre la transmission de la résistance existante. Une approche du type « un monde, une santé » permettrait d'assumer qu'il est nécessaire d'agir dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, mais aussi de l'agriculture.

RECOMMANDATIONS

Recommandations générales

1. Dans la population en général et dans les soins de santé, la principale mesure de prévention des infections consiste à réduire la demande d'antibiotiques. Pour ce faire, il convient de s'attaquer aux déterminants sociaux des maladies infectieuses comme la précarité des conditions de vie et le manque d'assainissement, des mesures qui se traduiront par la diminution des inégalités de santé et de la

résistance aux antimicrobiens.

2. Les nations disposent de différentes ressources pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens et doivent coopérer avec l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), qui promeuvent le plan d'action mondial qui sert de cadre aux plans d'action nationaux.

3. L'Association médicale mondiale (AMM) et ses membres constituants devraient plaider pour :

   - un financement de la surveillance des infections résistantes aux médicaments, tant en médecine humaine et vétérinaire que dans les secteurs de l'agriculture, de la production halieutique et de l'agroalimentaire, ainsi que pour une coopération internationale en matière de procédures de partage des données en vue d'améliorer les réponses au niveau mondial ;
   - l'examen, par l'OMS et les autres agences onusiennes du rôle des accords sur le commerce international et des déplacements internationaux dans la propagation de la résistance aux antimicrobiens et la promotion de l'intégration, dans ces accords, de garanties contre la prolifération des pathogènes résistants aux médicaments dans l'alimentation ;
   - l'appui de l'OMS aux mesures d'assouplissement des aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) pour assurer l'accès à des médicaments de qualité à des prix abordables et son opposition à la multiplication des dispositions dites « ADPIC-plus » de ces accords, qui limitent ces assouplissements pourtant efficaces ;
   - l'emploi généralisé de techniques fiables telles que des systèmes de traçabilité pour assurer l'authenticité des produits pharmaceutiques ;
   - un accès égalitaire et un usage approprié des médicaments antimicrobiens de qualité existants et à venir, ce qui exige l'application efficace des listes des médicaments essentiels de l'OMS portant sur les antimicrobiens, à savoir ceux auxquels l'accès est indispensable, ceux à utiliser avec précaution et ceux à n'utiliser qu'en dernier recours. Pour que le programme d'action mondial de l'OMS et les programmes d'action nationaux soient efficaces, l'accès aux établissements de santé, aux professionnels de santé, aux vétérinaires, aux connaissances, à l'instruction et aux informations est vital ;
   - un recours massif à la vaccination pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens, ce qui permettra de réduire le fardeau des maladies infectieuses et par voie de conséquence de réduire le besoin d'antimicrobiens, limitant ainsi l'apparition d'une résistance à ces derniers ;
   - que les organisations internationales chargées de la santé et les gouvernements amplifient leurs actions, se coordonnent pour promouvoir une utilisation appropriée des antibiotiques et travaillent ensemble à réduire la résistance aux antimicrobiens par une approche de type « un monde, une santé », qui reconnaisse que les santés humaine, animale et environnementale sont inextricablement liées afin d'enrayer la propagation de la résistance.

4. L'Association médicale mondiale et ses membres constituants devraient

encourager leurs gouvernements respectifs à :

- accroître le financement de la recherche fondamentale et appliquée visant à mettre au point des agents antimicrobiens, des outils de diagnostic et des vaccins (notamment des vaccins antimicrobiens innovants) et à bien utiliser ces dispositifs thérapeutiques ;
- assurer l'équilibre entre les ressources financières et techniques pour le développement de médicaments antimicrobiens, de vaccins et d'outils de diagnostic innovants ainsi que de méthodes novatrices de prévention et de lutte contre les infections, à la fois dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire et dans l'agriculture ;
- appuyer des efforts de recherche et développement de nouveaux agents et vaccins antimicrobiens et de tests de diagnostic rapide qui soient dictés par les besoins et conformes aux principes détaillés dans la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur la résistance aux agents antimicrobiens, adoptée en septembre 2016, à savoir l'accessibilité financière, l'efficacité, l'efficience et l'équité;
- prendre des mesures règlementaires en vue de maîtriser la pollution environnementale qui permet la dissémination des gènes résistants aux antibiotiques dans le sol, l'eau et l'air.
- former un nombre suffisant de spécialistes en maladies infectieuses cliniques dans chaque pays, condition indispensable pour combattre la résistance aux antimicrobiens et les infections acquises à l'hôpital.

Au niveau national

1. Les membres constituants devraient exhorter leurs gouvernements à :

- exiger que les agents antimicrobiens ne soient disponibles que sur prescription d'un professionnel de santé ou un vétérinaire et distribués ou vendus par des professionnels ;
- lancer des campagnes nationales de sensibilisation aux conséquences dangereuses d'une surutilisation et d'un mauvais usage des antibiotiques auprès du grand public. Ces campagnes devraient être appuyées par la fixation d'objectifs nationaux pour accroître la sensibilisation de la population ;
- soutenir leurs associations professionnelles, la société civile et les systèmes de soins de santé afin qu'ils supervisent l'adoption de comportements adéquats éprouvés en vue d'assurer un emploi approprié des antibiotiques et de mettre fin à leur surutilisation ;
- assurer l'accès à des outils de diagnostic adéquats et utilisables sur les lieux d'intervention tels que les hôpitaux ou les cliniques afin d'informer les processus de décision et ainsi éviter la prescription inadaptée d'antibiotiques ;
- commander le recueil de données sur l'usage d'antibiotiques, les prescriptions, les prix, les profils de résistance et les échanges commerciaux, tant dans le domaine de la prestation de soins de santé que dans celui de l'agriculture. Ces données devraient être mises à la disposition du grand public ;
- appuyer la mise en œuvre de programmes efficaces de gestion antimicrobienne et de formation au bon usage des agents antimicrobiens et à la lutte contre les

infections ;

- poursuivre activement le déploiement d'un système de surveillance national de fourniture des antimicrobiens et de la résistance aux antimicrobiens. Les données issues de ce système devraient être comparées ou intégrées à celles du réseau mondial de veille de l'OMS.
- Le suivi de l'utilisation d'antimicrobiens dans l'élevage et la production alimentaire doit être suffisamment précis pour assurer l'obligation de rendre des comptes.

2. Les membres constituants devraient :

- encourager les facultés de médecine et les programmes de formation continue à renouveler leurs efforts pour former les médecins à l'emploi approprié des antibiotiques, y compris à leur utilisation en pratique ambulatoire et aux bonnes pratiques de lutte contre les infections. Les médecins pourront à leur tour informer le grand public ;
- encourager la formation de leurs membres aux différents aspects de la résistance aux antimicrobiens, y compris la bonne gestion des antimicrobiens, leur bonne utilisation et les mesures de lutte contre les infections, y compris l'hygiène des mains ;
- plaider pour la publication et la communication d'informations locales relatives aux modèles de résistance, aux directives cliniques et aux options de traitement recommandées aux médecins ;
- en collaboration avec les autorités vétérinaires, encourager les gouvernements à restreindre, par des mesures règlementaires, l'utilisation des antibiotiques dans l'agriculture, notamment l'élevage, y compris leur emploi à des fins de prophylaxie et de stimulation de la croissance et à n'autoriser que les catégories d'antimicrobiens essentiels en médecine humaine ;
- soutenir une règlementation qui empêche les conflits d'intérêts entre vétérinaires lorsque ces derniers sont à la fois prescripteurs et vendeurs d'antibiotiques;
- envisager d'utiliser les réseaux sociaux pour informer le grand public et promouvoir les bonnes utilisation et élimination des antibiotiques ;
- encourager les parents à respecter pour leurs enfants les calendriers de vaccination recommandés. Les adultes également devraient avoir facilement accès aux vaccins contre la grippe et les infections à pneumocoque, entre autres.

Au niveau local

1. Les professionnels de la santé et les systèmes de santé ont un rôle essentiel à jouer dans la préservation des médicaments antimicrobiens.

2. Les médecins devraient :

- avoir accès à des informations exactes, fiables, scientifiquement fondées et exemptes de tout conflit d'intérêts et mener, ou à tout le moins participer activement aux programme de bonne gestion mis en place par les hôpitaux, les

cliniques et les autorités pour améliorer l'utilisation des antibiotiques ;

- sensibiliser leurs patients à l'antibiothérapie, à ses risques et ses avantages, à l'importance du strict respect du traitement prescrit, aux bonnes pratique de prévention des infections et aux problèmes que pose la résistance aux antibiotiques ;
- promouvoir les mesures d'hygiène (notamment d'hygiène des mains) et les autres mesures de prévention des infections et assurer qu'elles sont respectées.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA VIOLENCE DANS LA FAMILLE

Adoptée par la 48e Assemblée générale, Somerset West, Afrique du Sud, Octobre 1996
révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et la 61e Assemblée générale de l'AMM, Vancouver, Canada, Octobre 2010

PRÉAMBULE

L'Association Médicale Mondiale, fortement préoccupée par la violence en tant que problème de santé publique, rappelle la Déclaration de l'Association Médicale Mondiale de Hong Kong sur les mauvais traitements des personnes âgées et la Déclaration de l'Association Médicale Mondiale sur les mauvais traitements et la négligence envers les enfants, et exhorte les associations médicales nationales à intensifier et déployer leurs efforts pour traiter le problème de la violence dans la famille.

Le terme de violence dans la famille est utilisé pour désigner les mauvais traitements physiques et/ou psychologiques infligés par une relation intime de la victime. Il englobe la violence conjugale (parfois connue sous le nom de conjoints, de maris et de femmes battues), les mauvais traitements, l'abandon et la violence sexuelle sur des enfants, les mau-vais traitements des personnes âgées et un grand nombre d'agressions sexuelles. La violence dans la famille est présente dans tous les pays du monde et ne connaît pas de barrières sexuelles, raciales, ethniques, religieuses et socio-économiques. Bien que différemment définie d'une culture à l'autre, la violence dans la famille représente, en vertu du nombre de décès, de sévices et de traumatismes dont elle est la cause, un problème majeur de santé publique. Pour beaucoup de victimes, les préjudices corporels ou psychologiques peuvent signifier une incapacité chronique ou permanente. La violence dans la famille est liée à l'augmentation des risques de dépression, d'anxiété, d'abus des drogues, et de comportement préjudiciable contre soi-même, y compris le suicide. Souvent, les victimes de mauvais traitements commettent elles-mêmes par la suite des actes de violence ou sont entraînées dans des relations de violence. Bien que ce document traite essentiellement de la protection de la victime, les besoins de celui qui commet des actes de violence ne devraient pas être négligés.

Bien que les causes de la violence dans la famille soient complexes, on en connaît certains facteurs. On citera notamment la pauvreté, le chômage et autres formes de stress exogène, un comportement d'acceptation de la violence pour résoudre les conflits, l'abus des drogues, l'abus d'alcool, la rigidité des rôles masculin et féminin, le manque d'autorité parentale, l'ambiguïté des rôles dans la famille, le manque de réalisme des attentes formulées par les membres de la famille, les conflits entre les membres de famille, la réalité ou la virtualité de la vulnérabilité physique ou psychologique des victimes par les auteurs de la violence, leur recherche du pouvoir et du contrôle d'autrui, et l'isolation sociale de la famille, entre autres.

POSITION

Il est de plus en plus nécessaire d'aborder la réflexion et les mesures pratiques contre la violence de façon globale plutôt que de se concentrer sur un type particulier de victime ou de communauté. Dans de nombreuses familles, lorsque l'un des conjoints, par exemple, est maltraité, il est fort possible que les enfants et/ou les personnes âgées le soient également, souvent par une seule et même personne. Par ailleurs, il existe de solides preuves que les enfants, victimes de mauvais traitements ou témoins de violences à l'égard d'un autre membre de la famille, présentent de plus grands risques de revivre plus tard, à l'adolescence ou à l'âge adulte, une situation dans laquelle ils seront de nouveau les victimes ou les auteurs de mauvais traitements. Enfin, l'analyse de données plus récentes fait apparaître que les victimes de violence dans la famille, du moins dans certaines cultures, peuvent également commettre des violences à l'encontre des relations non intimes. Cela veut dire que la violence dans la famille pourra non seulement avoir des répercussions sur le développement de la violence au niveau de la famille, mais aussi au niveau plus large de la société

Les médecins et les associations médicales nationales devraient condamner des pratiques aussi violentes que les meurtres liés à la dot et les crimes d'honneur.

Les médecins et les associations médicales nationales devraient s'opposer à la pratique du mariage des enfants.

Les médecins ont un rôle important à jouer dans la prévention et le traitement de la violence dans la famille. Naturellement, ils traiteront les préjudices, les maladies et problèmes psychiatriques des victimes de mauvais traitements. Mais aussi, dans le cadre de la relation thérapeutique médecin/patient, ils peuvent aider la victime à leur confier qu'elle est ou qu'elle a été victime de mauvais traitements. Ils doivent régulièrement se renseigner sur d'éventuelles violences, notamment lorsqu'ils se trouvent en présence de symptômes cliniques qui peuvent être associés à de mauvais traitements. Ils peuvent aider les patients à trouver les moyens d'assurer leur sécurité et d'avoir l'accès aux ressources de la communauté qui leur apporteront la protection et/ou l'intervention nécessaire. Ils peuvent informer les parents de l'évolution et des effets préjudiciables de la violence dans la famille, de la façon de gérer le stress, des différentes possibilités de traitement de la santé mentale et, à titre préventif, des comportements qu'ils doivent adopter. Enfin, les médecins, en leur qualité de citoyens, de notables de la communauté, et de spécialistes, peuvent prendre part à des activités locales et nationales dont le but est de diminuer la violence dans la famille.

Les médecins reconnaissent que les victimes de violence trouvent peut-être difficile de faire confiance à leur médecin dès le départ. Les médecins doivent être préparés à devoir instaurer une relation de confiance au fil du temps avec leur patient pour que ce dernier accepte des conseils, de l'aide et une intervention.

RECOMMANDATIONS

L'AMM recommande que les ANM adoptent les directives suivantes pour les médecins:

- Tous les médecins devraient recevoir une formation appropriée aux aspects médicaux, sociologiques, psychologiques et préventifs de toutes les formes de violence dans la famille. Cette formation devrait comprendre notamment une formation médicale générale de base, un enseignement spécialisé au cours de la formation postuniversitaire et de la formation médicale continue sur la violence dans la famille. Des instructions adéquates doivent être données aux participants sur le rôle que joue le sexe, le pouvoir et d'autres éléments de la dynamique familiale dans la présence de la violence au sein de la famille. La formation devrait également porter sur la manière de rassembler des preuves et de signaler les cas de mauvais traitements.
- Les médecins devront savoir faire un historique approprié des mauvais traitements présents ou passés en tenant compte de la sensibilité culturelle de leur patient.
- Les médecins devraient toujours examiner et prêter attention à la présence de signes révélateurs de mauvais traitements présents ou passés, dans le cadre d'un dépistage général ou en réaction à des constatations cliniques symptomatiques.
- Les médecins devraient être incités à mettre à disposition des fiches, des brochures, des vidéos et autres matériels éducatifs dans les salles de réception et services d'urgence afin d'offrir aux patients une information générale en matière de violence dans la famille et de leur faire connaître les secours et services dont ils peuvent disposer localement.
- Les médecins devraient avoir connaissance des services sociaux, communautaires et autres pouvant aider les victimes de la violence. Ils devraient les utiliser et y envoyer leurs patients en cas de besoin.
- Les médecins ont l'obligation d'envisager le signalement aux services de protection appropriés des cas de violence suspectée contre les enfants et les autres membres de la famille qui ne disposent pas de la capacité jurique.
- Les médecins devraient être bien conscients de la nécessité de conserver la confidentialité dans les cas de violence familiale.
- Les médecins devraient être encouragés à prendre part aux activités communautaires dont l'objectif est de réduire l'importance et l'impact de la violence dans la famille.
- Les médecins devraient être incités à s'abstenir de porter des jugements sur les personnes en situation de violence familiale, de façon à accroître leur influence auprès des victimes, des survivants et des auteurs. Il faudrait par exemple juger l'attitude et non la personne.
- Les associations médicales nationales devraient encourager et faciliter la coordination des actions de lutte contre la violence dans la famille, entre les composantes du système de soins de santé, les systèmes de justice criminelle, les organes chargés de l'application des lois, les tribunaux pour les enfants et les affaires familiales ainsi que les organisations d'aide aux victimes. Elles devraient aussi soutenir la prise de conscience par l'opinion publique et l'éducation de la communauté.
- Les associations médicales nationales devraient encourager et faciliter la recherche afin de comprendre la prévalence, les facteurs de risques et les conséquences de la violence, et une prestation de soins optimale pour les victimes.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LE PLANNING FAMILIAL ET LE DROIT DES FEMMES À LA CONTRACEPTION

Adoptée par la 48e Assemblée Générale, Somerset West, Afrique du Sud, Octobre 1996
amendée par la 58e Assemblée Générale, Copenhague, Danemark, Octobre 2007
et réaffirmée avec une révision mineure par la 207e session du Conseil de l'AMM,
Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

L'AMM reconnaît que des grossesses non désirées ou trop rapprochées peuvent affecter gravement la santé d'une femme et de ses enfants. Le décès prématuré des femmes fait partie des conséquences néfastes de grossesses non désirées. Lorsque les familles sont dans l'incapacité d'assumer tous leurs enfants, ces derniers peuvent également souffrir de dénutrition, de négligence ou d'abandon et donc en mourir ou être en mauvaise santé. Leur vie sociale et leur épanouissement peuvent également être mis à mal.

L'AMM rappelle sa Déclaration d'Ottawa sur la santé des enfants et promeut les droits universels aux soins de santé pour tous les enfants à travers le monde.

L'AMM reconnaît les avantages que représente pour les femmes le fait de pouvoir contrôler leur fertilité. Elles doivent être aidées à la contrôler et à en parler avec leurs partenaires. La possibilité d'agir par choix et non par hasard est une composante principale de la santé physique et mentale des femmes tout comme de leur bien-être social.

L'accès à des méthodes appropriées de contrôle de la fertilité n'est pas universel ; de nombreuses femmes parmi les plus pauvres au monde n'y ont pas du tout accès. Connaître le fonctionnement de son corps, savoir comment contrôler sa fertilité et les éléments requis pour faire de tels choix font partie des droits de l'homme universels et fondamentaux pour toutes les femmes.

L'objectif 5 de développement durable, cible 6 appelle à assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative… ».

RECOMMANDATIONS

L'AMM recommande aux associations médicales nationales :

- De promouvoir l'éducation à la planification familiale, en travaillant avec les gouvernements, les ONG et d'autres entités pour fournir des services et une

assistance de haute qualité et fiables ;

- D'exiger des gouvernements qu'ils fassent en sorte que ces informations, ces documents, ces produits et ces services soient disponibles pour toutes sans considération de nationalité, de croyance, de couleur, de race, de religion ou de statut social.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LES ARMES DE GUERRE ET LEUR RELATION À LA VIE ET À LA SANTÉ

Adoptée par la 48e Assemblée générale, Somerset West, Afrique du Sud, Octobre 1996
révisée sur le plan rédactionnel à la 174e Session du Conseil, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et révisée par la 67e Assemblée Générale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PRÉAMBULE

Rappelant sa Déclaration de Washington sur les armes biologiques, sa Résolution sur l'interdiction des armes chimiques et sa Prise de position sur les armes nucléaires, l'Association Médicale Mondiale condamne l'utilisation de tout type d'armes – conventionnelles, biologiques, chimiques et nucléaires – ayant le potentiel de générer d'immenses souffrances humaines et la mort en résultant, conjointement aux effets catastrophiques sur l'écosystème de la planète, à une réduction de l'approvisionnement alimentaire mondial et à une augmentation de la pauvreté. L'utilisation de telles armes contre des êtres humains est en contradiction avec les devoirs et responsabilités des médecins, à savoir préserver la vie.

Lorsque les nations entrent en guerre ou développent leurs armes, elles ne mesurent généralement pas l'impact de l'utilisation des armes sur la santé des personnes civiles et sur la santé publique en général, que ce soit à court ou à long terme.

On demande cependant à la profession médicale de traiter aussi bien les effets immédiats que ceux à long terme de la guerre, et en particulier les effets des différentes formes d'armement y compris la menace d'une guerre nucléaire, chimique et biologique.

Les connaissances scientifiques et médicales potentielles sont énormes en matière de mise au point de nouveaux systèmes d'armement dirigés contre des individus spécifiques, des populations spécifiques ou des systèmes organiques. Elles peuvent notamment servir à concevoir des armes destinées à cibler les systèmes anatomiques ou physiologiques, y compris la vision, ou utiliser la connaissance des similitudes et différences génétiques de l'être humain pour fabriquer des armes ciblées.

Il n'existe pour le moment pas de critères communément utilisés pour mesurer l'impact des armes sur la santé. Le droit international humanitaire stipule que les armes susceptibles de provoquer « des souffrances inutiles ou des blessures superflues » sont illégales. Ces termes ne sont pas définis et demandent une interprétation à partir de critères objectifs afin que la loi soit efficace.

Les médecins peuvent aider à établir des critères pour les armes qui causent des blessures ou des souffrances d'une gravité telle que le droit international humanitaire pourrait alors être invoqué.

De tels critères permettraient d'aider les juristes à recourir au droit international humanitaire, à évaluer selon un système objectif la légalité des nouvelles armes en cours de développement et à identifier dans ce cas les infractions au droit.

La participation des médecins à l'élaboration de ces critères objectifs est essentielle si elle doit faire partie d'une démarche juridique. Il faut cependant reconnaître que les médecins sont fermement opposés à l'utilisation de toutes les armes contre des êtres humains.

RECOMMANDATIONS

L'AMM considère que la mise au point, la fabrication et la vente d'armes destinées à être utilisées contre des êtres humains est une abomination. Pour aider à la prévention et à la réduction des blessures causées par les armes, l'AMM:

- Appuie les efforts internationaux visant à établir des critères objectifs qui permettraient de mesurer les effets produits par les armes actuelles et futures et à en interrompre la conception, la fabrication, la vente et l'utilisation ;
- Lance un appel aux Associations Médicales Nationales pour faire pression auprès des gouvernements pour obtenir leur coopération dans le cadre de la collecte de telles données qui sont nécessaires pour établir des critères objectifs ;
- Lance un appel aux Associations Nationales Médicales à encourager et à supporter la recherche sur l'impact global sur la santé publique des armes utilisées ainsi qu'à diffuser les résultats de ces recherches au niveau national et international afin que le public et les gouvernements soient conscients des conséquences à long terme sur la santé de l'emploi des armes sur les civils et les populations.

PRISE DE POSITION DE L'AMM RELATIVE AUX MÉDECINS RECONNUS COUPABLES DE GÉNOCIDE, CRIMES DE GUERRE OU CRIMES CONTRE L'HUMANITÉ

Adoptée par la 49e Assemblée générale Hambourg, Allemagne, Novembre 1997
réaffirmée par la 176e Session du Conseil, Berlin, Allemagne, Mai 2007
et amendée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PORTÉE ET DÉFINITION

La présente prise de position porte sur les crimes spécifiques suivants : génocide, crimes de guerre, crimes contre l'humanité, tels que définis par le Statut de Rome de la Cour pénale internationale.

PRÉAMBULE

- Les médecins ont le devoir éthique d'œuvrer pour le bien de leurs patients. Les médecins qui ont été reconnus coupables de génocide, de crime de guerre ou de crime contre l'humanité, ou d'avoir contrevenu à l'éthique médicale, aux droits humains ou au droit international sont indignes d'exercer la médecine.
- Conformément au principe de présomption d'innocence, seuls les médecins qui ont été reconnus coupables des crimes spécifiés devraient être déclarés indignes d'exercer la médecine.

DISCUSSION

1. Les médecins souhaitant travailler dans un pays sont soumis aux conditions d'exercice exigées par les autorités compétentes de ce pays ou de cette juridiction. Il incombe à la personne sollicitant l'autorisation d'exercer la médecine de démontrer qu'elle possède toutes les qualités requises pour cette fonction.
2. Les médecins reconnus coupables de génocide, de crimes de guerre ou de crimes contre l'humanité ne doivent pas être autorisés à exercer dans un autre pays ou une autre juridiction.
3. Les autorités compétentes doivent assurer à la fois que les médecins disposent des qualifications requises et qu'ils n'ont pas été reconnus coupables de génocide, de crimes de guerre ou de crimes contre l'humanité.
4. Des médecins reconnus coupables des crimes spécifiés sont parfois parvenus à quitter le pays où ces actes ont été commis et à obtenir de l'autorité compétente une autorisation d'exercer dans un autre pays.
5. Cette pratique est contraire à l'intérêt général, porte atteinte à la réputation de la profession médicale et peut nuire à la sécurité du patient.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM recommande que les médecins qui ont été reconnus coupables des crimes spécifiés se voient refuser toute autorisation de pratiquer la médecine et toute adhésion à une association médicale nationale par les autorités compétentes respectives de la juridiction où ils les solliciteraient.
2. L'AMM recommande que les autorités de régulation compétentes usent de leur autorité pour s'informer, dans la mesure du possible, de si des allégations vérifiables de participation à un génocide, à des crimes de guerre ou à des crimes contre l'humanité ont été portées à l'encontre de médecins, tout en respectant la présomption d'innocence.
3. Les associations médicales nationales doivent être sûres que de telles allégations fassent l'objet d'une enquête approfondie par une autorité compétente.
4. L'AMM recommande que les associations médicales nationales assurent une communication efficace entre elles et, le cas échéant et dans la mesure du possible, qu'elles informent les autorités nationales compétentes chargées de délivrer les autorisations d'exercer des condamnations prononcées à l'encontre de médecins pour génocide, crimes de guerre ou crimes contre l'humanité.

PROPOSITION DE L'AMM DE CRÉATION À L'ONU D'UN POSTE DE RAPPORTEUR SUR L'INDÉPENDANCE ET L'INTÉGRITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Adoptée par la 49e Assemblée générale, Hambourg, Allemagne, Novembre 1997
et réaffirmée par la 176e Session du Conseil, Berlin, Allemagne, Mai 2007

L'Association Médicale Britannique (AMB) demande que l'Association Médicale Mondiale (AMM) soutienne une proposition émise par un réseau d'organisations médicales* traitant des problèmes de droits de l'homme, en vue de la création d'un poste de rapporteur des Nations Unies sur l'indépendance et l'intégrité des professionnels de santé.

Le rôle de ce rapporteur serait de compléter le travail déjà effectué par d'autres rapporteurs de l'ONU, notamment sur la torture, les exécutions arbitraires, la violence contre les femmes, etc. Il aura pour mission de vérifier, que, dans les régions en état de guerre ou dans des situations de tensions politiques, les médecins jouissent d'une totale liberté de mouvement et que les patients, de leur côté, aient accès aux soins médicaux sans aucune discrimination pour motif de nationalité ou d'origine ethnique. Les détails de ces fonctions sont exposés aux pages 2, 3 et 4 de ce document.

A l'origine, cette proposition émane de Cees Flinterman, professeur de droit institutionnel et international à l'Université du Limbourg, à Maastricht. Elle a reçu l'appui des organisations de médecins énumérées ci-dessous* et qui s'intéressent à la défense des droits de l'homme et à la protection des médecins qui agissent avec impartialité dans des situations de conflit. Ce groupe procèdera à de larges consultations et, avec l'aide de la Commission internationale de juristes, s'efforcera de susciter l'intérêt de l'ONU à l'égard de sa proposition.

En 1996, après débat, le Conseil de l'AMB apportait son appui à cette proposition. La campagne serait considérablement renforcée si l'AMM à son tour lui apportait son soutien. Il s'agit fondamentalement de protéger les médecins et les malades dans des situations de conflit et dans tous les cas où l'indépendance de la médecine serait menacée par des factions politiques ou militaires.

CREATION A L'ONU D'UN POSTE DE RAPPORTEUR SUR L'INDEPENDANCE ET L'INTEGRITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Buts

Dans de nombreuses situations de conflit politique (guerres civiles ou internationales, par exemple) ou de tension politique (état d'urgence avec suspension des droits civiques, etc.) les professionnels de santé, après les milieux militaires ou officiels, sont les premiers à

avoir une connaissance détaillée des violations des droits de l'homme, à commencer par le droit des populations à avoir accès aux soins de santé. Fort de cette constatation, un réseau de médecins milite pour l'institution de mécanismes d'information, nationaux et internationaux, dont les tâches seraient les suivantes:

1. s'informer des conditions de travail des professionnels de santé dans les cas où sont constestés, soit leur droit de soigner les malades, soit le droit des malades d'avoir accès aux soins;

2. lancer des appels pour assurer la protection des professionnels de santé qui se trouvent exposés à des dangers du seul fait de leur activité professionnelle ou de défense des droits de l'homme;

3. défendre les intérêts des patients dont les droits fondamentaux sont menacés du seul fait qu'ils prétendent accéder à des soins médicaux;

4. inciter les professionnels de santé à signaler les cas de violation des droits de la personne;

5. analyser les renseignements relatifs à des personnels de santé qui adopteraient délibérément des pratiques discriminatoires.
   Le groupe estime qu'il convient d'élargir les modalités d'enquête de l'ONU. Parmi toutes les propositions de réforme, la création d'un poste de rapporteur est la plus intéressante. Il serait chargé de regrouper les renseignements provenant d'autres mécanismes de l'ONU et de faire des propositions sur la création à plus long terme d'autres réseaux d'information locaux et nationaux. C'est sur la base des matériaux préparés par le département de Droit de l'Université du Limbourg de Maastricht publiés par la Johannes Wier Fondation, une organisation médicale néerlandaise, que le groupe fait campagne pour la création d'un poste de rapporteur de l'ONU sur l'indépendance et l'intégrité des professionnels de santé.

Contenu de la mission

Il est impossible de définir dans tous ses détails le rôle du futur rapporteur. En effet, sa mission sera fonction de sa propre expérience et du caractère pratique des buts recherchés.

Elle comportera toutefois les éléments suivants:

- enregistrer, évaluer, vérifier et transmettre les allégations d'actes de répression perpétrés à l'encontre des professionnels de santé ou visant à empêcher les patients de se faire soigner. Le rapporteur sera le point focal où parviendront les rapports de personnes privées, de groupes de médecins, d'ONG, etc. Il devra également rechercher les informations de sa propre initiative, notamment sur le terrain.
- à partir des principes énoncés dans le droit humanitaire et les codes d'éthique médicale applicables en cas de conflit armé ou politique, élaborer des directives spécifiques sur l'impartialité des médecins. Inciter l'Association Médicale Mondiale et les associations médicales nationales à transmettre ces recommandations aux professionnels de santé pendant leur formation. A partir de cet encadrement, établir un ensemble de mesures permettant d'aider ces derniers à se protéger dans des situations comportant un risque de violation des droits de l'homme.

- le rapporteur aura également un rôle consultatif. Il cherchera à connaître la position des associations professionnelles nationales et internationales, des organisations humanitaires et des droits de l'homme en matière de protection des professionnels de santé et de la défense de leur droit de traiter les patients impartialement.
- il vérifiera toute information relative à des professionnels de santé accusés de trangresser délibérément les règles d'impartialité et de non-discrimination.

Attributions du rapporteur

- L'objectif premier est de garantir que la relation médecin-patient reste à l'abri d'actes d'ingérence injustifiés, mais il s'agit aussi d'empêcher la transgression délibérée des règles d'impartialité, par les professionnels de santé. Le rôle du rapporteur sera donc d'assurer leur indépendance, leur intégrité et leur impartialité.
  Pour parvenir à ces objectifs, les conditions suivantes devront être remplies:

  - les professionnels de santé doivent pouvoir prendre les décisions relatives au traitement à l'abri de toutes pressions abusives des autorités;
  - leur intégrité physique et la possibilité d'agir en accord avec leurs principes professionnels doivent être protégées;
  - la possibililité de dispenser un traitement correspondant aux besoins du patient doit être respectée;
  - les patients doivent avoir accès au traitement médical nécessaire en toute sécurité;
  - les professionnels de santé dispensateurs de soins de santé doivent jouir d'une totale liberté de mouvement et pouvoir atteindre les personnes qui requièrent leurs soins.

Le rapporteur devra également étudier dans quelle mesure l'existence de pressions extérieures peut avoir une influence négative sur l'accès aux soins médicaux.

- La portée de sa fonction sera internationale.
- Il arrive souvent que faute de mécanismes d'information, les professionnels de santé soient impuissants à agir contre les violations des droits du patient. Le rapporteur aura donc notamment le rôle de suivre la parution, au niveau national ou local, de textes législatifs, de dispositions civiles militaires ou autres qui interdisent ou limitent l'accès aux soins médicaux ou infirmiers à certaines catégories de patients.
- Il aura le pouvoir de fournir aux autorités médicales compétentes et aux gouvernements concernés des éléments de preuve ou des informations relatifs à des cas de violation du devoir d'impartialité des médecins et même des professionnels de santé bénévoles.
- Il examinera d'éventuelles restrictions génériques imposées aux groupes plus vulnérables - réfugiés, demandeurs d'asile, détenus, minorités ethniques et autres. Il contribuera à donner aux professionnels de santé le pouvoir d'apporter une réponse collective à l'érosion des droits du patient.
- Il examinera les menaces, les manoeuvres d'intimidation ou les pressions exercées sur les professionnels de santé dans le but de pratiquer une discrimination fondée sur des considérations purement non-médicales telles que l'appartenance à un groupe religieux, ethnique ou racial, quand bien même ces menaces ne seraient pas concrétisées par des actes.

- Il examinera toute information concernant le harcèlement de professionnels ou leur mise en détention en raison de leur profession ou de l'exercice de leur profession. Il examinera également toute mesure de répression destinée à empêcher les professionnels de santé de signaler les cas de violations de l'intégrité médicale. En consultation avec d'autres organismes, il proposera des mesures visant à inciter les professionnels de santé à établir des dossiers et à rendre compte de ces violations.
- Il examinera enfin les informations relatives aux patients faisant l'objet d'une provocation ou une interdiction d'accès aux soins médicaux disponibles.

Questions n'entrant pas dans ses attributions

Il est tout aussi important de préciser les questions qui n'entrent pas dans les attributions du rapporteur. Il est certain que le temps et l'expérience permettront d'être plus précis encore. Il est proposé, en attendant, que:

- les professionnels de santé, dans tous les pays, reçoivent une formation sur leurs responsabilités éthiques envers leurs patients et leurs patients potentiels. S'il n'est pas dans les attributions du rapporteur d'assurer cette formation, il lui faudra en revanche tenir le rôle de talentueux conseiller sur l'impartialité des médecins. A terme, l'idéal serait de mandater une délégation dans les écoles de médecine, les organisations professionnelles et les réseaux nationaux de bénévoles;
- si les mesures gouvernementales de régularisation des soins de santé (par exemple, la répartition équitable des ressources de soins de santé ou l'accord de priorités en fonction des besoins pour certains traitements) ne relèvent généralement pas des compétences du rapporteur, il lui incombe par contre de surveiller et rechercher les mesures radicales susceptibles de priver certains groupes de patients d'accès aux soins médicaux ou infirmiers;
- l'échec total des gouvernements à assurer une promotion sanitaire ou un traitement à l'ensemble ou une partie des secteurs de la communauté n'entre pas dans les attributions du rapporteur;
- le principal souci du rapporteur étant d'assurer un traitement médical aux patients qui en ont besoin et qui le souhaitent, la décision délibérée de certains individus ou groupes de patients de s'exclure (pour des raisons religieuses ou culturelles, par exemple) de la médecine orthodoxe, ne fait pas partie de ses fonctions.

---

* organizations participating in the network include: Amnesty International; British Medical Association; Centre for Enquiry into Health & Allied Themes (Bombay); Graza Community Mental Health; International Committee of the Red Cross; Physicians for Human Rights (in Denmark, Israel, South Africa, the UK, & the USA); Turkish Medical Association; and, the Johannes Weir Foundation.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'ACCÈS À LA SANTÉ DES FEMMES ET DES ENFANTS

Adoptée par la 49e Assemblée Générale, Hambourg, Allemagne, Novembre 1997
et révisée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PRÉAMBULE

Depuis des siècles, les femmes et les jeunes filles à travers le monde sont victimes des inégalités entre les hommes et les femmes, y compris des inégalités de pouvoir. Historiquement, cette discrimination fondée sur le sexe envers les femmes et les jeunes filles a conduit à ce qu'elles n'aient qu'un accès limité, entre autres, à la vie professionnelle, à l'éducation et aux soins de santé. Tous ces facteurs concourent à des risques sanitaires, des comportements de santé déficients et des résultats thérapeutiques inférieurs pour les femmes et les jeunes filles [1].

En outre, dans certains pays, en raison de convictions religieuses ou culturelles ou de discriminations fondées à la fois sur le sexe et sur la religion ou l'appartenance ethnique, les médecins femmes et les infirmières sont empêchées d'exercer leur profession ou voient leur pratique professionnelle entravée. Le manque de représentation des femmes et la faible diversité au sein de la profession médicale peuvent engendrer un accès aux soins de santé inéquitable pour les patientes et leurs enfants.

Le genre est un déterminant social de la santé et des troubles de la santé qui pourraient se manifester différemment chez les femmes et chez les hommes. Il est nécessaire de lutter contre les inégalités entre les hommes et les femmes en matière de santé et de soins de santé, y compris dans leurs dimensions biologiques et socioculturelles.

La discrimination pratiquée à l'encontre des jeunes filles et des femmes porte atteinte aux attentes qu'elles peuvent avoir en matière de santé. Par exemple, l'instruction des filles contribue positivement à leur bonne santé et à leur bien-être à l'âge adulte. Leur éducation accroît en outre les chances de survie de leur enfant au-delà de la période infantile et contribue au bien-être général de l'ensemble de leur famille. À l'inverse, la discrimination secondaire due aux pratiques sociales, religieuses ou culturelles, qui limite la liberté de décision des femmes pour elles-mêmes et leur l'accès au travail et aux soins de santé, a un impact négatif sur les attentes qu'elles peuvent avoir en matière de santé.

L'AMM dispose de plusieurs politiques qui portent sur la santé des femmes et des enfants, parmi lesquelles : la résolution de l'AMM sur les droits des femmes aux soins de santé et la corrélation existante avec la prévention de l'infection VIH touchant la mère et l'enfant, la résolution de l'AMM sur la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles et la

déclaration d'Ottawa de l'AMM sur la santé des enfants. La présente résolution souligne l'importance d'assurer à toutes et tous un accès égal aux soins de santé et aux effets de la discrimination à l'encontre des femmes et des enfants.

RECOMMANDATION

Par conséquent, l'Association médicale mondiale prie instamment ses membres constituants :

- de condamner sans réserve les violations des droits humains fondamentaux perpétrées à l'encontre des femmes et des enfants, y compris les violations liées à des pratiques sociales, politiques, religieuses, économiques ou culturelles ;
- d'insister sur les droits des femmes et des enfants à des soins médicaux appropriés et complets, notamment là où les restrictions religieuses, sociales et culturelles pourraient entraver l'accès à de tels soins ;
- de défendre l'égalité en matière de primes d'assurance et de couverture santé afin d'assurer que les femmes ne soient pas empêchées d'accéder aux soins de santé par des tarifs prohibitifs ;
- de promouvoir la prestation de soins préconception, prénataux, postnataux et maternels adaptés, comprenant la vaccination, une nutrition permettant une bonne croissance et le développement de soins de santé adaptés aux enfants ;
- d'assurer un accès universel à la santé sexuelle et reproductive ;
- de promouvoir les droits à la santé des femmes et des enfants comme faisant partie intégrante des droits humains ;
- de promouvoir les perspectives éducatives, économiques et d'emploi des femmes et leur accès aux soins de santé et aux informations relatives aux soins de santé ;
- de promouvoir le droit de tout être humain à l'égalité des chances et à l'égalité de traitement, quel que soit son genre.

Référence

[1] Men et al, « Gender as a social determinant of health: Gender analysis of the health sector in Cambodia in Cambodia ». Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. Organisation mondiale de la santé. Octobre 2011.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES ARMES NUCLÉAIRES

Adoptée par la 50e Assemblée Médicale Mondiale, Ottawa, Canada, Octobre 1998
amendée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et par la 66e Assemblée Générale, Moscou, Russie, Octobre 2015
et révisée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

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. La réalisation d'un monde sans armes nucléaires constitue une nécessité.

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 y compris par l'adhésion et la mise en application du traité sur l'interdiction des armes nucléaires.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES SOINS MÉDICAUX AUX REFUGIÉS, DONT LES DEMANDEURS D'ASILE, LES DEMANDEURS D'ASILE NON ADMIS ET LES MIGRANTS SANS PAPIERS AINSI QUE LES PERSONNES DÉPLACÉES EN INTERNE

Adoptée par la 50e Assemblée générale, Ottawa, Canada, Octobre 1998
réaffirmée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et révisée par la 61e Assemblée générale de l'AMM, Vancouver, Canada, Octobre 2010

PREAMBULE

Les conflits internationaux et civils ainsi que la pauvreté et la famine provoquent un nombre massif de réfugiés, dont des demandeurs d'asile, des demandeurs d'asile non admis et des émigrants sans papiers ainsi que des personnes déplacées internes (IDP) dans toutes les régions. Ces personnes font partie des plus vulnérables dans la société.

Les codes internationaux des droits humains et l'éthique médicale, dont la Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits du patient, déclarent que toutes les personnes ont droit sans discriminationà des soins médicaux corrects. Les législations nationales toutefois varient et souvent ne s'alignentpas sur ce principe important.

PRISE DE POSITION

Les médecins ont, quel que soit l'état civil ou politique de leurs patients, le devoir de fournir dessoins médicaux appropriés et les gouvernements ne doivent pas refuser aux patients le droit de recevoir de tels soins, ni empêcher les médecins de remplir leurs obli-gations de soins basées uniquement sur les nécessités cliniques.

Les médecins ne peuvent pas être contraints de participer à une action punitive ou judiciaire impliquant des réfugiés dont les demandeurs d'asile, les demandeurs d'asile non admis et les émigrants sans papiers ou des personnes déplacées internes ou d'effectuer des diagnostics ou destraitements médicalement non justifiés tel que l'administration d'un sédatif afin de faciliter leur expulsion d'un pays ou leur déplacement géographique.

Les médecins doivent disposer de suffisamment de temps et de ressources pour évaluer l'état physique et psychologique des réfugiés à la recherche d'un d'asile.

Les Associations Médicales Nationales et les médecins devraient activement soutenir et promouvoir le droit pour tous de bénéficier de soins médicaux basés uniquement sur les nécessités cliniques et dénoncer les législations et les pratiques qui violent ce droit fondamental.

PRISE DE POSTION DE L'AMM
SUR
LES DÉPÔTS DE BREVET POUR LES PROCÉDURES MÉDICALES

Adoptée par la 51e Assemblée générale, Tel Aviv, Israël, Octobre 1999
modifiée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009
et réaffirmée par la 212e session du Conseil de l'AMM, Santiago, Chili, Avril 2019

PREAMBULE

1. Certaines législations considèrent que les procédures médicales peuvent faire l'objet d'un dépôt de brevet. Les brevets relatifs aux procédures médicales portent souvent le nom de brevets sur les procédures médicales. Un dépôt de brevet ou un brevet sur une procédure médicale confère des droits sur certaines techniques mais pas de droits sur de nouveaux appareils.

2. Les brevets sur les procédures médicales sont interdits dans plus de 80 pays. Cette interdiction correspond aux négociations du Cycle d'Uruguay sur l'Accord du GATT sur les aspects des droits de la propriété intellectuelle liés au commerce (DPIC) : « Les Membres pourront aussi exclure de la brevetabilité (a) les techniques diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales pour le traitement des personnes ou des animaux » (Article 27).

3. L'objectif des brevets est d'encourager les investissements privés dans la recherche et le développement. Or, les médecins, en particulier ceux qui travaillent dans les établissements de recherche, bénéficient déjà d'éléments d'incitation à l'innovation et à l'amélioration de leurs compétences. Ces incitations sont notamment la notoriété, la carrière et l'obligation éthique et juridique d'offrir des soins médicaux de qualité (Code international d'éthique médicale). Les médecins sont déjà rémunérés pour ces activités et des fonds publics sont parfois mis à la disposition de la recherche médicale. L'argument selon lequel les brevets sont indispensables pour stimuler les découvertes de procédures médicales et selon lequel, s'ils n'existaient pas, les patients bénéficieraient de moins de procédures médicales bénéfiques, n'est pas convaincant lorsqu'existent ces autres incitations et mécanismes de financement.

4. Un autre argument voudrait que les brevets soient nécessaires non pas pour stimuler la découverte mais pour le développement des produits. Cet argument ne tient pas non plus dans le cas des brevets sur les procédures médicales. Contrairement au développement d'un appareil qui exige un investissement dans l'ingénierie, les méthodes de production et la fabrication, le développement d'un brevet sur une procédure médicale repose sur les compétences intellectuelles et l'habileté manuelle acquises et perfectionnées par les médecins. Comme indiqué précédemment, si les médecins ont l'obligation de se consacrer à ces activités professionnelles ils en reçoivent aussi la récompense.

5. Les aspects éthiques des brevets sur les appareils médicaux sont sans rapport avec les aspects éthiques des brevets sur les procédures médicales. Les appareils sont fabriqués et distribués par des entreprises alors que les procédures médicales sont « fabriquées et distribuées » par les médecins. Les médecins ont des devoirs éthiques et juridiques envers leurs patients et des devoirs professionnels les uns envers les autres que n'ont pas les entreprises. Ce sont ces devoirs éthiques particuliers qui définissent notamment la médecine en tant que profession.

6. Il n'y a pas a priori de raison de croire que les détenteurs de brevets sur des procédures médicales les mettraient largement à disposition. Les détenteurs de brevets pourraient tenter de maximaliser leurs profits par une large diffusion au moyen d'une licence non exclusive assortie d'une redevance modeste. Ils pourraient aussi diffuser ces procédures de manière plus restreinte en facturant des prix plus élevés à ceux pour lesquels la procédure est extrêmement importante et qui ont les moyens de la payer. La concurrence entre les organisations de soins de santé pourrait pousser certaines d'entre elles à négocier des licences exclusives, voire des licences qui restreindraient fortement le nombre des personnes ayant accès à la procédure brevetée. De telles licences pourraient constituer un avantage à une organisation en attirant des patients si cette organisation est en mesure de faire de la publicité sur le fait d'être la seule à proposer dans une région une procédure particulièrement appréciée. Ainsi, dans certains cas tout au moins les détenteurs de brevets médicaux préféreront probablement restreindre l'accès à leurs procédures médicales brevetées.

7. Les brevets sur les procédures médicales peuvent avoir des effets négatifs sur les soins de santé. L'existence d'un brevet sur une procédure médicale pourrait limiter l'accès aux soins médicaux nécessaires et de ce fait compromettre la qualité de ces soins. L'accès pourrait se trouver diminué pour les raisons suivantes:

   7.1 Le coût de la prestation médicale serait probablement majoré du fait du paiement des droits et redevances d'exploitation et de l'augmentation de l'assurance médicale en couverture d'éventuels frais de litiges.

   7.2 Certains médecins, bien que capables d'exécuter la procédure brevetée, pourraient ne pas obtenir la licence nécessaire. Le nombre de médecins bénéficiant de la licence d'exploitation pourrait être limité parce que certains médecins ne pourront pas acquitter ou ne paieront pas les droits de licence ou les royalties ou parce que le détenteur du brevet refusera de diffuser largement la licence. La limitation du nombre des licences pourrait, dans certains cas, restreindre le libre choix du médecin par le patient.

   7.3 L'existence de brevets pourrait empêcher les médecins de recourir même à des techniques non concernées par ces brevets. Les médecins pourraient également s'interdire d'instaurer de nouvelles procédures ou des procédures modifiées dans leur exercice. Les appareils brevetés peuvent être labélisés s'ils sont brevetés mais pas les procédures. Par conséquent, on ne peut pas toujours savoir d'emblée si l'utilisation d'une technique viole un brevet. Mais comme l'ignorance ne constitue pas un moyen de défense en cas de violation, le médecin, en cas de

doute, choisira simplement de s'abstenir d'utiliser la procédure.

8. L'instauration de brevets sur des procédures médicales peut aussi porter atteinte à la vie privée du patient et à l'obligation du médecin de respecter la confidentialité des dossiers médicaux des patients. En effet, lorsque les médecins exercent seuls ou en petits groupes, le moyen le plus efficace pour le titulaire du brevet de détecter d'éventuelles violations est de consulter les dossiers médicaux ou d'interroger les patients. La suppression des éléments d'identification des dossiers ne peut garantir la confidentialité, car quelques détails suffisent souvent à reconstruire l'identité des patients. Ce risque existe surtout dans les petites villes ou les cabinets relativement peu importants.

9. Les médecins ont l'obligation éthique à la fois d'enseigner leurs compétences et leurs techniques à leurs confrères et de mettre à jour continuellement leurs connaissances. Les brevets sur les procédures médicales peuvent s'avérer préjudiciables en la matière. Une fois qu'un brevet a été déposé sur une procédure, celle-ci est entièrement divulguée (c'est l'une des conditions requises pour l'obtention d'un brevet). Toutefois, les praticiens sans licence n'ont pas le droit de l'utiliser. Le fait de limiter le nombre des utilisateurs enfreint l'esprit même du devoir éthique d'enseigner et de diffuser la connaissance. Cette limitation va également à l'encontre de l'obligation de formation continue car le médecin n'a aucun d'intérêt à acquérir des compétences qu'il ne peut pas utiliser légalement.

10. L'obligation d'enseigner et de transmettre la connaissance peut également être sapée si la possibilité de déposer un brevet conduit l'inventeur à retarder la publication ou la communication de ses résultats lors de conférences. Les médecins pourraient alors être tentés de garder le secret sur de nouvelles techniques tant qu'ils n'auront pas rempli toutes les formalités de dépose de brevet. En effet, toute utilisation publique d'une procédure ou la publication de la description de la procédure avant le dépôt de la demande peut éventuellement invalider la demande de brevet.

11. Les médecins ont aussi l'obligation éthique d'empêcher que l'appât du gain influence le caractère libre et indépendant de leur jugement médical (Code international d'éthique médicale – Doc. 17.A). Le fait de briguer, d'obtenir ou d'utiliser un brevet portant sur une procédure médicale peut amener le médecin à enfreindre cette obligation. Les médecins détenteurs de brevets ou de licences pourraient être tentés de plaider en faveur de ces procédures même en l'absence de toute indication, ou lorsqu'elles se sont pas les meilleurs dans un cas donné. Les médecins qui n'ont pas de licence pour effectuer une procédure particulière pourraient refuser l'utilisation de ces procédures même si elle constitue dans le cas donné le meilleur choix thérapeutique.

12. Pour finir, les obligations professionnelles des médecins d'exercer leur profession avec conscience et dignité (Déclaration de Genève) pourraient être mises à mal par l'existence de brevets sur des procédures médicales. Le spectacle de médecins s'attaquant régulièrement en justice n'a rien qui puisse rehausser le prestige de la profession

POSITION

13. L'Association Médicale Mondiale

13.1 Déclare que les médecins ont une responsabilité éthique de diffuser, si possible, à leurs collègues et au public les informations scientifiques pouvant les intéresser.

13.2 Déclare que le dépôt de brevets pour des procédures médicales compromet gravement la pratique efficace de la médecine en limitant potentiellement l'accès des patients aux nouvelles procédures médicales.

13.3 Estime que le dépôt de brevets sur les procédures médicales est contraire aux valeurs éthiques et à celles de la profession médicale qui devraient servir de guide aux médecins tant dans les devoirs fournis au patient que dans les relations entre confrères.

13.4 Encourage les associations médicales nationales à faire tout leur possible pour préserver la motivation des médecins pour faire progresser la connaissance médicale et mettre au point de nouvelles procédures médicales.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LES RELATIONS DE TRAVAIL ENTRE MÉDECINS ET PHARMACIENS DANS LE CADRE DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Adoptée par la 51e Assemblée générale de l'AMM, Tel Aviv, Israël, Octobre 1999
et révisée par la 61e Assemblée générale de l'AMM, Vancouver, Canada, Octobre 2010

INTRODUCTION

Le traitement pharmacologique a pour objectif d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients. Dans sa forme optimale, il doit être sans danger, efficace et performant. L'accès à ce type de traitement doit être équitable. Il requiert des informations de base exactes et actualisées répondant aux besoins des patients et des praticiens.

Le traitement pharmacologique est de plus en plus complexe et nécessite souvent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire et non plus uniquement celle du médecin pour l'administration et le suivi de la thérapie choisie. Dans les établissements hospitaliers, il est en plus en plus fréquent et utile d'avoir dans une telle équipe la présence d'un pharmacien clinicien.

Le droit de prescrire des médicaments devrait être fondé sur la compétence et idéalement relever de la responsabilité du médecin. Les médecins et les pharmaciens ont des responsabilités complémentaires et de soutien pour réussir à fournir un traitement pharmacologique optimal. Il faut établir la communication, le respect, la confiance et une reconnaissance mutuelle des compétences. Un accès à la fois des médecins et des pharmaciens aux mêmes informations précises et actualisées est important afin d'éviter de donner aux patients des informations contradictoires.

Les médecins et les pharmaciens doivent fournir un service de qualité à leurs patients et veiller à une utilisation sans danger des médicaments. La collaboration entre ces professions est donc impérative. En matière de formation continue et d'information, il doit y avoir aussi un partage des informations entre ces professions et avec les patients.

Il est nécessaire de conserver un dialogue ouvert et permanent entre les organisations représentatives des médecins et pharmaciens afin de définir les fonctions respectives de chacune des professions et promouvoir un usage optimal des médicaments dans le care d'une structure de coopération transparente, le tout dans le meilleur intérêt des patients.

LES RESPONSABILITES DES MEDECINS

Diagnostiquer les maladies sur la base de leur formation et de leurs connaissances et compétences spécifiques.

Evaluer le besoin d'un traitement pharmacologique et prescrire les médicaments correspondants en consultation avec les patients, les pharmaciens et les autres professionnels de santé, le cas échéant.

Informer les patients sur le diagnostic, les indications et les objectifs du traitement, ainsi que sur l'action, les avantages, les risques et les éventuels effets secondaires du traitement pharmacologique.

Dans le cas de prescriptions non remboursées, le patient doit être en être informé. Contrôler et évaluer la réponse au traitement pharmacologique, les progrès par rapport aux objectifs thérapeutiques et, au besoin, réviser le plan thérapeutique (en concertation avec les pharmaciens, les autres professionnels de santé et si nécessaire le personnel soignant.

Fournir et échanger des renseignements relatifs au traitement pharmacologique avec les autres prestataires de santé.

Diriger une équipe de professionnels de santé responsable de la gestion d'un traitement pharmacologique complexe.

Tenir pour chaque patient un dossier correspondant aux nécessités du traitement et en conformité avec la législation en respectant la confidentialité et la protection des données des patients.

Là où cela est possible, participer activement à l'établissement de systèmes électroniques de délivrance des médicaments sur le lieu de travail et venir en appui de ces systèmes par leurs connaissances professionnelles.

Maintenir, par la formation continue, un haut niveau de connaissances professionnelles en matière de traitements pharmacologiques.

Sécuriser l'approvisionnement et le stockage des médicaments que le médecin doit ou a l'autorisation de délivrer.

Contrôler les ordonnances afin d'identifier les interactions, les réactions allergiques, les contre-indications et les doubles emplois thérapeutiques.

Signaler les effets indésirables des médicaments aux autorités de santé, selon la législation nationale.

Contrôler et limiter si nécessaire les prescriptions de médicaments qui risquent de générer une addiction.

Documenter les effets indésirables des médicaments dans le dossier médical du patient.

LES RESPONSABILITES DES PHARMACIENS

Assurer l'approvisionnement, le bon stockage et la bonne délivrance de médicaments conformément aux régulations en vigueur.

Donner des informations aux patients, pouvant inclure le prospectus d'information, le nom du médicament, son objectif, les interactions éventuelles, les effets secondaires ainsi que sur les conditions correctes d'emploi et de stockage.

Contrôler les ordonnances afin de prévenir les interactions, les réactions allergiques, les contre-indications et les doubles emplois thérapeutiques.

Les éventuelles inquiétudes devraient être discutées avec le médecin prescripteur et le pharmacien ne devrait pas modifier l'ordonnance sans en référer à ce médecin.

Discuter des inquiétudes ou des problèmes médicaux liés à des médicaments prescrits, si nécessaire et à la demande du patient.

Conseiller, le cas échéant, les patients sur le choix et l'emploi de médicaments en vente libre et la gestion d'affections ou de symptômes bénins. Lorsque l'automédication n'est pas indiquée, conseiller au patient de consulter son médecin pour diagnostic et traitement.

Participer à des équipes pluridisciplinaires concernant des traitements pharmacologiques complexes en collaboration avec les médecins et les autres prestataires de soins, habituellement dans les établissements hospitaliers.

Signaler les réactions indésirables aux médicaments au médecin prescripteur et aux autorités de santé, conformément à la législation nationale.

Transmettre et partager avec le public et les praticiens les informations et les conseils d'ordre général ou concernant les médicaments.

Maintenir, par la formation continue, un haut niveau de connaissances professionnelles en matière de traitements pharmacologiques.

CONCLUSION

Le patient sera servi au mieux si pharmaciens et médecins coopèrent, en reconnaissant le rôle de chacun afin que les médicaments soient utilisés en sécurité et à bon escient pour obtenir les meilleurs résultats pour la santé du patient.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA SÉCURITE DES INJECTIONS DANS LES SOINS DE SANTÉ

Adoptée par la 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington DC, Etats Unis, Octobre 2002 et changée avec une révision par la 192e Session du Conseil, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

PRÉAMBULE

L'Organisation mondiale de la Santé estime à des milliards le nombre d'injections administrées chaque année en matière de soins de santé. Beaucoup de ces injections sont dangereuses, surtout celles pratiquées avec des seringues et/ou aiguilles réutilisées.

Les maladies les plus courantes provoquées par ces injections non sécurisées sont l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH.

Dans beaucoup de pays, les établissements de santé utilisent toujours du matériel jetable. Le problème majeur qui se pose ici est l'utilisation sûre et l'élimination des matériels vulnérants.

Les médecins sont impliqués dans la prescription et/ou l'administration des injections. Ils sont donc bien placés pour apporter des changements de comportement qui permettraient une utilisation sûre et appropriée des injections.

La sécurité et l'utilisation appropriée des injections sont indispensables pour assurer la prévention du VIH. La sécurité de ces méthodes de prévention offre par ailleurs des avantages qui dépassent le domaine de la prévention du VIH, telle celle des autres infections comme les hépatites B et C.

PRINCIPES DE BASE

L'insécurité résulte de l'utilisation abusive des injections thérapeutiques et pratiques dangereuses. Parmi ces dernières, figurent notamment l'utilisation de seringues et d'aiguilles non stérilisées ou insuffisamment stérilisées, la réutilisation des seringues et le rejet inapproprié et dangereux des seringues et des aiguilles.

Sécurisées, les injections empêchent de causer du tort au receveur, au fournisseur et à la communauté. Non sécurisées, elles causent du tort à autrui en propageant des agents pathogènes sur une large échelle.

Dans certains pays, l'attitude du médecin et les règles non appropriées de l'exercice de la profession peuvent peser lourdement dans l'utilisation abusive d'injections thérapeutiques. Cela viendrait de ce que certains patients ne seraient satisfaits de leur traitement que s'il contient une injection. Il est scientifiquement prouvé que cela est faux. Les patients préfèrent une bonne communication avec leur médecin plutôt que de recevoir des injections. De plus, les modalités de remboursement de certains systèmes de santé sont telles qu'elles encouragent l'utilisation abusive d'injections.

La plupart des médications par voie non parentérale ont la même efficacité d'action que les injections.

L'insécurité des injections participe du gaspillage des ressources de soins de santé que la mise en place d'un certain nombre de mesures permettrait d'éviter. Pour pouvoir garantir l'efficacité de la promotion de la sécurité des injections aux plans national, régional ou local, les conditions suivantes s'imposent:

la réalisation des injections doit être limitée aux professionnels de santé compétents et aux non professionnels ayant reçu une formation;

le changement d'attitude des patients et des professionnels de santé afin d'assurer la sécurité des injections et de limiter toute utilisation abusive;

la disponibilité des moyens et fournitures indispensables, si possible jetables;

L'utilisation de seringues autobloquantes, le cas échéant

le traitement approprié des matériels vulnérants usagers.

La multiplication des moyens matériels appropriés, si possible jetables, permet d'accroître la sécurité des injections sans pour autant augmenter le nombre des injections inutiles.

RECOMMANDATIONS

que les associations médicales nationales coopèrent avec leurs gouvernements ou autres autorités compétentes pour élaborer des politiques efficaces sur l'utilisation appropriée et sans danger des injections dans laquelle figureront notamment le financement, le contrôle des méthodes d'injection et le programme de mesures mises en place. Ce programme incitera à la fourniture appropriée de moyens nécessaires aux injections, à la mise en place de mesures visant à imposer, le cas échéant, les règles de stérilisation appropriées, à la lutte contre le gaspillage et à la mise en place de programmes de formation pour dissuader l'utilisation abusive des injections et promouvoir la pratique d'injections sans danger.

que les médecins du monde entier soient instamment invités à:

prescrire, dans la mesure du possible, des médicaments par voie non parentérale plutôt que des injections et promouvoir l'utilisation de médications non parentérales auprès des patients et de leurs collègues;

ne recourir aux injections que lorsqu'elles sont sans danger et appropriées et veiller à ce que l'administration des injections ne cause de dommages ni au receveur, ni au fournisseur ni à la communauté;

veiller à n'utiliser pour l'élimination des matériels vulnérants usagés que des récipients destinés à cet effet et à ne pas réutiliser les étuis d'origine pour les matériels vulnérants (aiguilles, lames de bistouris, etc.);

sensibiliser les patients et les professionnels de santé aux risques que comportent les injections non protégées et les inciter à changer leur comportement afin de promouvoir la sécurité des injections. Il conviendra ici de reconnaître l'importance de ne pas réutiliser l'étui des aiguilles.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'AUTOMÉDICATION

Adoptée par la 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington, DC, Etats Unis Octobre 2002 et réaffirmée par la 191e Session du Conseil, Prague, République Tchèque, Avril 2012

PRÉAMBULE

La présente prise de position, élaborée par l'Association Médicale Mondiale, a pour objectif de fournir aux médecins et à leurs patients des recommandations sur l'automédication responsable.

1. Distinction entre médication sur ordonnance et automédication

1. L'on distingue généralement deux catégories de produits pharmaceutiques, les médicaments délivrés sur ordonnance et les médicaments en vente libre. Cette classification peut cependant varier d'un pays à l'autre. Les autorités nationales doivent assurer que les médicaments inscrits dans la catégorie en vente libre offrent la garantie suffisante qu'ils ne présentent pas de risques pour la santé.

2. Les médicaments délivrés sur ordonnance sont des médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur prescription d'un médecin à la suite d'une consultation. Consommés en dehors de toute surveillance médicale, ces médicaments ne sont pas sans danger en raison notamment de leur toxicité ou autres effets néfastes possibles (contraction d'habitudes), de leur mode d'utilisation ou des mesures collatérales nécessaires à leur utilisation.

3. L'automédication responsable, au sens du présent document, est l'emploi, par une personne, de sa propre initiative ou sur les conseils d'un professionnel de santé, de médicaments titulaires d'une autorisation de mise sur le marché ou "monographed", légalement délivrés sans prescription. L'utilisation, sans ordonnance préalable, de médicaments délivrés seulement sur ordonnance, ne relève pas d'une automédication responsable.

4. La sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments en vente libre doivent obéir aux mêmes normes que celles utilisées pour les médicaments délivrés sur ordonnance.

2. Emploi combiné de médicaments en vente libre et de médicaments délivrés sur ordonnance

Un traitement peut combiner médicaments en vente libre et médicaments délivrés sur ordonnance, sous forme concomitante ou séquentielle. Le patient sera informé des interactions possibles entre les médicaments délivrés sur ordonnance et les médicaments en vente libre. Il devra pour cela indiquer à son médecin les produits qu'il utilise dans le cadre de l'automédication.

3. **Répartition des rôles et des responsabilités**

   1. Le patient est principalement responsable de la consommation des produits qu'il utilise. Une attention particulière doit être portée aux groupes vulnérables, notamment les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes, lorsqu'ils recourent à l'automédication.

   2. Lorsqu'une personne décide de recourir à l'automédication, elle doit être capable:

      1. d'identifier les symptômes ou la maladie

      2. de s'assurer que l'automédication convient à son état de santé

      3. de choisir le médicament approprié

      4. de suivre le mode d'emploi indiqué sur les étiquettes et sur les notices

   3. Afin de limiter les risques d'une automédication non appropriée, les professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient ont le devoir:

      1. de l'informer sur les médicaments en vente libre et leur utilisation appropriée et de le charger de rechercher, en cas de doute, l'avis d'un médecin, en particulier lorsque l'automédication apparaît inadaptée à sa condition;

      2. de l'inciter à lire avec attention les étiquettes et, le cas échéant, les notices d'utilisation, à rechercher un second avis en cas de besoin, et à identifier les circonstances dans lesquelles l'automédication n'est pas, ou n'est plus, appropriée.

   4. Les personnes recourant à l'automédication doivent avoir conscience des avantages et des risques des produits utilisés. Il faudra faire état du bilan risques/avantages de manière juste et rationnelle sans surestimer les uns ou les autres.

   5. Les fabricants, tout spécialement, doivent se conformer à la réglementation en vigueur afin que l'information des consommateurs soit appropriée tant du point de vue du fond que de la forme. Cela concerne notamment l'étiquetage, la publicité et surtout les notices des médicaments en vente libre.

   6. Le pharmacien a le devoir professionnel de recommander, lorsque les circonstances l'imposent, l'avis d'un médecin.

4. **Rôle des pouvoirs publics** Les pouvoirs publics doivent reconnaître l'importance de l'automédication et mettre en uvre la distinction entre les médicaments délivrés sur ordonnance et les médicaments en vente libre et veiller à ce que les personnes qui recourent à l'automédication soient bien informées et protégées contre d'éventuels dommages ou conséquences négatives à long terme.

5. Promotion et commercialisation des produits utilisés en automédication

1. La publicité et la commercialisation des médicaments en vente libre doivent être fiables, fournir des renseignements clairs et précis et présenter les avantages par rapport aux risques encourus. La promotion et la commercialisation ne doivent pas constituer une incitation à une automédication irresponsable, par l'achat de médicaments non appropriés ou par l'achat de médicaments en quantité excessive.

2. Chacun doit être persuadé que les médicaments, qu'ils soient délivrés sur ordonnance ou en vente libre, sont des produits particuliers et qu'il importe de suivre, selon les conseils d'un professionnel, les précautions habituelles, notamment en termes de conservation et d'usage.

PRISE DEPOSITION DE L'AMM
SUR
L'AVORTEMENT SEXO-SÉLECTIF ET LE FŒTICIDE FÉMININ

Adoptée par la 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington, DC, Etats Unis, Octobre 2002
réaffirmée par la 191e session du Conseil, Prague, République Tchèque, Avril 2012
et révisée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, octobre 2019

L'AMM est extrêmement préoccupée par la pratique du fœticide féminin et de l'avortement sexo-sélectif, courante dans certains pays.

L'AMM dénonce le fœticide féminin et l'avortement sexo-sélectif comme une forme de discrimination sexuelle absolument intolérable.

L'AMM estime que l'avortement sexo-sélectif pour des raisons de préférence est discriminatoire, lorsqu'il résulte uniquement d'une préférence parentale et lorsqu'il n'y a pas d'implication sur la santé du foetus ou de la femme.

L'Association médicale mondiale appelle les associations médicales nationales à :

- dénoncer la pratique du fœticide féminin et l'utilisation de l'avortement sexo-sélectif pour des raisons de préférence de sexe;
- attirer l'attention des pouvoirs publics sur ce point.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES INVESTIGATIONS MEDICO-LEGALES DE DISPARUS

Adoptée par la 54e Assemblée Générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Septembre 2003
et modifiée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PREAMBULE

Sur les trois dernières décennies, les investigations médico-légales sur le sort des personnes assassinées et disparues à la suite d'un conflit armé, d'autres situations de violence et de catastrophes ont constitué une contribution importante de l'action humanitaire au nom des victimes et de leurs familles décédées et endeuillées. Ces investigations ont aussi aidé à ce que justice soit rendue et les demandes de réparations satisfaites pour les victimes.

En 2003, la Conférence Internationale sur les disparus et leurs familles, organisée par le Comité International de la Croix Rouge (CICR), a adopté une série de recommandations afin d'aider à prévenir la disparition de personnes et à résoudre le cas des personnes déjà disparues à la suite de conflits armés et d'autres situations de violence. Les recommandations incluent des principes éthiques, scientifiques, et légaux qu'il faut appliquer aux investigations médico-légales pour la recherche, la récupération, la prise en charge et l'identification des restes humains. Ces principes ont depuis été plus amplement développés par les services médico-légaux du CICR et fournissent un cadre à l'action médico-légale humanitaire dans les situations de conflits armés, de violence et de catastrophes.[1] Ces principes assurent également la prise en charge et l'identification des morts, d'une façon correcte et digne. Ils contribuent également à apporter des réponses aux personnes endeuillées.

Les Associations Médicales Nationales ont un rôle à jouer afin de promouvoir ces principes et leur respect, d'assurer les plus hautes normes éthiques et scientifiques possibles en matière d'investigations médico-légales destinées à gérer les conséquences humanitaires des conflits armés, d'autres situations de violence et de catastrophes.

Dans de nombreux pays, les AMN n'auront aucun rôle en matière de certification des qualifications et d'expérience des praticiens de médecine médico-légale. Les AMN devraient attirer l'attention des praticiens sur les directives de meilleure pratique rédigées par le CICR, les Nations Unies et Interpol et recommander ou si possible demander le respect de ces normes.

RECOMMANDATIONS

L'AMM lance un appel à toutes les AMN pour contribuer à ce que lorsque leurs membres

prennent part à des investigations médico-légales à des fins humanitaires et dans le cadre des droits humains, ces investigations s'accompagnent d'un mandat clair basé sur les plus hautes normes éthiques, scientifiques et juridiques et dans le respect des principes et la pratique des investigations médico-légales humanitaires comme énoncé par le CICR.

L'AMM invite les AMN à mieux connaître les principes compilés par les différentes autorités sur les investigations médico-légales s'appliquant à l'action humanitaire et aux droits humains, y compris ceux établis par le CICR afin de prévenir de nouvelles disparitions et de résoudre les disparitions constatées et d'aider leurs membres à promouvoir ces principes pour les investigations médico-légales partout dans le monde.

L'AMM invite les AMN à diffuser ces principes qui devraient être suivis pour de telles investigations, y compris ceux établis par le CICR et à veiller à ce que les médecins refusent de prendre part à des investigations inacceptables sur le plan éthique ou autre.

L'AMM invite les AMN à s'assurer que les praticiens de médecine légale respectent les principes figurant dans la loi humanitaire internationale relatifs à la prise en charge digne et correcte, à la documentation et à l'identification des personnes décédées, et si possible, à fournir des réponses aux familles endeuillées.

L'AMM invite les AMN à être attentives aux qualifications universitaires et aux qualités éthiques indispensables afin que les médecins de médecine légale exercent avec compétence et indépendance.

[1] Le CICR définit les catastrophes comme des désastres survenant contre toute attente. Voir M. Tidball-Binz, Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. International review of the Red Cross, Vol 89 Number 866 June 2007: 421-442

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ("LIVING WILLS")

Adoptée par la 54e Assemblée générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Septembre 2003
et réaffirmée par la 194e Session du Conseil de l'AMM, Bali, Indonésie, Avril 2013

A. PREAMBULE

1. La "directive anticipée" est un document écrit et signé (parfois une déclaration verbale certifiée en tient lieu) par lequel une personne consigne ses volontés quant aux soins médicaux qu'elle veut ou ne veut pas recevoir si elle est devenue inconsciente ou si elle se trouve dans un état tel qu'elle n'est plus capable d'exprimer sa volonté.

2. Ce document porte des noms différents selon les Etats (par exemple, "living will" ou testament biologique). L'acceptabilité et le statut juridique des directives anticipées varient d'un pays à l'autre en fonction des facteurs sociaux, culturels, religieux et autres.

3. La plupart des personnes qui rédigent de telles directives craignent surtout le caractère excessif, inefficace de l'acharnement thérapeutique en phase terminale alors que leur déchéance physique ou intellectuelle s'avère manifestement irréversible.

4. La Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits du patient énonce que "Si le patient est inconscient et si, en l'absence du représentant légal, il y a nécessité urgente d'intervention médicale, le consentement du patient sera présumé, à moins que sur la base d'une conviction ou ferme déclaration préalable, il ne soit évident et indéniable qu'il aurait, dans pareil cas, refusé l'intervention."

B. RECOMMANDATIONS

1. Une directive anticipée dûment élaborée doit être respectée à moins que n'existent des raisons bien fondées de supposer qu'elle n'est pas valide parce qu'elle ne représente plus les souhaits du patient ou que sa capacité de compréhension était imparfaite au moment de la préparation de la directive. Toutefois, si la directive anticipée est contraire à ses convictions, le médecin concerné prendra les dispositions appropriées pour que le traitement du patient soit transféré à un confrère consentant.

2. Si le médecin n'est pas assuré de la validité d'une directive anticipée demandant

l'arrêt de tout traitement susceptible de prolonger la vie, il doit demander l'avis des membres de la famille ou des représentants légaux et d'au moins d'un confrère ou du comité d'éthique. Les membres de la famille ou les représentants légaux seront désignés dans la directive anticipée; ils devront être de confiance et disposés à témoigner des intentions exprimées par le signataire de la directive. Le médecin devra tenir compte de la législation en vigueur concernant la décision des représentants légaux pour les patients incapables.

3. Les patients seront invités à actualiser périodiquement la directive anticipée.

4. En l'absence d'une directive anticipée ou d'un représentant légal désigné pour prendre les décisions, le médecin administrera le traitement qu'il estimera être le meilleur dans l'intérêt du patient.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES DIRECTIVES ETHIQUES POUR LE RECRUTEMENT DES MEDECINS AU NIVEAU INTERNATIONAL

Adoptée par la 54e Assemblée Générale de l'AMM, Helsinki, Finland, Septembre 2003
et modifiée par la 65e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du sud, Octobre 2014

PREAMBULE

L'AMM reconnaît que le séjour temporaire de médecins dans d'autres pays favorise les échanges de connaissances, de compétences et de points de vue entre le pays récepteur et le pays envoyeur. Les échanges de professionnels de la médecine constituent donc un avantage pour le développement de la médecine et des systèmes de santé et nécessitent généralement le soutien des associations médicales nationales et des gouvernements.

La déclaration de l'AMM sur la main-d'œuvre médicale - 1 (1983, 1986) invite les associations médicales nationales à collaborer avec leurs gouvernements pour apporter une solution aux problèmes relatifs à la démographie médicale.

La résolution de l'AMM sur la main-d'œuvre médicale (1998) définit les composantes majeures du problème qu'il conviendra de prendre en considération lors de l'élaboration d'une politique de démographie nationale.

Pendant des décennies, les gouvernements, les employeurs et les associations médicales ont mal interprété les données démographiques concernant le besoin de médecins. Les jeunes médecins à la recherche d'un emploi ont souvent été sérieusement touchés par le manque de planification de démographie médicale.

Beaucoup de pays, y compris les plus riches, connaissent une pénurie de médecins dont une des raisons principales est le manque de formation d'un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins. Parmi les autres raisons qui expliquent cette perte nette, il y a le recrutement des médecins pour d'autres professions, le départ anticipé à la retraite et l'émigration, des raisons souvent motivées par de mauvaises conditions de travail.

Pour répondre à leurs besoins, certains pays ont traditionnellement eu recours au recrutement de jeunes médecins diplômés à l'étranger. Cette pratique continue aujourd'hui.

Les mouvements de migration internationale des médecins s'effectuent généralement des pays pauvres vers les pays riches. Les pays pauvres prennent en charge les frais de formation des médecins émigrants et ne reçoivent aucune compensation quand ils se rendent dans un autre pays. Le pays hôte gagne ainsi une ressource de valeur sans avoir à en payer le prix et économise le coût de la formation de ses propres médecins.

Les médecins ont entre autres bonnes raisons d'émigrer, celles, par exemple, de rechercher de meilleures perspectives d'avenir et d'échapper à de mauvaises conditions de travail et de vie. Ce peut aussi être le désir d'une plus grande liberté personnelle, politique ou la recherche d'autres avantages.

RECOMMANDATIONS

1. Les associations médicales nationales, les gouvernements et les employeurs doivent être particulièrement vigilants lorsqu'ils utilisent les données démographiques destinées à prévoir le besoin de médecins et communiquent ces prévisions aux jeunes gens qui envisagent de faire une carrière médicale.

2. Chaque pays doit faire tout son possible pour former un nombre suffisant de médecins, en tenant compte de ses besoins et de ses ressources. Un pays ne doit pas compter sur l'immigration pour répondre à ses besoins.

3. Chaque pays doit faire tout son possible pour retenir ses médecins dans la profession et dans le pays en leur apportant le soutien nécessaire pour atteindre leurs objectifs personnels et professionnels, en tenant compte des besoins et des ressources du pays.

4. Les pays qui souhaitent recruter des médecins dans un autre pays doivent, pour ce faire, se conformer aux dispositions du Mémorandum de compréhension signé par les différents pays.

5. Il importe de ne pas empêcher les médecins de quitter leur pays d'origine ou leur pays d'adoption pour aller faire carrière dans un autre pays.

6. Les pays recrutant des médecins à l'étranger doivent s'assurer que les recruteurs fournissent aux recrues potentielles des informations complètes et exactes sur la nature et sur les conditions requises du poste à pourvoir ainsi que sur les obligations administratives et contractuelles et sur les dispositions réglementaires et juridiques de la médecine dans le pays recruteur, y compris les compétences linguistiques.

7. Les médecins qui, à titre permanent ou temporaire, exercent leur profession dans un autre pays que leur pays d'origine doivent être traités sur un même pied d'égalité que les autres médecins du pays (par exemple, mêmes opportunités de carrière et mêmes honoraires pour un travail identique).

8. Rien ne doit empêcher les pays de signer, conformément au droit international et en bonne connaissance des règles internationales sur les droits de l'homme, des accords bilatéraux et des accords de compréhension mutuelle pour assurer une coopération utile en matière de prestation de soins de santé, y compris les échanges de médecins.

9. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (Mai 2010) a été établi pour promouvoir les principes et les pratiques

volontaires concernant le recrutement professionnel éthique des professionnels de santé et pour renforcer plus facilement les systèmes de santé. Ce Code prend en compte les droits, obligations et attentes des pays d'origine et des professionnels de santé émigrants. L'AMM a participé à la rédaction du Code et soutient sa mise en application.

10. L'OMS déclare que le recrutement international devrait être « mené en accord avec les principes de transparence, de loyauté et en faveur de la durabilité des systèmes de santé dans les pays en voie de développement. »

11. Le système de suivi et de partage des informations mis au point par l'OMS devrait être vigoureusement soutenu avec pour but une coopération internationale. Les parties intéressées devraient régulièrement se réunir et partager des données, données qui devraient être suivies et analysées par l'OMS. Cette dernière devrait fournir un important feedback aux gouvernements. Les informations devraient être partagées sur la manière de relever les défis rencontrés.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA VIOLENCE ET LA SANTÉ

Adoptée par la 54e Assemblée Générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Septembre 2003
réaffirmée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et révisée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PRÉAMBULE

La violence est définie par l'OMS comme : « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ».

De fait, la violence est multidimensionnelle et résulte de nombreux facteurs. Elle peut être physique, sexuelle, psychologique ou exercée par le biais d'actes de privation ou de négligence.

L'Association médicale mondiale (AMM) a élaboré des politiques qui condamnent différentes formes de violence. On trouve parmi ces politiques la résolution sur la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles, la prise de position sur la violence dans la famille, la prise de position sur les mauvais traitements et la négligence envers les enfants, la déclaration de Hong Kong sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, la prise de position sur le suicide des adolescents, la prise de position sur la violence dans le secteur de la santé de la part de patients et de personnes proches, la déclaration sur la protection du personnel de santé dans les situations d'urgence et la récente prise de position sur les conflits armés.

La violence est une manifestation de la situation sanitaire, socio-économique, politique, légale et de sécurité d'un pays. Elle se manifeste dans toutes les classes sociales et elle est étroitement associée à la défaillance des pouvoirs publics et du gouvernement et à des déterminants sociaux tels que le chômage, la pauvreté, les inégalités de santé et entre les sexes et à l'inégalité des chances en matière d'accès à l'éducation.

L'ampleur et le poids de la violence touchent les régions et les territoires nationaux de manière totalement hétérogène, des disparités que l'on retrouve en matière de disponibilité des données. Il est cependant une certitude : les conséquences de la violence peuvent être mortifères ou non. Parmi ces conséquences, on peut citer l'anéantissement de la vie personnelle, familiale et communautaire et les troubles du développement social, économique et politique des nations.

La violence pèse également sur l'économie en raison d'un accroissement des dépenses sanitaires et administratives dû à une activité accrue de la justice pénale, des services de répression et des systèmes de protection sociale. La violence mine en outre la productivité

du pays par la perte de capital humain et de productivité de la main d'œuvre.

IMPACTS SUR LA SANTÉ

Les effets de la violence sur la santé peuvent être de portée variable et se manifester à court ou à long terme. La violence peut avoir des conséquences sur la santé, parmi lesquelles la dépression, les troubles de stress post-traumatique et d'autres troubles de la santé mentale, les grossesses non désirées, les fausses-couches et les infections sexuellement transmissibles.

Les facteurs de risque comportementaux tels que la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue peuvent donner lieu à des comportements violents et constituer des facteurs de risque de cancer, de maladies cardiovasculaires et vasculaires cérébrales.

Les victimes directes de violence sont plus souvent sujettes aux expériences traumatisantes comme les mauvais traitements physiques, psychologiques et sexuels et peuvent être réticentes ou incapables de faire part de leur expérience ou de la signaler aux autorités en raison d'un sentiment de honte, de tabous culturels, de peur de la stigmatisation ou de représailles ou encore de la lenteur du système judiciaire.

Dans les institutions comme les établissements de santé, la violence est souvent interpersonnelle et peut être perpétrée par des soignants contre des patients, par des patients et des proches de ceux-ci contre des membres du personnel de santé ou entre professionnels de santé. Elle peut prendre la forme d'une agression, d'intimidation ou de harcèlement.

Les professionnels de santé et les établissements de santé sont de plus en plus souvent la cible d'attaques violentes. Une telle violence et des attaques visant du personnel de santé, des personnes malades ou blessées ou des établissements de santé constituent une atteinte directe à l'éthique médicale et aux droits international humanitaire et des droits humains.

Bien qu'un nombre croissant de pays reconnaissent la nécessité d'adopter des programmes de prévention de la violence sur leur territoire, la prévention et la gestion de ce fléau demeurent des gageures : en effet les systèmes de compte-rendu de données sont inadéquats ou inexistants, les programmes de prévention de la violence et de soutien aux victimes sont insuffisamment financés et la législation relative à la lutte contre la violence est peu appliquée, y compris les mesures visant à restreindre l'accès à l'alcool.

Reconnaissant que la violence demeure un défi considérable en matière de santé publique, qu'elle est par nature multidimensionnelle et évitable et affirmant le rôle d'exemplarité des médecins et leur place prépondérante dans la prise en charge et l'accompagnement des victimes de violence, l'Association médicale mondiale (AMM) s'engage à combattre ce fléau mondial.

RECOMMANDATIONS

L'AMM encourage ses membres constituants à :

1. informer, éclairer et conseiller les élus et les fonctionnaires à tous les niveaux

d'autorité en leur apportant les connaissances et les données scientifiques adéquates relatives aux retombées d'investissements accrus dans la prévention de la violence ;

2. défendre et soutenir la bonne gouvernance fondée sur l'état de droit, la transparence et la responsabilité ;

3. mener et soutenir des campagnes médiatiques efficaces en vue de sensibiliser le grand public au poids et aux conséquences de la violence et à la nécessité de la prévenir ;

4. sensibiliser le grand public aux règlementations, normes et codes éthiques internationaux qui traitent de la protection du personnel et des établissements de santé à la fois en temps de paix et pendant les conflits ;

5. intégrer et soutenir l'intégration aux cursus universitaires, y compris à la formation médicale initiale, à l'internat et à la formation médicale continue, des cours sur la violence et sa prévention ;

6. envisager d'organiser des programmes de renforcement des capacités et des formations continues à l'intention des médecins dans les domaines de la prévention de la violence, des soins aux victimes ainsi que de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence de même que la reconnaissance précoce des signes de violence interpersonnelle et sexuelle.

L'AMM invite instamment les gouvernements à :

1. travailler en vue de parvenir à une tolérance zéro de la violence, par le biais de programmes de prévention, la création d'établissements de prévention de la violence et de soutien aux victimes et de refuges pour les victimes de violence domestique, une hausse des investissements publics et privés en faveur de la sécurité de la population et du renforcement des systèmes éducatifs et de santé ;

2. encourager la coopération en matière de prévention de la violence, notamment par la prise en compte de la prévention de la violence et du soutien aux victimes au sein des établissements de santé ;

3. assurer la justice sociale et l'égalité par l'élimination des inégalités et des iniquités qui créent les conditions de la violence ;

4. s'attacher à neutraliser les déterminants sociaux de la santé par la création et l'amélioration de l'infrastructure socio-économique, éducative et sanitaire et des chances dans ces domaines et par l'élimination des attitudes et pratiques culturelles préjudiciables et oppressives et toutes les formes d'inégalités ou de discrimination fondées sur le sexe, biologique ou social, les principes, l'origine ethnique, la nationalité, l'affiliation politique, la race, l'orientation sexuelle, le statut social, l'état de santé ou le handicap ;

5. assurer la promulgation et la mise en œuvre d'une législation relative à la prévention de la violence, à la protection et au soutien aux victimes de violence et à la sanction des auteurs de violence ;

6. renforcer les institutions compétentes en matière de sécurité ;

7. élaborer des politiques et mettre en œuvre la législation visant à réguler l'accès à l'alcool ;

8. élaborer et mettre en œuvre des cadres légaux efficaces pour la protection des personnes et des organismes qui dispensent des soins de santé. De tels cadres légaux devraient garantir la protection des médecins et des autres professionnels de santé ainsi que l'accès libre et sûr du personnel de santé et des patients aux établissements de santé ;

9. soutenir des recherches approfondies sur la nature et le caractère des différentes formes de violence, y compris l'efficacité des stratégies qui lui sont opposées afin de les aider à préparer et à mettre en œuvre des politiques, des lois et des stratégies de prévention de la violence, de protection et de soutien aux victimes et de sanction des auteurs de violence ;

10. impliquer et favoriser l'implication de multiples parties prenantes, et encourager la collaboration entre les entités et les organisations concernées aux niveaux mondial, national et local aux fins de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la promotion de la prévention de la violence et des stratégies de management, y compris par l'association de dirigeants politiques, religieux et traditionnels ;

11. nouer des partenariats multisectoriels solides aux niveaux local et national afin de promouvoir l'inscription de la prévention de la violence parmi les priorités de tous les ministères, y compris ceux de la Santé, de l'Éducation, du Travail et de la Défense ;

12. lancer une initiative pour des soins de santé sûrs garantissant la sécurité des médecins et des autres personnels du domaine de la santé, des établissements de santé et la prestation ininterrompue des services de santé, en temps de paix comme en période de conflit.

13. Cette initiative devrait comporter les éléments suivants :

    - un audit régulier des risques de violence ;
    - des mécanismes de surveillance et de compte-rendu efficaces de la violence ;
    - une enquête transparente et rapide pour tous les cas de violence signalés ;
    - un système de protection des patients et du personnel de santé qui signalent les cas de violence ;
    - un soutien juridique aux médecins et aux autres personnels de santé subissant des actes de violence sur leur lieu de travail ;
    - la création, si nécessaire, de postes de sécurité dans les établissements de santé ;
    - la prise en charge financière du personnel médical et de santé victime de violence ;
    - la mise en place de congés de rétablissement payés pour le personnel médical et de santé victime de violence.

PRISE DE POSITION DE L'AMM CONCERNANT LES RELATIONS ENTRE MÉDECINS ET ENTREPRISES COMMERCIALES

Adoptée par la 55e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Japon, Octobre 2004
et adoptée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009

PREAMBULE

Pour traiter leurs patients, les médecins utilisent des médicaments, des instruments, des outils de diagnostic, des équipements et des produits conçus et fabriqués par des entreprises commerciales. L'industrie dispose de moyens pour financer des programmes de recherche et de développement coûteux qui nécessitent impérativement les connaissances et l'expérience des médecins. En outre, le soutien de l'industrie permet de poursuivre la recherche médicale, les conférences scientifiques et la formation médicale permanente qui peuvent être bénéfiques aux patients et à l'ensemble du système de santé. La combinaison des ressources financières et des connaissances sur les produits du côté de l'industrie et des connaissances médicales du côté des médecins permet le développement de nouvelles méthodes diagnostiques, de nouveaux médicaments, de nouvelles thérapies et de nouveaux traitements pouvant conduire à de grandes avancées médicales.

Il existe toutefois des conflits d'intérêts entre les entreprises commerciales et les médecins. Ces conflits peuvent porter préjudice aux soins des patients et à la réputation de la profession médicale. Le devoir du médecin est d'évaluer objectivement ce qui est le mieux pour le patient. En parallèle, les entreprises commerciales escomptent des profits pour les propriétaires lorsqu'elles vendent leurs propres produits et se concurrencent au niveau de la clientèle. Des considérations commerciales peuvent nuire à l'objectivité du médecin, notamment si le médecin est d'une certaine façon dépendant de l'entreprise.

Plutôt que d'interdire toute relation entre les médecins et l'industrie, il est préférable d'établir des directives pour ces relations. Ces directives doivent contenir les principes essentiels pour révéler, éviter des conflits d'intérêts évidents et préserver l'indépendance clinique du médecin afin qu'il puisse agir au mieux des intérêts des patients.

Ces directives devraient servir de base pour la révision des directives déjà établies et pour l'établissement de toutes nouvelles directives.

CONFÉRENCES MÉDICALES

Les médecins sont autorisés à participer à des conférences médicales subventionnées pour tout ou partie par une entité commerciale si ces conférences respectent les principes suivants:

1. Le principal objectif de la conférence est l'échange d'informations professionnelles ou scientifiques.

2. L'hébergement pendant la conférence doit être secondaire à l'échange professionnel d'informations et ne doit pas excéder ce qui est habituellement et généralement acceptable localement.

3. Les médecins ne perçoivent pas de rémunération directement d'une entreprise commerciale pour couvrir les frais de voyage et de séjour à l'occasion de la conférence ou à titre de compensation pour le temps qu'ils y consacrent à moins que la loi et/ou la politique de leur Association Médicale Nationale ne l'autorise.

4. Les médecins ne doivent pas accepter une hospitalité non justifiée et recevoir un paiement d'une entité commerciale pour couvrir les frais de séjour de personnes accompagnantes.

5. Le nom de l'entreprise commerciale apportant un soutien financier sera rendu public pour permettre à la communauté médicale et au public d'évaluer les informations communiquées à la lumière de la source de financement. De plus, les organisateurs de la conférence et les conférenciers informeront les participants de leurs éventuels liens financiers avec les fabricants des produits mentionnés pendant la conférence ou avec les fabricants de produits concurrents.

6. La présentation du produit par un médecin est scientifiquement exacte, analyse objectivement toutes les autres options thérapeutiques possibles. Elle n'est pas influencée par l'organisation qui subventionne l'évènement.

7. Une conférence peut se justifier au titre de la formation médicale permanente/formation professionnelle continue que si elle répond aux principes suivants:

    7.1. Les entités commerciales sponsors telles les laboratoires pharmaceutiques, n'influencent pas le contenu, la présentation, le choix des intervenants ou la publication des résultats.

    7.2. Les fonds engagés pour la conférence sont acceptés uniquement en tant que contribution aux frais généraux de la manifestation

CADEAUX

Les médecins ne sont pas autorisés accepter un cadeau d'une entreprise commerciale à moins que la loi et/ou la politique de leur Association Médicale Nationale ne l'autorise et que les conditions suivantes sont réunies:

1. Les médecins ne sont pas autorisés à recevoir des paiements en argent ou des équivalents d'une entité commerciale.

2. Les médecins ne peuvent pas recevoir des cadeaux pour leur bénéfice personnel.

3. Les cadeaux visant à influencer la pratique clinique ne sont jamais acceptables. Les aides à la promotion peuvent être acceptées si le cadeau a une valeur minime et n'est pas lié au fait que le médecin prescrive un certain médicament, utilise certains instruments ou matériaux ou adresse des patients à un certain établissement de santé.

4. Les cadeaux de courtoisie culturels peuvent être acceptés, si ce n'est pas régulier, selon les normes locales, si le cadeau ne coûte pas cher et n'a pas de lien avec la pratique de la médecine.

RECHERCHE

Un médecin peut effectuer des recherches financées par une entreprise commerciale, à titre individuel ou dans le cadre d'une institution, s'il se conforme aux principes suivants:

1. Le médecin se soumet uniquement à la loi, aux principes et directives éthiques de la Déclaration d'Helsinki et au jugement clinique lorsqu'il effectue des recherches et s'interdit toute soumission à des pressions extérieures concernant les résultats de ses recherches et leur publication.

2. Si possible, un médecin ou une organisation qui souhaite entreprendre des recherches, sollicitera plusieurs sociétés pour leur financement.

3. Les informations sur l'identité des patients impliqués dans les recherches ou des participants volontaires ne sont pas communiquées à l'entreprise sponsor sans le consentement des personnes concernées.

4. L'indemnité compensatrice versée au médecin pour sa recherche est basée sur le temps et les efforts qu'il y a consacrés. En aucun cas, cette compensation n'est liée aux résultats de la recherche.

5. Les résultats des recherches sont publiés avec divulgation du nom de la société sponsor, accompagnés d'une mention indiquant qui est l'instigateur des recherches. Ce principe s'appliquera aussi bien à un subventionnement direct qu'indirect, total ou partiel.

6. Les entités commerciales n'entravent pas la publication des résultats de la recherche. Si les résultats de la recherche ne sont pas rendus publics, notamment s'ils sont négatifs, la recherche risque d'être répétée pour rien et d'exposer alors les futurs participants à des dommages potentiels.

AFFILIATIONS A DES ENTREPRISES COMMERCIALES

Un médecin n'est pas autorisé à s'affilier à une entité commerciale par ex. en tant que consultant ou membre du comité scientifique à moins que cette affiliation respecte les principes suivants:

1. L'affiliation ne porte pas atteinte à l'intégrité du médecin
2. L'affiliation ne compromet pas les obligations du médecin vis-à-vis de ses patients
3. Les affiliations et/ou autres relations avec des entités commerciales sont rendues publiques lorsque cela s'impose, par ex. conférences, articles, comptesrendus

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'EAU ET LES SOINS DE SANTE

Adoptée par la 55e Assemblée Générale de l'AMM, Tokyo, Japon Octobre 2004
et révisée par la 65e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014
et la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Un bon approvisionnement en eau douce (c'est-à-dire propre, potable et non contaminée) est essentiel pour la santé individuelle et publique et doit constituer un déterminant social de la santé. Il est fondamental à une vie menée dans la dignité, la santé et respectueuse des droits humains. De nombreuses personnes, familles et communautés n'ont pas accès à un tel approvisionnement et même dans les zones où l'eau douce est abondante, cette dernière est menacée par la pollution, les activités industrielles ou encore les déchets, un assainissement insuffisant ou inefficace et d'autres facteurs négatifs.
2. Une analyse récente des éléments de preuve démontre qu'une absence d'accès à l'eau propre, d'assainissement et de savon pour le lavage des mains est courante dans de nombreux établissements de santé à travers le monde, même dans des conditions normales de fonctionnement. De graves évènements naturels et d'origine humaine, comme la guerre, réduisent encore davantage l'accès à de l'eau propre.
3. Pour répondre à sa mission qui est de servir l'humanité en s'efforçant de parvenir aux plus hautes normes internationales de soins pour tous dans le monde, l'Association médicale mondiale a rédigé cette prise de position pour encourager tous les responsables de ce secteur à réfléchir à l'importance de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour la santé individuelle et publique et à travailler à les rendre accessibles à tous.
4. L'hygiène, l'assainissement et l'eau (HAE) sont des déterminants essentiels de la santé et les principales stratégies d'intervention pour réduire la morbidité, la mortalité et les soins de santé évitables coûtent cher. Le secteur de la santé, et notamment les médecins peuvent jouer un rôle clé pour assurer une bonne gestion de ces déterminants.

CONSIDÉRATIONS

5. Les maladies véhiculées par l'eau sont responsables d'une bonne part de la mortalité et de la morbidité, en particulier dans les pays en voie de développement. Ces problèmes sont aggravés en périodes de catastrophes, qu'elles soient naturelles, comme les séismes, épidémies, sécheresses et inondations ou causées par l'homme, comme les

conflits, accidents nucléaires ou pétroliers ou liés aux produits chimiques.

6. Les modifications anthropogéniques des écosystèmes, la plus faible rétention des sols et la capacité limitée de la nature à filtrer les souillures présentes dans l'eau provoquent des dommages croissants à l'environnement naturel, notamment à l'environnement aquatique. La fracturation hydraulique pour la recherche de combustibles fossiles peut perturber considérablement les eaux souterraines en raison de l'accumulation de substances micropolluantes telles que les produits pharmaceutiques et les pesticides.
7. La marchandisation de l'eau, lorsque celle-ci est fournie dans un but lucratif et non pas dans le cadre d'un service public, peut avoir des conséquences néfastes importantes sur l'accès à un approvisionnement correct en eau de boisson.
8. La création d'infrastructures durables pour la fourniture d'eau potable et pour un bon assainissement contribue grandement à une bonne santé publique et au bien-être national. Diminuer les maladies infectieuses et d'autres pathologies provoquées par l'eau non potable réduit le fardeau des coûts de santé et améliore la productivité. Par ricochet, les économies nationales sont plus prospères.
9. L'eau, ressource vitale et nécessaire à la vie, est devenue rare dans de nombreuses parties du monde. Elle doit donc être utilisée de manière raisonnable et avec parcimonie.
10. L'eau et un assainissement efficace sont des atouts que partagent l'humanité et la terre. De ce fait, les questions tournant autour de l'eau devraient être traitées de manière collaborative par la communauté mondiale.
11. L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont essentiels pour la délivrance sûre et efficace des soins de santé et fondamentaux pour la santé publique.

RECOMMENDATIONS

12. L'AMM encourage les associations médicales nationales, les autorités sanitaires et les médecins à soutenir toutes les mesures visant un meilleur accès à une eau potable et sûre et à des services de santé adéquats, et notamment :

    12.1 les programmes nationaux et internationaux permettant d'assurer un accès immédiat gratuit ou à bas coût à l'eau potable pour tous les êtres humains et pour prévenir la pollution des sources d'approvisionnement en eau.

    12.2 Les programmes internationaux, régionaux, nationaux et locaux pour assurer un accès à l'assainissement et prévenir la dégradation des ressources en eau.

    12.3 Les recherches sur la relation entre la pollution de l'eau, les systèmes d'approvisionnement en eau, y compris le traitement des eaux usées, et la santé.

    12.4 L'élaboration de plans pour fournir de l'eau potable et assurer un traitement correct des eaux usées dans les situations d'urgence. Ces plans seront fonction de la nature des urgences mais peuvent inclure une désinfection des eaux sur place, une identification des sources d'eau et un système d'alimentation électrique des pompes.

12.5 Les mesures préventives pour assurer l'accès à une eau potable, un assainissement et une hygiène sûrs et adaptés pour tous les centres de soins, y compris après des catastrophes naturelles, notamment des séismes. De telles mesures devraient comporter le développement d'infrastructures et de programmes de formation afin d'aider les établissements de soins à faire face à de telles crises. Des programmes d'approvisionnement constant en eau pendant des urgences devraient être mis en place en lien avec les autorités régionales et avec l'implication de la communauté.

12.6 Une meilleure utilisation des ressources en eau par chaque pays. L'AMM demande notamment aux hôpitaux et aux centres de santé d'étudier leur impact sur la pérennité des ressources en eau et de respecter les normes de sécurité les plus strictes en matière de mise au rebut des médicaments et des déchets médicaux des établissements de santé.

12.7 Les mesures préventives et une préparation aux urgences pour éviter une pollution de l'eau.

12.8 La promotion d'un accès universel à l'eau propre à un coût raisonnable et à l'assainissement en tant que droit humain[1] et bien commun de l'humanité.

12.9 Les informations sur le lien entre l'hygiène favorisée par le lavage des mains et la prévention des problèmes de santé, qui font partie des mesures de promotion de la santé et d'éducation à la santé et nécessitent le concours des gouvernements et des organisations de santé, notamment là où l'accès à l'eau a précédemment été trop restreint pour permettre aux personnes d'assurer une bonne hygiène.

12.10 L'établissement d'un système d'alarme en temps réel, accessible tant à la population locale qu'aux touristes et communiquant des informations sur les risques de contamination de l'eau dans différentes zones.

---

[1] En 2010 l'Assemblée générale des Nations unies et le Conseil des droits de l'homme ont explicitement reconnu le droit humain à l'eau et à l'assainissement, en lien avec le droit à un niveau de vie suffisant comme le stipule l'article 11 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels et d'autres traités internationaux sur les droits humains. Il fait donc partie du droit international des droits humains.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA SUBSTITUTION DES MÉDICAMENTS

Adoptée par la 56e Assemblée générale de l'AMM, Santiago, Chili, Octobre 2005
et réaffirmée par la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015
et la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015

INTRODUCTION

1. La prescription d'un médicament représente le point culminant d'une opération mûrement réfléchie entre le médecin et le patient, destinée à prévenir, améliorer ou soigner une maladie ou problème. Cette opération délibérée exige que le médecin évalue un certain nombre de données scientifiques et autres, y compris les coûts, et opte pour la thérapie qu'il estime appropriée pour le patient. Cependant, le pharmacien est parfois sollicité pour remplacer par un autre médicament celui prescrit par le médecin. L'Association Médicale Mondiale s'inquiète sérieusement de cette pratique.

2. Il existe deux formes de substitution thérapeutique : la substitution générique et la substitution thérapeutique.

3. La substitution générique se définit par la substitution d'un médicament générique à un produit pharmaceutique portant un nom de marque. Cependant, les deux produits présentent les mêmes substances chimiques actives, la même force et la même forme de dosage.

4. La substitution thérapeutique se caractérise par la substitution, par un pharmacien, d'un médicament dont la composition chimique est différente de celle prescrite par le médecin. Le médicament substitué par le pharmacien appartient à la même catégorie de produits pharmacologiques et/ou thérapeutiques. Cependant, étant donné les différences de substances chimiques entre les deux médicaments, des effets indésirables peuvent se produire chez le patient.

5. Les rôles respectifs des médecins et des pharmaciens, notamment leur capacité à répondre aux besoins d'une pharmacothérapie optimale pour le patient, sont présentés dans la prise de position de l'AMM sur les relations de travail entre médecins et pharmaciens dans le cadre du traitement pharmacologique.

6. Le médecin doit obtenir l'assurance auprès des autorités compétentes nationales de la bioéquivalence et de l'équivalence chimique et thérapeutique des produits pharmacologiques prescrits, de composition à la fois simple et multiple. L'établissement de règles sur la garantie de la qualité permettra d'assurer ces équivalences.

7. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération avant de prescrire un choix de médicaments pour un symptôme particulier chez un patient donné. La pharmacothérapie doit être individualisée sur la base d'un dossier clinique complet du patient, des résultats physiques courants, des données de laboratoire appropriées et des fac-

teurs psychologiques. Une fois considérés ces premiers éléments, le médecin doit d'abord consulter les analyses comparatives des coûts des produits pharmacologiques identiques disponibles pour satisfaire au mieux les besoins du patient. Il doit ensuite déterminer le type et la quantité des produits pharmacologiques qu'il estime être dans le meilleur intérêt médical et financier du patient.

8. Lorsque le patient a donné son consentement pour un médicament donné, le choix de ce médicament ne peut être modifié sans le consentement du patient et du médecin. Le non respect de ces principes peut être préjudiciable pour le patient. Au nom des patients et des médecins, les Associations Médicales Nationales doivent faire tout leur possible pour assurer l'application des recommandations suivantes:

RECOMMANDATIONS

1. Les médecins doivent bien connaître les lois et/ou réglementations spécifiques qui régissent la substitution des médicaments sur leur lieu d'exercice.

2. Il importe d'exiger du pharmacien qu'il observe avec exactitude la dose chimique et la forme du dosage prescrites par le médecin. Une fois la médication prescrite et commencée, aucun médicament ne doit être substitué par un autre sans l'accord du médecin traitant.

3. En cas de substitution d'un médicament par un autre, le médecin doit soigneusement contrôler et modifier la dose afin d'obtenir l'équivalence thérapeutique du médicament.

4. Lorsqu'une substitution de médicament donne lieu à des effets indésirables voir ou un échec thérapeutique, le médecin doit consigner ces résultats et en faire rapport aux autorités compétentes en matière de réglementation pharmacologique.

5. Les Associations Médicales Nationales doivent examiner régulièrement les questions de substitution de médicaments et tenir leurs membres informés des progrès réalisés dans le domaine de la prestation de soins au patient. La collecte et l'évaluation des rapports d'information faisant état d'une évolution substantielle dans ce domaine doivent être encouragées.

6. Les instances compétentes en matière de réglementation pharmacologique doivent évaluer et veiller à la bioéquivalence et à l'équivalence chimique et thérapeutique de tous les produits pharmacologiques similaires, qu'ils soient génériques ou qu'ils portent un nom de marque, afin de garantir un traitement sûr et efficace.

7. Les Associations Médicales Nationales doivent s'opposer à toute action visant à limiter la liberté et la responsabilité du médecin de prescrire dans le meilleur intérêt médical et financier du patient.

8. Les Associations Médicales Nationales doivent faire pression auprès des autorités de régulation nationales afin que la substitution d'un traitement par un autre soit déclarée comme illégale à moins que cette substitution ait donné lieu juste auparavant à un consentement du médecin traitant.

PRISE DE POSITION DE L'AMM CONCERNANT LA RÉFORME SUR LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Adoptée par la 56e Assemblée générale de l'AMM, Santiago, Chili, Octobre 2005
et réaffirmée par la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015

1. La multiplication du nombre de procès que connaît le monde aujourd'hui affecte de façon hostile la pratique de la médecine et corrode la qualité et l'accès aux services de santé. Certaines associations médicales nationales signalent une responsabilité médicale en état de crise alors que le développement des poursuites en justice contribue à augmenter les coûts de santé, à limiter l'accès aux services de soins et à brider les efforts permettant d'améliorer la sécurité du patient et la qualité. Dans d'autres pays, les réclamations pour faute médicale sont moins rampantes mais les associations médicales nationales doivent être attentives aux problèmes et circonstances susceptibles d'augmenter la fréquence et l'exigence des demandes d'indemnité pour faute réclamées aux médecins.

2. Les demandes d'indemnité pour faute ont provoqué une forte augmentation des coûts de santé, en déviant les ressources de soins limitées en direction du système judiciaire et en les détournant de leur destination directe, à savoir, les soins du patient, la recherche et la formation médicale. La multiplication du nombre de procès a également quelque peu voilé la distinction entre négligence et effets indésirables inévitables, avec souvent pour résultat une énonciation aléatoire des normes de santé. Cela a donné lieu à des extrapolations faisant valoir que n'importe qui peut intenter un procès pour presque n'importe quoi, en faisant le pari de gagner le gros lot. De tels agissements engendrent cynisme et méfiance envers les systèmes à la fois médicaux et juridiques et entraînent des conséquences préjudiciables à la relation médecin/patient.

3. Par l'adoption de la présente prise de position, l'Association Médicale Mondiale invite instamment les associations médicales nationales à demander que soit mis en place dans leurs pays respectifs un système de justice médicale fiable. Les systèmes juridiques doivent s'assurer que les patients sont protégés contre des pratiques préjudiciables, que les médecins sont protégés contre les actions en justice condamnables et que l'énonciation des normes de santé sont cohérentes et fiables de sorte que chacune des parties sait ce qu'elle doit faire.

4. L'Association Médicale Mondiale souhaite par la présente déclaration informer les associations médicales nationales des faits et problèmes relatifs aux demandes d'indemnité pour faute médicale. Dans chaque pays, compte tenu des systèmes législatif et juridique tout comme des traditions sociales et conditions économiques, certaines parties de la présente prise de position peuvent ne pas s'appliquer à toutes les Association Médicale Nationales mais ne remettent pas en cause l'importance cruciale d'une telle prise de position.

5. L'augmentation de la fréquence et de la gravité des réclamations pour faute médicale peut notamment résulter de l'une ou plusieurs des circonstances suivantes:

   a. Les progrès des connaissances et des techniques médicales qui permettent aujourd'hui aux médecins de réaliser des choses autrefois impossibles, provoquent cependant dans bien des cas des risques considérables.

   b. Les pressions exercées sur les médecins par les organismes de santé privés ou les systèmes de santé publics dans le but de limiter les coûts des soins médicaux.

   c. La confusion entre, le droit à l'accès aux soins, qui peut être acquis, et le droit à la santé et à son maintien, qui ne peut être garanti.

   d. La responsabilité des médias qui poussent à la méfiance à l'égard des médecins en mettant en doute leur compétence, leurs connaissances, leur comportement et la gestion des patients et par l'invitation de ces patients à formuler des plaintes contre les médecins.

6. Il importe de faire une distinction entre un préjudice résultant d'une négligence et un effet indésirable survenu en cours de soins ou de traitement dont le médecin n'est pas responsable.

   a. Un préjudice causé par une négligence est la résultante directe d'une absence de conformité de la part du médecin avec les normes de soins permettant le traitement de la pathologie en présence, voire un manque de compétences du médecin dans le domaine de la prestation de soins au patient.

   b. Un effet indésirable est un préjudice, survenant pendant le traitement médical, qui ne résulte pas d'un manque de compétences ou de connaissances du médecin traitant et pour lequel le médecin ne doit porter aucune responsabilité.

7. Le détermination du montant de l'indemnité des patients faisant l'objet d'une faute médicale doit être différent selon qu'il s'agit d'une réclamation pour faute ou d'un effet indésirable survenu en cours de soins et de traitement à moins qu'il y ait un système autre tel qu'un système de non faute ou un système de résolution alternatif.

   a. Concernant le cas d'un effet indésirable pour lequel le médecin n'est pas responsable, chaque pays doit décider de la nécessité de dédommager le patient pour les préjudices subis et préciser, le cas échéant, la source du financement. En fonction de ses conditions économiques, le pays décidera de la mise à disposition d'un fonds de solidarité permettant d'indemniser le patient sans aucune charge pour le médecin.

   b. Les lois régissant chacune des juridictions doivent prévoir les modalités permettant de décider de la responsabilité dans les réclamations pour faute et de déterminer le montant de l'indemnité due au patient dans le cas d'une négligence éprouvée.

8. Les Associations Médicales Nationales examineront attentivement une partie ou la totalité des possibilités suivantes, dans un souci de traiter avec justesse et équité à la fois les médecins et les patients:

   a. Etablissement de programmes d'enseignement public sur les risques inhérents aux derniers progrès concernant les modes de traitement et la chirurgie et les programmes d'enseignement professionnel sur la nécessité d'obtenir le consentement éclairé du patient sur ces traitements et chirurgie.

   b. Mise en place de programmes de sensibilisation du public expliquant les problèmes de la médecine et de la prestation de soins de santé résultant d'une stricte limitation de la maîtrise des coûts.

   c. Amélioration du niveau et la qualité de l'enseignement médical pour tous les médecins, y compris le développement de la pratique en formation clinique.

   d. Développement et participation aux programmes permettant aux médecins d'améliorer la qualité des soins et des traitements médicaux.

   e. Elaboration des directives appropriées sur la formation de rattrapage pour les médecins présentant des compétences ou des connaissances insuffisantes, y compris des limitations d'exercice professionnel jusqu'au rattrapage du retard.

   f. Information du public et le gouvernement du danger que les différentes formes de médecine défensive peuvent présenter (la multiplication des actes médicaux ou, au contraire, la non-intervention des médecins, la désaffection des jeunes médecins pour certaines spécialités à risques ou l'hésitation des médecins ou des hôpitaux à traiter les patients à haut risque).

   g. Information du public sur les risques de préjudice encourus pendant un traitement médical peuvent ne pas résulter d'une négligence de la part du médecin et établissement de procédures simples pour permettre aux patients d'avoir des explications en cas d'accidents et d'être informés des mesures à prendre pour obtenir compensation, si existante.

   h. Préconisation d'une protection légale pour les médecins lorsque les patients sont l'objet d'effets indésirables qui ne sont le produit d'aucune négligence et participation aux décisions concernant le bien fondé de l'instaurant de compensations à fournir aux patients blessés pendant un traitement médical sans aucune présence de négligence.

   i. Participation à l'élaboration des lois et des procédures applicables aux réclamations pour faute médicale.

   j. Opposition active aux réclamations sans valeur ou peu sérieuses et aux facturations fortuites des avocats.

k. Exploration des nouvelles règles de procédure de résolution des conflits comme l'arbitrage à l'amiable, plutôt que la procédure judiciaire, pour traiter les réclamations pour faute médicale.

l. Encouragement des médecins à souscrire à une assurance personnelle pour se protéger des réclamations pour faute médicale, à la charge des praticiens eux-mêmes ou de l'employeur, pour les médecins salariés.

m. Encouragement au développement de systèmes bénévoles, confidentiels et légalement protégés permettant le signalement des effets indésirables ou des erreurs médicales, à des fins d'analyse et de recommandations sur la réduction des effets indésirables et sur l'amélioration de la sécurité du patient et de la qualité des soins.

n. Endiguer la criminalisation croissante ou la responsabilité pénale des actes médicaux par les tribunaux.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006

PRÉAMBULE

1. La technologie de procréation assistée englobe une vaste gamme de techniques destinées au départ à aider les couples ne pouvant pas procréer sans une assistance médicale. Depuis la naissance du premier bébé appelé "bébé éprouvette" en 1978, plus de 1,5 million d'enfants dans le monde ont vu le jour grâce à la technique de la FIV.

2. Le terme de technologie de procréation assistée inclut des techniques telles que la fécondation in vitro (FIV) et injection de spermatozoïde dans le cytoplasme (ICSI). Cette technologie englobe donc tous les traitements comportant une manipulation médicale et scientifique de gamètes et d'embryons humains afin de provoquer une grossesse. Même si certaines législations ont considéré l'insémination artificielle - utilisation de la semence d'un donneur ou de la semence du partenaire de la patiente - comme différente, beaucoup des questions sur la réglementation pour obtenir, stocker, utiliser et disposer des gamètes et des embryons sont étroitement imbriquées. Dans cette prise de position, les traitements telle que l'insémination artificielle sont exclus.

3. Les technologies de procréation assistée soulèvent de graves questions morales. Les opinions et les croyances sur le statut moral de l'embryon - éléments clés des débats dans ce domaine - varient dans chaque pays et entre chaque pays. La réglementation sur la procréation assistée varie d'un pays à l'autre. Alors que sur certaines questions, un consensus est possible, des divergences fondamentales persistent sur d'autres. Cette prise de position identifie les terrains d'entente et souligne les points sur lesquels il n'existe pas de consensus. Les médecins confrontés à de telles situations doivent se conformer aux lois et règlementations en vigueur ainsi qu'aux consignes éthiques et aux standards professionnels établis par l'Association Médicale Nationale et par les autres organisations communautaires concernées.

4. Les médecins ayant recours aux technologies de procréation assistée doivent toujours tenir compte de leurs devoirs éthiques vis-à-vis de l'enfant qui pourrait voir le jour suite au traitement. Si la preuve est faite que le futur enfant subira un grave préjudice, le traitement ne doit pas être mis en œuvre.

5. Comme pour toutes les autres procédures médicales, les médecins ont une obligation éthique de limiter leur pratique à des domaines où ils sont compétents et expérimentés, de respecter les droits des patients. Ces droits incluent celui de l'intégrité corporelle de la personne et l'absence de contrainte. En pratique, cela signifie l'existence d'un consentement valable ou concret comme pour toutes les procédures médicales; la

validité d'un tel consentement dépend de la justesse des informations fournies à la patiente et de sa liberté de décision, ce qui signifie l'absence de contrainte ou d'autres pressions pour influencer la décision.

6. La procréation assistée diffère du traitement de la maladie par le fait que l'impossibilité d'enfanter sans intervention médicale n'est pas toujours considérée comme une pathologie. Tout en pouvant avoir un profond impact psychosocial et donc médical, il n'y a pas d'atteinte à la vie. C'est cependant une cause fréquente de graves troubles psychologiques qu'il faut traiter médicalement.

7. L'obtention du consentement éclairé de ceux qui envisagent un traitement doit s'accompagner d'une étude des autres solutions, y compris celle de ne pas avoir d'enfant ou de recourir à l'adoption, des risques associés aux diverses techniques et de la possibilité d'un échec. Dans de nombreuses législations, la procédure d'obtention du consentement s'accompagne obligatoirement d'une procédure d'information et d'une proposition d'assistance-conseil. Elle peut aussi inclure une évaluation de la patiente dans l'optique du bien-être de l'enfant potentiel.

8. Les patients faisant appel à des technologies de procréation assistée ont droit au même niveau de confidentialité et de respect de la vie privée que pour tout autre traitement médical.

9. La technologie de procréation assistée implique toujours la manipulation des gamètes et embryons humains. On se pose plus au moins de questions à ce sujet mais généralement on s'accorde à dire que des mesures de sécurité spécifiques doivent permettre de prévenir les abus. Dans certaines législations, tous les centres manipulant de tels matériaux doivent posséder un agrément et prouver qu'ils sont en conformité avec des normes très strictes.

LA RÉUSSITE DES TECHNIQUES

1. Les différentes techniques ont un taux de réussite très variable d'un centre à l'autre. Les médecins ont obligation de communiquer les taux de réussite réels aux patientes potentielles. Si leur taux de réussite est très différent du taux courant, ils doivent le faire savoir aux patientes. Ils doivent également en étudier les causes car il est possible que ce soit lié à une mauvaise pratique et si tel est le cas, ils doivent palier leurs manques.

GROSSESSES MULTIPLES

1. Le transfert de plus d'un embryon accroît les chances de fixation d'au moins un embryon. En contrepartie, on sait que dans les grossesses multiples, les risques sont plus grands, notamment celui d'une fausse couche. Le risque des grossesses gémellaires, tout en étant plus élevé que celui des grossesses uniques, est considéré comme acceptable par la plupart des gens. Les praticiens doivent se conformer aux directives professionnelles quant au nombre maximum d'embryons à implanter par traitement. En cas de grossesses multifoetales, il peut être envisagé sur des bases médicales de pratiquer une réduction embryonnaire pour augmenter les chances de porter la grossesse à terme, lorsque la législation nationale et le code éthique l'autorisent.

DONS

1. Certaines patientes ne produisent pas de gamètes exploitables. Elles ont besoin de donneurs d'ovules ou de sperme. Le don doit faire suite à une assistance-conseil et être soigneusement contrôlé afin d'éviter les abus, y compris les contraintes exercées par les donneurs potentiels. Ces derniers ne doivent pas être rémunérés ou bénéficier d'avantages en nature (par ex. traitements gratuits ou à faible coût) afin de les inciter à faire des dons mais peuvent éventuellement être remboursés des dépenses jugées raisonnables.

2. Lorsqu'un enfant est né à la suite d'un don, la famille doit être encouragée à lui en parler ouvertement, indépendamment du fait de savoir si la loi du pays autorise ou non que l'enfant soit informé sur le donneur. Il est difficile de garder des secrets dans les familles et l'enfant peut pâtir d'informations sur l'origine de sa conception données maladroitement et sans soutien approprié.

DIAGNOSTIC GÉNÉTIQUE PRÉIMPLANTATOIRE (DPI)

1. Le Diagnostic Génétique Préimplantatoire (DPI) peut être réalisé sur des embryons au premier stade pour détecter la présence d'anomalies génétiques ou chromosomiques, notamment celles associées à une grave maladie et à une mort très prématurée ainsi que pour d'autres raisons telles que l'identification des embryons offrant toutes les chances d'une implantation réussie sur les femmes ayant eu de multiples fausses couches. Les embryons présentant des anomalies sont éliminés; seuls ceux apparemment normaux sur le plan génétique et chromosomique sont implantés.

2. Cette technique efficace ou des techniques plus simples ne doivent pas être utilisées pour des motifs superficiels tels que des préférences de sexe. L'AMM pense que les médecins doivent choisir le sexe uniquement lorsqu'il s'agit d'éviter une pathologie grave liée aux chromosomes sexuels telle que la dystrophie musculaire de Duchenne.

3. Le DPI peut aussi être associé à une combinaison HLA pour sélectionner les embryons en partant de l'hypothèse que les cellules souches du sang du cordon ombilical de l'enfant à naître pourraient être utilisées pour traiter une sœur ou un frère gravement malade. Les avis sur la recevabilité de cette pratique sont variables et les médecins doivent suivre la législation nationale et les standards éthiques et professionnels lorsqu'ils sont confrontés à de telles demandes.

UTILISATION DE GAMÈTES ET EMBRYONS ET ÉLIMINATION DES GAMÈTES ET EMBRYONS NON UTILISÉS

1. La plupart du temps, la procréation assistée entraîne la production de gamètes et d'embryons qui ne seront pas utilisés pour traiter ceux qui les ont fournis. Ce que l'on appelle les gamètes et embryons surnuméraires peuvent être stockés et cryoconservés pour une utilisation ultérieure, donnés à d'autres patientes ou éliminés. En lieu et place d'une élimination, dans les pays où la recherche embryonnaire est autorisée, ces embryons peuvent être donnés à des centres de recherche. Ces options doivent être clairement expliquées aux personnes avant le don ou le prélèvement.

MÈRE PORTEUSE

1. Lorsqu'une femme est incapable, pour des raisons médicales, de porter un enfant à terme, on peut recourir à une mère porteuse pour solutionner l'absence d'enfant à la condition que la législation nationale ou les règles éthiques de l'Association Médicale Nationale ou d'autres organisations concernées l'autorisent. Là où l'on fait appel à des mères porteuses, il faut scrupuleusement veiller à protéger les intérêts de toutes les parties impliquées.

RECHERCHE

1. Les médecins doivent encourager la recherche utilisant les tissus collectés pendant les procédures de procréation assistée. En raison du statut spécial des matériaux utilisés, la recherche sur les gamètes humains et en particulier sur les embryons humains est très réglementée dans de nombreuses législations. Les médecins ont le devoir éthique de respecter cette réglementation et de contribuer aux débats publics et à la compréhension de ce sujet.

2. En raison de la nature spéciale des embryons humains, la recherche doit être soigneusement contrôlée et se limiter aux domaines dans lesquels aucun autre matériau ne peut constituer une solution de remplacement.

3. Les opinions et la législation diffèrent sur la question de savoir si les embryons peuvent être créés spécifiquement pour la recherche ou pendant la recherche. Les médecins doivent agir conformément à la législation nationale et aux recommandations éthiques locales.

REMPLACEMENT DE NOYAU CELLULAIRE

1. L'AMM s'oppose à la technique de remplacement du noyau cellulaire qui vise à cloner des êtres humains.

2. Le remplacement du noyau cellulaire peut également être appliqué pour développer des cellules souches embryonnaires dans l'optique de la recherche et en fin de compte, il faut l'espérer, pour le traitement de nombreuses maladies graves. Ce type de recherche et sa recevabilité donne lieu à des divergences d'opinion et les médecins souhaitant participer à de telles recherches doivent veiller à agir en conformité avec la législation nationale et les directives éthiques locales.

RECOMMANDATIONS

1. La procréation assistée est un secteur médical dynamique, évoluant rapidement. Conjointement au suivi scientifique, les évolutions doivent faire l'objet d'un suivi éthique soigneux.

2. Les gamètes et embryons humains font l'objet d'un statut spécial. Leur utilisation, y compris pour la recherche, les dons, ainsi que leur élimination, doit être bien expliquée aux donneurs potentiels et soumise à la réglementation locale.

3. La recherche sur les embryons doit être entreprise que si la législation locale et les standards éthiques le permettent et doit se limiter aux domaines dans lesquels d'autres matériaux de substitution ou la modélisation informatique ne peuvent pas être utilisés.

4. Les médecins doivent respecter les directives professionnelles quant au nombre maximum d'embryons à transplanter au cours d'un traitement.

5. Il ne doit y avoir aucune rémunération ou avantage en nature (par ex. traitements gratuits ou à faible coût) afin d'encourager les dons mais les donneurs peuvent être remboursés des dépenses jugées raisonnables.

6. Les familles ayant recours à des dons d'embryons ou de gamètes doivent être encouragées et assistées pour en parler ouvertement avec l'enfant.

7. Le choix du sexe doit avoir lieu uniquement dans le but d'éviter de graves pathologies, y compris celles à nature létale.

8. Les médecins ont un rôle important à jouer au niveau de l'information du public sur les possibilités de la procréation assistée et sur les limites de cette pratique.

9. Les médecins doivent agir conformément à la législation nationale et se conformer aux hauts standards.

DÉCLARATION DE L'AMM
SUR
LA PANDÉMIE DE GRIPPE AVIAIRE

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et amendée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

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 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.

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. De plus, une nouvelle pandémie peut se développer si un humain est infecté simultanément par les virus de la grippe humaine et de la grippe aviaire, avec pour conséquence une permutation de gènes et une nouvelle souche virale pour laquelle il n'y aurait pas d'immunité. 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.

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 contre une épidémie de grippe ou de grippe aviaire dans leurs pays respectifs.

RECOMMANDATIONS

Grippe aviaire

Lorsqu'on observe l'émergence d'une souche de grippe aviaire, il convient de prendre les mesures suivantes :

- éviter les sources d'exposition autant que faire se peut, c'est la mesure de prévention la plus efficace ;

- 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
- détruire tous les oiseaux infectés/exposés et mettre les carcasses au rebut de manière appropriée, désinfecter soigneusement les fermes ou les mettre en quarantaine ;
- maintenir des stocks de vaccins et d'antiviraux en prévision d'une éventuelle poussée épidémique ;
- utiliser éventuellement des médicaments antiviraux comme des inhibiteurs de la neuraminidase.

Préparation à une pandémie de grippe

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.

L'OMS devrait :

- 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.
- 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 ;
- communiquer au plus tôt les informations dont elle dispose sur l'activité de la grippe afin de permettre une réaction en temps opportun.

Les gouvernements nationaux sont appelés à mettre en place des plans d'action nationaux en vue d'assurer :

- 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 ;
- que les capacités de mobilisation rapide des hôpitaux, laboratoires et infrastructures de santé publiques sont suffisantes et les améliorer au besoin ;

  l'identification des cadres légaux, éthiques et des structures de gouvernance relatifs à la planification de la pandémie ;
- 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, etc.
- la préparation des stratégies de communication de crise et de messages d'alerte pour prévenir l'inquiétude de la population et des médias ;

- 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 ;
- que les efforts de diagnostic et de surveillance se poursuivent et que les stocks de vaccins et d'antiviraux soient adéquats ;
- 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 ;
- l'attribution de doses de vaccins, d'antiviraux et de lits d'hôpital est coordonnée avec des experts ;
- 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 ;
- l'orientation et l'information en temps utile vers les services de santé régionaux, les organisations de santé et les médecins ;
- 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 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 insuffisantes ;
- le financement adéquat de la préparation et de la lutte contre la pandémie, ainsi que de la réponse à ses conséquences sanitaires et sociales ;
- que les mécanismes permettant de garantir la sécurité des établissements de soins de santé, du personnel et la chaîne d'approvisionnement en vaccins et en antiviraux soient en place, le cas échéant ;
- la promotion et le financement de la recherche en vue d'élaborer des vaccins et des traitements efficaces à long terme contre la grippe ;
- que soit encouragée la collaboration entre la médecine humaine et vétérinaire pour la prévention, la recherche et la lutte contre la grippe aviaire.

Les associations médicales nationales sont appelées à :

- définir leur implication dans le plan de préparation à une épidémie nationale de grippe, ce qui 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 ;
- aider à informer la population au sujet de l'épidémie de grippe et de grippe aviaire ;
- 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 ;
- le cas échéant, envisager de mettre 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 ;
- défendre, avant ou au cours d'une épidémie, 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 ;

- encourager le personnel de santé à se protéger en se faisant vacciner ;
- créer des plans de poursuite de l'activité propres à leur organisation afin d'assurer un appui permanent à leurs membres.

Les médecins :

- doivent être suffisamment formés aux épidémies de grippe et aux risques de transmission, y compris en termes d'épidémiologie locale, nationale et internationale ;
- devraient mettre en œuvre des mesures de lutte contre l'infection, y compris la vaccination, afin de se protéger et de protéger leur personnel pendant les épisodes épidémiques de grippe, notamment saisonnière ;
- doivent participer à la planification, à la préparation et à la formation à la lutte contre les épidémies de grippe, au niveau local et régional ;
- 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.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LE VIH/SIDA ET LA PROFESSION MÉDICALE

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et amendée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

INTRODUCTION

1. Le VIH/SIDA est une pandémie mondiale qui a été une source de défis sans précédent pour les médecins et les infrastructures sanitaires.

   Le VIH/SIDA constitue non seulement une terrible catastrophe de santé publique mais aussi un problème fondamental en matière de droits humains.

   De nombreux facteurs contribuent à propager la maladie, tels que la pauvreté, l'absence de domicile, l'illettrisme, la prostitution, la traite d'êtres humains, la toxicomanie, la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité des sexes.

   Ces facteurs sociaux, économiques, juridiques et ceux ayant trait aux droits de l'homme ont un impact non seulement sur la dimension sanitaire du VIH/SIDA mais aussi sur les médecins/le personnel de santé et les patients, sur leurs décisions et leurs relations.

   Les efforts de lutte contre cette maladie sont en outre entravés par le manque de ressources humaines et financières que subissent les systèmes de santé.

2. La discrimination envers les patients atteints du VIH/SIDA par des médecins est inacceptable et elle doit être éradiquée de la pratique médicale.

   2.1 Toutes les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA ont droit à une prévention, un soutien, un traitement et des soins adéquats, le tout avec compassion et respect de la dignité humaine.

   2.2 Il est contraire à l'éthique qu'un médecin refuse de traiter un patient dont la pathologie entre dans son domaine de compétences, au prétexte unique que le patient est séropositif.

   2.3 Les associations médicales nationales devraient travailler avec les gouvernements, les groupes de patients et les organisations nationales et internationales concernées afin de veiller à ce que les politiques de santé nationales interdisent très clairement toute discrimination envers les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA, y compris les groupes de personnes vulnérables, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et

les personnes transgenres.

2.4 Les femmes et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe courent un plus haut risque de discrimination à tous les niveaux. Les associations médicales nationales doivent travailler avec les gouvernements, des organisations non gouvernementales et des organisations communautaires à l'élimination des discriminations envers ces personnes désavantagées.

DES SOINS MÉDICAUX APPROPRIÉS ET DE QUALITÉ

3. Les patients porteurs du VIH/SIDA doivent recevoir des soins médicaux adaptés et de qualité à tous les stades de la maladie.

4. Les médecins qui ne sont pas en mesure d'assurer les soins et les services nécessaires aux patients atteints du VIH/SIDA doivent orienter ces derniers en temps utile vers des médecins ou des établissements à même de proposer ces services et compétences. En attendant que le patient ait pu être pris en charge par ces derniers, il convient que le médecin continue de suivre et de traiter le patient.

5. Tous les médecins doivent être en mesure de soupçonner et de détecter en temps utile les infections opportunes communes telles que la tuberculose, les infections fongiques du VIH/SIDA, tout comme ils doivent soupçonner la présence du VIH/SIDA lorsqu'ils rencontrent ces infections, notamment chez les personnes à haut risque comme les consommateurs de drogues injectables.

   Ils doivent conseiller ces patients sur le lien qui existe entre ces infections et l'infection par le VIH/SIDA.

6. Les médecins et les autres organismes professionnels concernés doivent veiller à ce que les patients aient des informations précises concernant les moyens de transmission du VIH/SIDA et les stratégies d'autoprotection contre l'infection.

   Il convient de prendre des mesures proactives afin d'assurer que toute la population et en particulier les groupes à risque soient informés à cette fin.

   L'information de la population et les stratégies connexes doivent faire passer le message que tout le monde est concerné par ce risque et diffuser les méthodes de réduction du risque.

7. Les médecins doivent conseiller efficacement tous les patients séropositifs sur l'adoption d'un comportement responsable qui permette d'éviter la contamination de leurs partenaires et la prévention des infections opportunistes.

8. Les médecins doivent savoir que de nombreuses personnes pensent encore que le VIH/SIDA est une condamnation à mort automatique et immédiate et ne font donc pas de test.

   Les médecins doivent veiller à ce que les patients soient bien informés des options thérapeutiques dont ils disposent.

Les patients doivent être informés du potentiel du traitement antirétroviral (ART) sur l'amélioration non seulement de leur état de santé mais aussi de leur qualité de vie. La nouvelle stratégie consiste à tester et à traiter.

Un traitement antirétroviral efficace peut grandement prolonger la période pendant laquelle les patients peuvent mener une vie normale, avoir une réelle vie sociale et professionnelle et conserver leur autonomie.

Le VIH/SIDA peut désormais être une maladie chronique gérable.

Pour une bonne thérapie par antirétroviraux, il convient de suivre les de pratiques recommandées par l'OMS, qui sont fondées sur les données scientifiques disponibles et qui sont spécifiques à chaque pays.

9. Les médecins doivent être conscients que la désinformation sur les aspects négatifs des antirétroviraux n'incite pas certains patients à se faire traiter. Là où règne la désinformation sur les ART, les médecins et les associations médicales doivent se fixer comme priorité immédiate de dénoncer publiquement la source de désinformation et de travailler avec la communauté porteuse du VIH/SIDA pour pallier les effets négatifs de cette désinformation.

10. Les médecins devraient encourager l'implication de réseaux de soutien afin d'encourager les patients à adhérer à la thérapie antirétrovirale. Avec le consentement du patient, le suivi et la formation doivent être mis à disposition des membres de la famille pour les aider à dispenser des soins.

11. Les médecins doivent être conscients des attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes atteintes du VIH/SIDA qui prédominent dans la société et la culture locale. Les médecins étant les premiers et parfois les seuls à être informés de la contamination par le VIH des patients, ils devraient être capables de les instruire sur leurs droits et responsabilités sur le plan social et juridique ou les orienter vers des conseillers spécialisés dans le droit des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

12. Les médecins devraient connaître les directives actuelles en matière de prophylaxie pré et post exposition pour tous les patients et les soignants, quel que soit le mode d'exposition au VIH.

TESTS

13. Il convient d'imposer un test du VIH à tout le sang et aux composants du sang recueillis par le don ou devant être utilisés pour la fabrication de produits sanguins, d'organes et autres tissus destinés à la transplantation, ainsi qu'à tout le sperme et les ovules recueillis dans le cadre de procédures de reproduction assistée.

    Il convient d'encourager les technologies récentes de dépistage du VIH, qui sont plus sensibles, précises et qui permettent de réduire la fenêtre sérologique, comme le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

14. La pratique d'un test de dépistage du VIH sur une personne contre sa volonté est une violation de l'éthique médicale et des droits humains.

15. Les médecins doivent clairement expliquer l'objectif du test du VIH, les raisons pour lesquelles il est recommandé et les implications d'un résultat positif.

    Avant de pratiquer le test, le médecin devrait avoir un plan d'action en cas de résultat positif. Il convient d'obtenir le consentement éclairé du patient avant de pratiquer le test.

16. Bien que certains groupes soient étiquetés « à haut risque », toute personne ayant des rapports sexuels non protégés devrait être considérée comme « à risque ».

    Les médecins doivent de plus en plus prendre l'initiative de recommander un dépistage à leurs patients, sur la base d'une compréhension mutuelle du niveau du risque encouru et du bénéfice potentiel du test. Les femmes enceintes et leurs partenaires doivent se voir régulièrement proposés un test de dépistage du VIH et les femmes enceintes infectées par le VIH doivent recevoir immédiatement lors du diagnostic des conseils et une thérapie antirétrovirale afin de prévenir la transmission du virus au fœtus. Il convient qu'elle reçoive un traitement si le fœtus est séropositif.

17. Les personnes qui le demandent doivent avoir accès au conseil et au dépistage anonyme et volontaire du VIH, qui doit s'accompagner de dispositifs de soutien ultérieurs appropriés.

PROTECTION CONTRE VIH DANS L'ENVIRONNEMENT MÉDICAL

18. Les médecins et l'ensemble du personnel de santé ont droit à un environnement professionnel sûr. Dans les pays en voie de développement notamment, le problème de l'exposition professionnelle au VIH a entraîné une forte réduction du personnel de santé. Dans certains cas, les employés sont infectés par le VIH et dans d'autres, la peur de l'infection amène le personnel à quitter volontairement son emploi. La peur de l'infection parmi ce personnel peut aussi amener des soignants à refuser de traiter les patients porteurs du VIH/SIDA. De même, les patients ont le droit d'être protégés au maximum contre la transmission du VIH par les professionnels de santé et dans les établissements de soins.

    18.1 Tous les établissements de santé doivent mettre en œuvre des procédures adaptées de maîtrise de l'infection et des précautions universelles, conformes aux normes nationales et internationales les plus courantes. Parmi ces procédures, il convient d'adopter des pratiques régissant l'utilisation en temps utile des antirétroviraux à des fins préventives pour tous les soignants qui ont été infectés par le VIH.

    18.2 En l'absence de mesures de protection appropriées contre l'infection pour les médecins et les patients, il convient que les médecins et les associations médicales nationales agissent pour corriger la situation.

    18.3 Les médecins infectés par le VIH ne sauraient exercer une activité qui présente un risque de transmission à d'autres personnes.

    18.4 Dans le cadre d'une éventuelle exposition au VIH, le facteur déterminant sera l'activité que le médecin souhaite entreprendre.

18.5 Il pourrait y avoir des normes convenues au niveau national, mais pas si le risque doit être déterminé par un panel d'experts adapté ou par un comité de soignants. [BMA].

18.6 Dans le cadre de la délivrance de soins médicaux et en cas de risque de transmission d'une maladie infectieuse d'un médecin à un patient, il ne suffit pas de faire connaître le risque au patient : les patients sont en droit d'attendre que leurs médecins ne les exposent pas à un risque supérieur de contamination.

18.7 En l'absence de risque, il n'y a pas de raison que le médecin divulgue son état de santé à ses patients.

18.8 Les médecins doivent connaître les directives professionnelles actuelles relatives à la prophylaxie après exposition des professionnels de santé en cas d'exposition accidentelle au VIH.

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU PATIENT ET QUESTIONS RELATIVES À LA NOTIFICATION L'ANNONCE D'UNE ÉVENTUELLE CONTAMINATION

19. La crainte de la stigmatisation et de la discrimination est une cause sournoise de la propagation du VIH/SIDA. Les répercussions sociales et économiques liées au fait d'être identifié comme une personne infectée peuvent être dévastatrices et peuvent s'accompagner de violence, de rejet par la famille et les membres de la communauté, de la perte du domicile et de l'emploi, pour ne citer que quelques exemples.

    La seule façon de réduire les attitudes et les pratiques discriminatoires est de sensibiliser la population jusqu'à rendre communément admise la présence du VIH/SIDA dans la société. En attendant qu'il en soit ainsi partout ou qu'une guérison soit possible, il est probable que les personnes potentiellement infectées refusent les tests pour éviter ces conséquences sociales.

    Le fait que des personnes ne savent pas qu'elles sont porteuses du VIH/SIDA n'est pas seulement désastreux sur le plan personnel, du fait de ne pas recevoir de traitement, c'est aussi un facteur de transmission massive de la maladie qui pourrait être évitée. La peur que des informations soient divulguées sans autorisation n'incite pas non plus à participer à la recherche contre le VIH/SIDA et nuit généralement à l'efficacité des programmes de prévention. Le manque de confiance dans la protection des données personnelles de santé, et notamment l'état sérologique, menace la santé publique dans son ensemble et constitue l'une des causes principales de la propagation continue du VIH/SIDA. Parallèlement à cette préoccupation, il convient, dans certaines circonstances, de nuancer ce droit à la protection de la vie privée en tenant compte du droit du ou des partenaires (sexuels ou ayant utilisé le même matériel d'injection) de ces personnes atteintes du VIH/SIDA d'être informés de leur éventuelle infection.

20. Tous les principes et les normes éthiques en matière de préservation de la confidentialité des informations personnelles de santé s'appliquent également dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, comme l'affirme la déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits du patient. De plus, les associations médicales nationales et les médecins se doivent de prendre note des circonstances et des obligations spéciales

(soulignées ci-dessous) inhérentes au traitement des patients atteints du VIH/SIDA.

20.1 Les associations médicales nationales et les médecins doivent prioritairement veiller à ce que la sensibilisation de la population sur le VIH/SIDA, la prévention et les programmes de conseil comportent des informations explicites en matière de protection des données relatives au patient, non seulement pour des questions d'éthique médicale mais aussi de droits à la protection de la vie privée.

20.2 Des mesures de protection particulières s'imposent lorsque les soins contre le VIH/SIDA impliquent une équipe géographiquement dispersée, comprenant des prestataires à domicile, des membres de la famille, des conseillers, des travailleurs sociaux ou toutes les autres personnes qui ont besoin d'informations médicales pour fournir des soins complets et pour aider au respect du traitement. Outre la mise en œuvre de mécanismes de protection relatifs à la transmission d'informations, il convient d'inculquer à tous les membres de l'équipe des notions de protection de la vie privée du patient.

De nombreux pays disposent d'une législation spécifique visant la protection de la vie privée des personnes séropositives. Il conviendrait que les autres pays envisagent de s'en inspirer.

20.3 Les médecins doivent s'efforcer de convaincre les patients atteints du VIH/SIDA de faire savoir à tous leurs partenaires (sexuels ou partageant leur matériel de prise de drogue) qu'ils ont été exposés et éventuellement infectés par le VIH. Les médecins doivent avoir les compétences pour conseiller les patients sur les différents moyens d'informer leurs partenaires. Ces possibilités devraient comprendre :

20.3.1 l'annonce au partenaire par le patient : le patient recevra dans ce cas des conseils relatifs aux informations qui doivent être communiquées au partenaire et aux manières de les communiquer, avec tact et de façon aisément compréhensible. Il convient également d'établir un calendrier d'annonce entre le patient et le médecin, afin que ce dernier s'assure que le partenaire a bien été averti ;

20.3.2 l'annonce au partenaire par un tiers : dans ce cas, le tiers doit s'efforcer de préserver l'identité du patient.

20.4 Lorsque toutes les stratégies pour convaincre le patient ont été épuisées sans succès et si le médecin connaît l'identité d'un ou de plusieurs partenaires du patient, il incombe au médecin, soit par obligation légale soit par obligation morale, de prévenir le ou les partenaires de leur possible infection. Selon le système en place, le médecin peut avertir directement la personne à risque ou signaler l'information à l'autorité compétente en la matière.

Les médecins doivent connaître les lois et règlementations applicables dans la juridiction dans laquelle ils exercent. Dans les cas où un médecin doit avertir une personne de son éventuelle exposition au virus, il doit :

20.4.1 informer le patient de son intention ;

20.4.2 dans la mesure du possible, s'assurer de protéger l'identité du patient ;

20.4.3 prendre les mesures qui s'imposent pour protéger le patient, notamment s'il s'agit d'une femme, qui peut subir des violences familiales.

20.5 Quelle que soit la personne qui transmet l'information – patient, médecin ou tiers – la personne apprenant son éventuelle infection devrait bénéficier de soutien et d'aide afin d'avoir accès au test de dépistage et au traitement.

20.6 Les associations médicales nationales devraient établir des directives pour aider les médecins à prendre une décision quant à la transmission des informations. Ces directives devraient aider les médecins à comprendre les obligations juridiques et les conséquences d'une décision d'annoncer une possible contamination, notamment les aspects médicaux, psychologiques, sociaux et éthiques.

20.7 Conformément à la législation locale et nationale, et aux directives imposant le signalement des infections par le VIH, des maladies sexuellement transmissibles et des infections opportunistes, les médecins doivent protéger la vie privée de tous les patients et appliquer les normes éthiques les plus strictes. [AMA]

20.8 Les associations médicales nationales devraient travailler avec les gouvernements afin de veiller à ce que les médecins remplissant leurs obligations éthiques d'alerte des individus à risque et prenant des précautions pour ne pas divulguer l'identité de leur patient, bénéficient d'une protection juridique.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

21. Les associations médicales nationales devraient contribuer à assurer aux médecins une formation et un enseignement sur les stratégies de prévention et les traitements médicaux les plus récents disponibles à tous les stades du VIH/SIDA et les infections associées, y compris en matière de prévention et de soutien.

22. Les associations médicales nationales devraient, s'il y a lieu, collaborer avec des ONG et des organisations communautaires et insister pour que les médecins soient formés aux dimensions psychologiques, juridiques, culturelles et sociales du VIH/SIDA, et si possible contribuer à leur formation.

23. Les associations médicales nationales devraient soutenir activement les efforts des médecins qui souhaitent concentrer leurs compétences sur les soins aux patients atteints du VIH/SIDA même là où le VIH/SIDA n'est pas reconnu comme une spécialité ou une sous-spécialité officielle dans le système d'enseignement de la médecine.

24. L'AMM encourage les associations médicales nationales à promouvoir l'intégration de cours complets sur le VIH/SIDA dans les programmes de médecine universitaires et postuniversitaires ainsi que dans le cadre de la formation continue.

INTÉGRATION DE SERVICES RELATIFS AU VIH/SIDA À DES ACTIVITÉS DE GESTION D'AUTRES MST

25. Les associations médicales nationales devraient encourager les gouvernements dont elles dépendent respectivement à intégrer des services préventifs et thérapeutiques exhaustifs pour le VIH/SIDA aux activités de gestion des autres maladies sexuellement transmissibles (MST).

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA FORMATION MÉDICALE

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et révisée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. La formation médicale consiste en une formation de base, une formation postuniversitaire et la formation permanente. La formation médicale est un processus dynamique ; elle commence avant l'admission à la formation médicale de base (faculté de médecine) et se poursuit jusqu'à ce que le médecin prenne sa retraite. Son objectif est de préparer les praticiens médicaux à mettre en œuvre les plus récentes connaissances médicales pour promouvoir la santé, prévenir et soigner les maladies humaines ainsi que pour atténuer les symptômes. Les médecins sont responsables personnellement, devant l'ensemble de la profession et devant leur patientèle du maintien d'une formation médicale de haute qualité.

PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA FORMATION MÉDICALE

2. La formation médicale est un entraînement qui vise à assurer que les praticiens acquièrent les compétences, savoir-faire et aptitudes qui leur permettront d'exercer leur profession avec un haut degré de professionnalisme et d'éthique. Tous les médecins, l'ensemble de la profession, les facultés de médecine, les établissements d'enseignement et les gouvernements partagent la responsabilité de garantir une formation médicale de haute qualité tout au long de cursus médical.

I. FORMATION MÉDICALE DE BASE

3. La formation médicale de base a pour objectif de former les étudiants et de veiller à ce qu'ils acquièrent les connaissances, les compétences et un comportement professionnel les préparant à une gamme d'options de carrière, incluant entre autres, les soins cliniques, la santé publique, la recherche clinique ou fondamentale, la direction et gestion d'un établissement de santé ou l'enseignement médical. Chacune de ces options de carrière nécessitera une formation complémentaire.

4. Dans une faculté de médecine, les connaissances, les compétences et le comportement professionnel que les étudiants doivent acquérir devraient être basés sur le jugement professionnel de la faculté et répondre aux besoins sanitaires de la région et à la mission de la faculté. Ces décisions détermineront la sélection des étudiants, le type de cursus et son contenu, le système d'évaluation des étudiants et des objectifs atteints ou non par la faculté. Ces décisions doivent en outre être régies par les normes

applicables, les objectifs de justice et d'accessibilité et la diversité et la prise en compte de l'ensemble du personnel médical.

SÉLECTION DES ÉTUDIANTS

5. Avant d'entrer à la faculté de médecine, les étudiants devraient avoir acquis une bonne formation, incluant idéalement des connaissances dans le domaine des arts, des lettres et des sciences sociales ainsi que dans celui de la biologie et de la physique. Les futurs étudiants en médecine devraient être sélectionnés sur leurs capacités intellectuelles, leur motivation pour la médecine, leur expérience précédente dans le domaine, leur personnalité et leur intégrité. La sélection des étudiants ne saurait être discriminatoire et se doit de refléter l'importance d'accroître la diversité du personnel médical. Une faculté de médecine devrait considérer comme sa mission de définir les exigences liées à l'admission.

6. Dans une région ou un pays donné, il devrait y avoir assez d'étudiants en médecine pour répondre aux besoins locaux et régionaux. Les Associations médicales nationales (AMN) et les gouvernements nationaux devraient coopérer pour limiter les obstacles économiques empêchant des personnes d'entrer en faculté de médecine et d'y faire leurs études.

7. **Cursus et évaluation**

   7.1 Le programme de formation d'une faculté de médecine devrait reposer sur un ensemble d'objectifs éducatifs répondant aux besoins sanitaires de la région ou du pays. Ces objectifs éducatifs devraient servir à sélectionner le contenu du cursus, à élaborer le système d'évaluation des étudiants et des objectifs atteints ou non par la faculté conformément aux normes règlementaires et éducatives applicables.

   7.2 Le cursus médical devrait apporter aux étudiants une riche base de connaissances générales médicales. En font partie les sciences biologiques et comportementales ainsi que les aspects économiques des soins de santé, les déterminants sociaux de la santé et la santé publique. Ces disciplines sont basiques pour comprendre et exercer la médecine clinique. L'AMM recommande que le contenu relatif à l'éthique médicale et aux droits humains soit essentiel dans le cursus médical1. Les étudiants devraient aussi être initiés aux principes et à la méthodologie de la recherche médicale et à la manière dont sont exploités cliniquement les résultats des recherches. Students should have opportunities, if desired or required by the medical school, to participate in research. Les aptitudes cognitives de l'apprentissage autodirigé, un mode de pensée critique et la résolution des problèmes médicaux devraient figurer dès le début dans le cursus médical afin de préparer les étudiants à la phase clinique de leur formation.

   7.3 Avant d'entamer la pratique indépendante, tous les médecins devraient suivre un programme officiel de formation clinique supervisé. Au sein de la formation médicale de base, les expériences cliniques devraient s'étendre des soins primaires aux soins tertiaires, dans toute une gamme de consultations en secteur hospitalier et ambulatoire, dans les centres hospitaliers universitaires, les

hôpitaux publics, les cliniques, les cabinets médicaux et autres établissements de soins. La composante clinique de la formation médicale devrait constituer une forme d'apprentissage comportant des objectifs définis et doit impliquer des expériences directes en matière de diagnostic et de traitement des maladies avec une prise de responsabilité graduelle des étudiants, en fonction de leurs connaissances et aptitudes démontrées. Les expériences et la formation au sein des équipes interprofessionnelles coopérant aux soins des patients sont importantes pour préparer à la pratique les étudiants en médecine.

7.4 La faculté de médecine est chargée de veiller à ce que les étudiants qui sont diplômés et qui ont obtenu leur premier diplôme professionnel aient acquis une compréhension basique de la médecine clinique, possèdent les compétences requises pour juger des problèmes cliniques et prennent les bonnes décisions, fassent preuve d'un comportement et d'une personnalité dignes d'un médecin éthique. Le système d'évaluation au sein de la faculté de médecine devrait comporter des méthodes adaptées et validées attestant que tous les diplômés ont répondu à chacune de ces attentes. Il serait utile aux facultés de médecine d'être en contact avec des spécialistes de l'évaluation des étudiants, soit issus des facultés de médecine, soit d'autres secteurs.

8. Soutien aux étudiants

8.1 Les étudiants en médecine devraient bénéficier d'un soutien académique et social, tel qu'un conseil en cas de problèmes personnels et des programmes visant à favoriser le bien-être pour répondre aux exigences des facultés de médecine. Le soutien académique inclut le tutorat et le conseil pour les études et la gestion du temps. Le soutien social inclut l'accès à des activités visant à promouvoir leur bien-être physique et mental ainsi qu'un accès aux services de santé générale et mentale. Il devrait aussi y avoir des tuteurs et conseillers pour aider les étudiants à choisir leur spécialité et planifier leur carrière.

9. Faculté et ressources institutionnelles

9.1 La formation médicale de base doit être dispensée dans des facultés par un personnel ayant les compétences requises, qui ne peuvent s'obtenir que par une formation théorique et une expérience. Il devrait y avoir un nombre suffisant de facultés afin de répondre à la mission éducative, aux besoins de la recherche et aux autres missions des facultés de médecine. Le processus de sélection en faculté ne saurait être discriminatoire. La faculté devrait être impliquée officiellement en tant que faculté de médecine, par exemple être agréée, faire partie et être soumise à la gouvernance des facultés de médecine et des structures départementales.

9.2 Il incombe à la faculté d'établir un cursus médical et un système d'évaluation des étudiants. En tant que tels, les objectifs du programme de formation, le contenu, le format du cursus et l'évaluation du cursus incombent à la faculté. La faculté devrait réviser fréquemment le cursus proposé, idéalement en exploitant les statistiques sur les performances des étudiants et l'avis des étudiants, des diplômés et de la communauté des médecins en exercice. De plus, la faculté doit régulièrement évaluer la qualité de chaque unité d'enseignement via la

contribution des étudiants et des pairs. Les facultés de médecine devraient fournir des possibilités de développement afin de soutenir l'acquisition et la préservation des compétences pédagogiques et des aptitudes à l'évaluation. Elles rempliraient ainsi leurs devoirs en matière de programme de formation médicale et d'habiletés de développement des programmes.

9.3 Les facultés de médecine doivent assurer un environnement académique favorisant l'apprentissage et les exigences des facultés, notamment par un programme actif de recherche institutionnelle pour faire progresser les connaissances médicales et la qualité des soins. Les facultés de médecine devraient apporter un soutien pour enrichir leurs compétences dans le domaine de la recherche et participer à la recherche indépendante ou collaborative.

9.4 Au-delà d'un nombre suffisant de facultés bien préparées, les facultés, doivent veiller à l'existence en quantité suffisante de bibliothèques adéquates, de ressources en matière de technologie de l'information, de classes, de laboratoires de recherche, d'équipements cliniques et de salles d'étude afin de répondre aux besoins des étudiants. Il doit exister une structure d'assistance administrative pour des choses telles que la conservation et l'enregistrement des dossiers académiques.

10. Financement de la formation médicale

10.1 Les AMN, les gouvernements et les facultés de médecine devraient collaborer pour créer des mécanismes de financement afin de soutenir la formation médicale basique. Les étudiants et les facultés de médecine elles-mêmes ont besoin de soutien. Les ressources financières devraient être suffisantes pour que les facultés de médecine forment le nombre requis d'étudiants en médecine afin de répondre aux besoins sanitaires nationaux et régionaux.

III. POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

11. Un diplômé de la faculté de médecine doit suivre une formation clinique approfondie avant d'être habilité officiellement à pratiquer la médecine de manière indépendante et, le cas échéant, doit obtenir une autorisation d'exercer. La formation médicale postuniversitaire, la seconde phase de la formation médicale permanente, prépare les médecins à la pratique d'une discipline ou d'une spécialité de la médecine. Cette formation se concentre sur des compétences spécifiques, telles que requises pour la pratique de cette spécialité.

12. Les programmes de formation médicale postuniversitaire, appelés aussi programmes d'internat, incluent des expériences éducatives en faveur de l'acquisition de connaissances et compétences caractéristiques de la spécialité choisie. En fonction de cette dernière, les programmes postuniversitaires feront appel à une gamme de consultations cliniques en secteur hospitalier ou ambulatoire, y compris à des dispensaires, des hôpitaux ou d'autres établissements de santé. La formation des internes devrait associer un cursus didactique et une activité clinique incluant le diagnostic et la prise en charge des patients avec un niveau correct de supervision. Un programme d'internat doit veiller à ce que tous les internes puissent s'occuper d'un

nombre adéquat de patients afin d'acquérir une expérience sur les maladies entrant dans leur spécialité. Ces expériences cliniques devraient se faire dans des établissements de haute qualité, la qualité de la formation et la qualité des soins étant étroitement liées et doivent être assurées afin de s'améliorer mutuellement.

13. Il convient de conserver un juste équilibre afin que les internes ne soient pas recrutés pour répondre aux besoins des services cliniques au détriment de leur formation. Le programme d'internat devrait aussi permettre une activité estudiantine visant à favoriser la pensée critique, la résolution des problèmes cliniques et l'aptitude à continuer d'apprendre tout au long de la vie. Ces possibilités seront mises en place au cours de la formation médicale basique et devraient être consolidées au cours de l'internat afin de préparer et de motiver les internes à exercer ces compétences au cours de la pratique. En outre, il convient de maintenir un équilibre entre pratique clinique, formation et vie personnelle.

14. Au cours du programme d'internat, un interne aura de plus en plus de responsabilités envers les patients, en fonction de la richesse de son expérience, de ses connaissances et ses aptitudes. Permettre à l'interne d'avoir de plus en plus de responsabilités nécessite un système d'évaluation pour suivre le gain de connaissances et d'aptitudes de l'interne au fil du temps. Il conviendrait également d'adopter une procédure pour déterminer si l'interne est prêt à exercer de manière indépendante dans sa spécialité.

15. La formation continue post-universitaire doit être dispensée par des établissements agréés ou dont la qualité de la formation a été éprouvée.

IV. FORMATION MÉDICALE CONTINUE

16. La formation professionnelle continue* se définit comme toutes les formations qui maintiennent, développent ou augmentent les connaissances, les compétences, les performances et les relations professionnelles qu'un médecin utilise au quotidien pour servir les patients, le public et la profession. La formation professionnelle continue peut comporter des activités telles que l'implication dans les associations médicales nationales ou régionales; un travail au sein des comités dans les hôpitaux ou des cabinets de groupe ; l'enseignement, le tutorat et la participation à la formation au sein de sa propre spécialité ou plus largement au sein de la médecine.

17. L'une des composantes de la formation professionnelle continue est la formation médicale permanente dans laquelle le médecin participe à des activités de formation en lien avec la médecine. Les médecins doivent renforcer leur formation médicale tout au long de leur carrière, y compris en acquérant de nouvelles connaissances et aptitudes en réponse aux découvertes scientifiques et à l'introduction de nouveaux traitements. De telles expériences éducatives sont essentielles pour les médecins : pour rester en phase avec les évolutions dans le domaine de la médecine clinique et l'environnement thérapeutique et pour continuer à entretenir les connaissances et les compétences inhérentes à des soins de grande qualité. Dans de nombreuses juridictions, la FMP est définie par spécialité et peut être exigée pour conserver son autorisation d'exercer.

18. L'objectif de la formation professionnelle continue est d'aider et d'encourager largement les médecins compétents. Les écoles de médecine, les hôpitaux et les associations professionnelles partagent ensemble la responsabilité d'établir et de mettre à la portée de tous les médecins des programmes de formation professionnelle continue, y compris la formation médicale permanente.

RECOMMANDATIONS

19. On exige des médecins qu'ils soignent, préviennent les maladies et donnent des conseils aux patients, au public et aux politiques sur les questions de santé. Cela signifie donc que la formation de base, la formation post-universitaire et la formation professionnelle continue doivent répondre aux plus hautes normes médicales. Les recommandations sont les suivantes :

    19.1 L'AMM encourage les AMN, les gouvernements et les autres groupes intéressés à s'impliquer dans la planification pour une formation médicale permanente de qualité au niveau national, répondant aux besoins sanitaires de la population et déterminée par ces besoins.
    19.2 L'AMM encourage les AMN à coopérer avec les facultés de médecine pour planifier et favoriser le développement des facultés afin d'enrichir les compétences des enseignants et des chercheurs.
    19.3 L'AMM encourage les AMN et les gouvernements à dialoguer sur le financement des facultés de médecine et des programmes post-universitaires afin de disposer d'un nombre suffisant de médecins bien formés à même de répondre aux besoins sanitaires des pays.
    19.4 Les AMN et les gouvernements doivent collaborer pour limiter les obstacles économiques qui empêchent des personnes qualifiées d'entrer en faculté de médecine et d'y faire leurs études.
    19.5 L'AMM encourage les AMN à fournir des opportunités au niveau individuel et communautaire pour la formation professionnelle des médecins et la formation médicale permanente.

---

* Note terminologique

le terme de formation professionnelle continue est utilisé de différentes manières. Il décrit par exemple les activités qui contribuent au perfectionnement professionnel d'un médecin y compris son implication dans la médecine organisée, comité de travail en hôpital ou dans des cabinets de groupe, l'enseignement, le tutorat et la lecture. L'une des composantes de la FPC devrait être la formation médicale permanente qui dans de nombreuses juridictions est bien définie et peut être requise pour être autorisé à exercer.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LE RÔLE DU MÉDECIN DANS L'OBÉSITÉ

Adoptée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et révisée par la 67e Assemblée Générale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PRÉAMBULE

L'obésité a été reconnue comme l'une des questions de santé les plus importantes à laquelle se trouve confronté le monde au 21è siècle. Elle touche tous les pays et groupes socio-économiques et absorbe une part importante des ressources de santé.

L'obésité des enfants est de plus en plus préoccupante et s'avère comme une épidémie croissante.

L'obésité a des origines complexes liées aux changements économiques et sociaux de la société et également à l'environnement obésogénique dans lequel vit une grande partie de la population.

L'AMM demande donc aux médecins de mettre à profit leur rôle de leaders afin que les autorités sanitaires nationales fassent de la lutte contre l'obésité une priorité en instaurant des politiques adaptées culturellement et en fonction de l'âge et en impliquant les médecins et les autres parties ayant un rôle clé.

L'AMM RECOMMANDE QUE LES MÉDECINS:

- Contribuent à faire évoluer la société afin que cette dernière favorise un environnement propice à des choix alimentaires sains et à des exercices ou des activités physiques régulières pour tous les individus, en se focalisant spécialement sur les enfants;
- Expriment leur inquiétude, à titre individuel et au travers des associations médicales, au sujet d'un abus de la télévision et des jeux vidéo qui empêchent l'activité physique chez les enfants et les adolescents dans de nombreux pays ;
- Encouragent les individus à faire des choix sains et conseillent les parents pour qu'ils aident leurs enfants à en faire autant;
- Reconnaissent la valeur d'une décision personnelle et l'influence néfaste exercée par l'environnement actuel ;

- Sachent que la collecte et l'évaluation des données peuvent contribuer à une gestion de l'obésité basée sur la preuve et qu'elles doivent faire partie du dépistage médical de routine et des examens tout au long de la vie ;
- Encouragent le développement de compétences psychosociales favorisant pour tous un mode de vie sain et une meilleure connaissance par le public de la diététique, de l'exercice et des dangers du tabac et de l'abus d'alcool;
- Plaident en faveur de professionnels formés en la matière qui exerceront dans les établissements scolaires en soulignant l'importance de l'éducation sur des modes de vie sains dès le plus jeune âge ;
- Participent à la mise au point de meilleurs outils d'évaluation et de banques de données permettant des interventions mieux ciblées et plus justes;
- Veillent à ce que l'obésité, ses causes et sa prise en charge fassent toujours partie des programmes de formation continue destinés au personnel de santé, y compris les médecins ;
- Fassent usage de la pharmacothérapie et de la chirurgie de l'obésité conformément aux directives basées sur la preuve et avec une évaluation des risques et des bénéfices liés à de telles thérapies.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS DANS LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DES ABUS D'OPIACÉS ET DE PSYCHOTROPES

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et révisée par la 67e Assemblée générale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PREAMBULE

Les opiacés et les psychotropes sont des outils thérapeutiques efficaces lorsqu'ils sont médicalement indiqués pour toute une série de symptômes et pathologies. L'AMM a d'ailleurs appelé à une meilleure prise en charge de la douleur dans sa Résolution sur l'accès à des traitements de la douleur adaptés (Montevideo, Uruguay, octobre 2011). Hélas l'utilisation non clinique de ces substances addictives est un gros problème partout dans le monde. La toxicomanie est un problème complexe à dimension sociale, économique et légale ainsi qu'une menace pour la santé et la sécurité publiques en général. Elle touche les gens de tous les groupes sociaux et de toutes les sphères économiques. Hormis le fait de mettre leur santé directement en danger en faisant un mauvais usage de ces substances, les personnes toxicomanes peuvent avoir des comportements à hauts risques, comme par ex. se partager une aiguille et avoir des relations sexuelles non protégées et bon nombre en viennent à se comporter en criminels pour financer le coûté élevé de leur dépendance à la drogue. Ces facteurs accroissent la transmission d'infections virales telles que l'hépatite B et C et le VIH/SIDA, aussi bien parmi les utilisateurs que parmi les non utilisateurs. La toxicomanie entraîne d'autres conséquences, à savoir la perte d'emploi ou l'incapacité de mener une vie sociale et familiale.

Les répercussions sur le plan légal de la consommation non médicale de drogues, illicite dans la plupart des pays, ne contribuent généralement pas beaucoup à aider les utilisateurs à se libérer de leur dépendance. En dépit des programmes de lutte contre la toxicomanie dans de nombreux établissements pénitenciers, les substances illégales circulent très souvent parmi les prisonniers et de fait, certains utilisateurs sont tombés dans la toxicomanie au cœur de ces établissements. Le problème de la toxicomanie doit donc être réglé pour une grande part au niveau de la société et de la profession médicale.

L'Association Médicale Mondiale, préoccupée par le mauvais usage à grande échelle des psychotropes et des opiacés, demande aux médecins d'en faire une priorité dans leur exercice médical et a formulé les directives suivantes :

PRINCIPES

Prescriptions responsables

Les médecins doivent être conscients des risques d'accoutumance liés à certains

psychotropes et opiacés. De telles drogues doivent être prescrites avec la plus grande parcimonie, en observant les strictes indications médicales. Les médecins doivent veiller à être parfaitement informés des effets de ces drogues et notamment consulter les derniers travaux de recherche en matière de dosage, d'efficacité pour une pathologie donnée, d'effets secondaires possibles ainsi que d'interactions pharmacologiques et de prévalence des abus.

Lorsque de telles drogues sont médicalement indiquées, leur utilisation doit s'accompagner d'un suivi minutieux afin de s'assurer que le patient respecte strictement les instructions en matière de dosage, d'horaires de prise et de tout autre critère sécurisant l'usage d'une drogue spécifique. Toutes les mesures doivent être prises pour éviter le stockage, la revente ou tout autre usage illicite de la drogue.

Les patients doivent être parfaitement informés de tous les effets thérapeutiques et non thérapeutiques potentiels des psychotropes et opiacés, y compris le risque d'accoutumance, et doivent être totalement impliqués dans la décision de les prendre. Aucun patient ne doit être contraint à prendre un psychotrope.

Les médecins doivent connaître les facteurs non médicaux qui risquent de prédisposer les patients à la dépendance. Ces facteurs peuvent inclure entre autres l'histoire familiale, un passé de toxicomane, un choc émotionnel, la dépression ou toute autre pathologie mentale et la pression des pairs, notamment chez les jeunes.

Les médecins doivent apprendre à identifier les patients dépendants (« drug seekers ») qui essaient de se procurer des psychotropes et opiacés sous de faux prétextes médicaux. Ce type de patients consulte souvent plusieurs médecins afin d'obtenir plusieurs ordonnances. Dans des cas extrêmes, ils peuvent se faire du mal pour créer des symptômes justifiant une ordonnance. L'ensemble des pathologies et des symptômes doit être cliniquement contrôlé, dans toute la mesure du possible, et des dossiers précis doivent être tenus sur l'historique des patients en matière de drogues. Si des banques de données contenant des dossiers de patients toxicomanes et des historiques d'ordonnances existent, il convient de les consulter.

Lorsqu'ils prescrivent des psychotropes et opiacés aux mineurs, les médecins doivent parfaitement informer les parents ou les tuteurs du risque d'abus du médicament et les encourager à surveiller attentivement l'enfant pour s'assurer que ce dernier respecte les instructions du médecin. Les parents ou les tuteurs doivent savoir que dans certains pays, on voit de plus en plus d'enfants vendre des médicaments sur ordonnance à leurs pairs.

Thérapie non médicamenteuse pour l'addiction aux psychotropes et opiacés

Les médecins doivent connaître toutes les options thérapeutiques non médicamenteuses possibles pour traiter une addiction aux psychotropes et opiacés, y compris les programmes en médecine hospitalière ou ambulatoire et les groupes thérapeutiques où les toxicomanes vivent dans un environnement sans drogue et bénéficient d'un soutien. La plupart des programmes thérapeutiques se concentrent sur la rupture du cycle de dépendance à la drogue par le biais d'une désintoxication, d'une assistance – y compris avec le soutien des pairs – et d'une abstinence totale de psychotropes et opiacés, y compris d'alcool. D'autres programmes proposent des études ou une formation professionnelle pour une meilleure réintégration dans la vie communautaire.

Les médecins doivent encourager leurs patients à participer à des programmes de traitement à la toxicomanie, au stade le plus précoce de l'addiction.

Il convient de respecter la dignité et l'autonomie des patients toxicomanes. Le traitement en milieu hospitalier non consenti des toxicomanes doit être décidé en dernier ressort, conformément aux directives en vigueur et le cas échéant, dans le respect du droit national.

Thérapie de substitution médicamenteuse pour l'addiction aux opiacés

Dans certains cas, les personnes dépendantes des opiacés peuvent être soignées par des médicaments de substitution qui soulagent les symptômes de sevrage et l'envie de la substance en cause sans produire le » trip » associé aux opiacés. Ces médicaments génèrent aussi une tolérance croisée avec les autres opioïdes. L'administration de médicaments de substitution vise à stopper immédiatement la consommation d'opiacés.

La thérapie de substitution médicamenteuse peut aider le patient dépendant aux opiacés à vivre dans son environnement normal et à mener ses activités tout en combattant son addiction aux opiacés. Toutefois, l'approche doit toujours être pluridisciplinaire et inclure des traitements non médicamenteux éprouvés, tels que l'assistance, les conseils et le soutien des pairs.

Une thérapie de substitution médicamenteuse doit être délivrée selon les directives en vigueur basées sur la preuve et supervisée par des médecins spécialement formés en la matière, avec une équipe compétente en soutien.

Prise de conscience et mise en place d'une politique

Les Associations Médicales Nationales (AMN) doivent s'engager dans des efforts nationaux et multisectoriels pour sensibiliser aux risques associés à l'abus des psychotropes et opiacés et pour assurer la disponibilité de traitements appropriés pour les personnes dépendantes. Les AMN doivent encourager leurs membres à participer à des programmes similaires au niveau collectif.

Les AMN doivent promouvoir la mise en place de programmes de prévention des drogues à tous les niveaux du système éducatif, en étant conscientes que les jeunes expérimentent de plus en plus l'usage des drogues.

Les AMN et les médecins doivent participer à la mise en place de directives basées sur la preuve qui favorisent une approche pluridisciplinaire du traitement des addictions aux drogues, comportant aussi des stratégies de limitation des dangers tel que le partage des aiguilles.

Les AMN doivent participer à l'établissement de procédures légales relatives à l'usage illicite des drogues afin que les personnes dépendantes soient reconnues comme des personnes devant être soignées et réintégrées, y compris au sein des établissements pénitenciers.

CONCLUSION

Les médecins ont un rôle important à jouer dans la lutte contre la toxicomanie, aussi bien

en tant que cliniciens que comme avocats de solutions thérapeutiques et défenseurs des droits et de la dignité des personnes dépendantes de ces substances nuisibles. Le traitement de l'addiction, comme tout autre traitement, doit être entrepris dans le meilleur intérêt du patient et selon les principes d'éthique médicale en vigueur.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'ETHIQUE EN TÉLÉMÉDECINE

Adoptée par la 58e Assemblée Générale de l'AMM, Copenhague, Danemark, Octobre 2007
et amendée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

DÉFINITION

La télémédecine consiste à exercer la médecine à distance. Les interventions, le diagnostic, les 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.

PRÉAMBULE

- 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.
- La consultation par un patient en présence du médecin demeure la norme à privilégier dans les soins de santé.
- 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.
- Les principes d'éthique médicale sur lesquels s'appuie la profession s'imposent également à la pratique de la télémédecine.

PRINCIPES

Les médecins doivent respecter les directives éthiques suivantes dans leur pratique de la télémédecine:

1. Une relation patient-médecin devrait être basée sur un examen 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.

2. 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.

3. 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 télémédecine 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.

4. Le consentement éclairé du patient suppose que toutes les informations nécessaires relatives aux caractéristiques de la télémédecine lui soient pleinement expliquées, et notamment :

   - 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.

5. Les médecins doivent être conscients que certaines technologies de télémédecine peuvent être trop onéreuses pour des patients et donc hors de leur portée. Les inégalités dans l'accès à la télémédecine peuvent accroître l'écart entre les riches et les pauvres en matière d'amélioration de l'état de santé.

Autonomie du médecin et vie privée

6. Un médecin ne saurait avoir recours à la télémédecine si cela est contraire aux dispositions légales ou éthiques de son pays d'exercice.

7. La télémédecine peut éventuellement enfreindre la vie privée du médecin 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.

8. Le médecin doit exercer son autonomie professionnelle pour décider de si une consultation virtuelle serait plus appropriée qu'une consultation en sa présence.

9. Le choix de la plateforme de télémédecine utilisée relève de l'autonomie et de la

discrétion du médecin.

Responsabilités du médecin

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. Les médecins doivent assurer que leur responsabilité civile professionnelle couvre la pratique de la télémédecine.

Qualité des soins

17. 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.

18. 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.

RECOMMANDATIONS

1. La télémédecine doit être adaptée aux cadres règlementaires locaux, ce qui peut comprendre l'obtention de licence pour les plateformes de télémédecine, dans l'intérêt des patients.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. L'intégration des nouvelles techniques et pratiques pourrait exiger l'élaboration de nouveaux principes et de nouvelles normes.
6. Les médecins doivent promouvoir, en matière de télémédecine, des stratégies éthiques qui favorisent l'intérêt des patients.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE DE SEL

Adoptée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et révisée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PRÉAMBULE

Le sel alimentaire de table est un composé ionique, plus précisément du chlorure de sodium. Il contient 40 % sodium (Na+) et 60 % de chlorure (Cl-). Il existe désormais des preuves irréfutables qu'une consommation excessive de sodium constitue un facteur de risque pour l'apparition ou l'aggravation de l'hypertension, qui est elle-même un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire. Ce pourrait également être un facteur indépendant de risque de maladies cardiovasculaires et de mortalité. L'effet de la consommation alimentaire de sodium sur la pression artérielle est influencé par des facteurs tels que l'âge et l'appartenance ethnique. L'absorption de sodium est également un facteur de risque de cancer de l'estomac [1].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une consommation alimentaire journalière moyenne de sodium de moins de 2000 mg, soit 5 g de sel pour un adulte (à partir de l'âge de 16 ans). Pour les enfants âgés de 2 à 15 ans, la dose limite de 2 g par jour recommandée pour un adulte doit être ajustée à la baisse en tenant compte des besoins journaliers en énergie d'un enfant, par rapport à ceux d'un adulte [2].

La majeure partie de la population mondiale consomme trop de sodium : en moyenne 3,95 g (entre 3,89 et 4,01 g) par jour, soit l'équivalent de 10,06 g (entre 9,88 et 10,21 g) de sel de table par jour. Ces niveaux de consommation dépassent largement la limite recommandée [3].

La principale source de sodium est la consommation alimentaire, à 90 % [4] sous la forme de sel ajouté [2], soit à la discrétion du consommateur lors de la préparation ou du repas, soit dans les produits alimentaires transformés comme les soupes, les condiments à base de sel, les repas de restaurants, le bicarbonate de soude, la charcuterie (jambon, bacon, salaisons…), le fromage, les en-cas salés ou les nouilles instantanées, entre autres. Dans les pays à revenu élevé, le sodium ajouté pendant la transformation alimentaire peut représenter jusqu'à 75 à 80 % de l'absorption totale de sel [5].

Le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020 comporte 9 cibles volontaires mondiales, parmi lesquelles une réduction relative de 30 % de la moyenne de la consommation alimentaire de sodium par la population. L'OMS a créé le dossier technique SHAKE en vue d'aider les États membres à élaborer, mettre en

œuvre et réaliser le suivi des stratégies de réduction de la consommation de sel.

L'OMS reconnaît cependant que bien que la réduction de la consommation de sel soit recommandée au niveau mondial, les troubles dus à une carence en iode pourraient réapparaître, le sel constituant le principal vecteur d'absorption de l'iode, par l'entremise d'aliments enrichis. Dès lors, l'OMS, considérant que la réduction de la consommation de sel et l'enrichissement de l'alimentation en iode sont compatibles, appelle à coordonner les efforts relevant de ces deux programmes [6].

Au niveau de la population, même une petite baisse de la pression sanguine produit de substantiels avantages. Les efforts entrepris à l'échelle de la population pour réduire la consommation de sodium alimentaire constituent donc une bonne façon de réduire l'hypertension générale et donc les maladies cardiovasculaires. Les données scientifiques suggèrent que le maintien de la consommation de sodium en deçà de la limite de référence permettrait d'éviter près de 2,5 millions de décès chaque année [7].

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM et ses membres constituants devraient :

a. exhorter les gouvernements à reconnaître que la consommation de sodium est un problème sanitaire grave et à faire de la prévention une priorité dans le cadre d'une approche égalitariste, à la fois efficace et économique et destinée préserver la vie de l'ensemble de la population afin de lutter contre la surconsommation de sodium et la prévalence des maladies cardiovasculaires associées ;

b. en coopération avec les organisations de santé nationales et internationales, sensibiliser dès l'enfance les consommateurs aux conséquences de la consommation excessive de sodium sur l'hypertension et l'apparition de maladies cardiovasculaires et aux bénéfices d'une baisse à long terme de la consommation de sodium ainsi qu'aux sources alimentaires de sel/sodium et à la manière de réduire cette consommation ;

c. exhorter les gouvernements et les autres acteurs concernés à coopérer pour la réalisation des cibles définies dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020 ;

d. reconnaître le rôle essentiel de l'industrie agroalimentaire et des services de restauration dans la réduction de la quantité de sodium dans l'alimentation et appuyer les efforts de règlementation fixant des objectifs obligatoires en matière de transformation alimentaire, de teneur en sodium des aliments et d'étiquetage clair. Les efforts de reformulation doivent cibler les aliments qui sont les plus couramment consommés au sein de la population.

2. Les membres constituants de l'AMM devraient :

a. encourager leurs gouvernements respectifs à faire appliquer strictement les lois régissant la teneur en sodium des aliments transformés ;

b. adopter une approche multipartite dans leurs efforts visant à réduire la consommation excessive de sodium par la population, y compris par la promotion de l'information des médecins au sujet des conséquences d'une surconsommation alimentaire de sodium ;

c. reconnaître que les programmes de réduction de la consommation de sodium et d'iodation du sel doivent être compatibles et appuyer les stratégies de réduction de la quantité de sodium qui ne compromettent pas l'absorption de la quantité nécessaire d'iode ou qui n'aggravent pas les troubles liés à une carence en iode, notamment dans les milieux à faible revenu ;

d. contribuer à sensibiliser le grand public aux éventuelles conséquences d'une carence en iode en raison d'une alimentation trop pauvre en sel iodé ;

e. encourager leurs membres à contribuer aux recherches scientifiques sur les stratégies de réduction de la consommation de sodium ;

f. encourager l'étiquetage clair des produits alimentaires ainsi que le lancement de campagnes médiatiques et de politiques à l'échelle de la population comme l'obligation de modifier la formule des aliments afin de parvenir à une réduction importante de la consommation globale de sodium plutôt que de privilégier les interventions ciblant les individus.

3. Les médecins devraient :

conseiller leurs patients en leur indiquant les principales sources de sodium dans leur alimentation et les manières de réduire leur consommation de sodium, y compris en réduisant la quantité de sel dans leur cuisine et l'utilisation de substituts du sel et en luttant contre toutes les pratiques et croyances locales qui contribuent à une absorption élevée de sodium.

Références

[1] Fonds mondial de recherche contre le cancer / American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, Washington DC: AICR, 2007.

[2] Guideline: Sodium intake for adults and children, Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS), 2012. Le résumé d'orientation de ces directives est disponible en français à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85223/WHO_NMH_NHD_13.2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

[3] Mozaffarian, Dariush, Fahimi, Saman, Singh, Gitanjali M., Micha, Renata, Khatibzadeh, Shahab, Engell, Rebecca E., Lim, Stephen, Danaei, Goodarz, Ezzati, Majid and Powles, John (2014), Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. New England Journal of Medicine, 371 7: 624-634. doi:10.1056/NEJMoa1304127

[4] J. He, N.R.C. Campbell, G.A. MacGregor, Reducing salt intake to prevent hypertension and

cardiovascular disease. Rev. Panam, Salud Publica, 32 (4) (2012), pp. 293-300

[5] Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region (Web. 10 mai 2014.) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf (2013)

[6] Salt reduction and iodine fortification strategies in public health, 2014. http://www.who.int/nutrition/publications/publichealth_saltreduc_iodine_fortification/en/

[7] McLaren L, Sumar N, Barberio AM, Trieu K, Lorenzetti DL, Tarasuk V, Webster J, Campbell NRC.Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews2016, n° 9. art. n° : CD010166.DOI: 10.1002/14651858. CD010166.pub2.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA RÉDUCTION DU FLÉAU MONDIAL DU MERCURE

Adoptée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et réaffirmée avec une révision mineure par la 210e session du Conseil de l'AMM,
Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

Le mercure est un métal lourd présent dans la nature et une puissante neurotoxine. L'exposition humaine au mercure passe le plus souvent par l'ingestion de méthylmercure présent dans des poissons contaminés, moins fréquemment par l'inhalation de vapeurs de mercure anorganique lorsque du mercure est renversé ou au cours d'un processus de fabrication.

Le mercure a été considéré comme l'élément idéal à utiliser dans les appareils médicaux de mesure de la température et de la pression. De fait, un grand hôpital peut facilement posséder plus de 45 kg de mercure contenu dans différents appareils situés dans divers locaux.

Les hôpitaux et les cliniques peuvent éviter les risques professionnels et environnementaux liés au mercure en utilisant des produits ne contenant pas de mercure. De grands établissements de santé dans le monde ont montré qu'il existait des produits alternatifs sûrs et efficaces, utilisables en toute sécurité dans la plupart des cas, comme des thermomètres électroniques, des appareils médicaux anéroïdes récemment calibrés et des batteries sans mercure.

Même si des motifs d'ordre professionnel et environnemental sont à la base de nombreuses décisions volontaires de remplacer le mercure, des considérations financières peuvent également achever de convaincre les hôpitaux de lancer un programme de remplacement du mercure. L'élimination des déchets dangereux, l'obligation de signaler toute fuite ou tout épanchement de mercure, la perturbation de services et la formation du personnel coûtent cher. Les coûts engendrés par l'élimination d'une contamination importante peuvent s'avérer beaucoup plus élevés que le passage à des solutions sans mercure.

En mettant en place une méthode de gestion optimisée pour l'utilisation du mercure, on pourrait peut-être éviter la prise de mesures de régulation plus draconiennes par les autorités. Ces mesures de régulation risqueraient de peser lourdement sur les établissements : certains pourraient ne pas être en mesure d'en assumer les coûts.

L'Association médicale mondiale rappelle sa déclaration sur la dégradation de l'environnement et pour une gestion avisée des produits chimiques, qui contient des recommandations en matière de sensibilisation et de renforcement des capacités à même de contribuer à la lutte contre ce fléau.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont basées sur l'urgente nécessité de réduire à la fois la fourniture et la demande de mercure, dans le secteur de la santé:

Au niveau mondial:

L'Association médicale mondiale et ses Membres constituants devraient :

- plaider en faveur d'une coopération entre les Nations unies et les gouvernements pour la mise en œuvre des points clés du programme relatif au mercure du Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) qui fournit un cadre pour réduire l'utilisation, la diffusion, le commerce et les risques liés au mercure ;
- favoriser l'activité des partenariats existants.

Au niveau regional et national:

Les associations médicales nationales devraient demander à leurs gouvernements de travailler à la réduction des risques liés au mercure dans l'environnement :

- en réduisant la dépendance à l'extraction du mercure au bénéfice de sources de mercure sans risque pour l'environnement, comme le mercure recyclé ;
- en développant des solutions et des plans scientifiquement fondés pour sécuriser le stockage à long terme des surplus de mercure ;
- en invitant instamment les États membres à ratifier et à mettre en œuvre la Convention de Minamata sur le mercure, adoptée par les Nations unies en 2013 en vue de protéger la santé humaine et l'environnement contre les émissions anthropiques et les rejets de mercure et de composés mercuriels.
- en encourageant la suppression du mercure dans le secteur de la santé ;
- en concevant et en mettant en place des règlementations ou des obligations visant à réduire significativement les émissions de mercure provenant de la combustion du charbon et de la production de ciment, et en ayant recours à des contrôles spécifiques des émissions de mercure.

Au niveau local:

Les médecins devraient:

- étudier comment éliminer les produits à base de mercure dans leurs cabinets et leurs pratiques cliniques, y compris les thermomètres, les sphygmomanomètres, les tubes gastro-intestinaux, les piles, les lampes, les générateurs électriques, les

thermostats, les jauges de pression et les autres réactifs et dispositifs de laboratoire ;

- veiller à ce que les hôpitaux et les établissements de santé locaux aient un programme d'identification des sources de mercure sur le lieu de travail et de réduction de l'utilisation du mercure et une politique de gestion du mercure en matière de recyclage, d'élimination et de formation ;
- encourager les hôpitaux et les établissements de santé locaux à supprimer les produits à base de mercure et à passer à des équivalents sans mercure ;
- orienter les patients vers les conseils locaux et nationaux relatifs à la consommation de poisson conçus pour limiter l'exposition au mercure des enfants et des femmes en âge de procréer.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Adoptée par la 60e Assemblée Médicale Mondiale, New Delhi, Inde, Octobre 2009

PREAMBULE

Cette politique vise à identifier les domaines où un conflit d'intérêts peut surgir au cours de l'exercice quotidien de la médecine et à aider les médecins à résoudre de tels conflits, dans le meilleur intérêt de leurs patients. Un conflit d'intérêts se produit lorsque le jugement professionnel concernant les soins à apporter à un patient est influencé de manière indue par des intérêts secondaires.

Dans certains cas, il peut suffire de reconnaître qu'un conflit réel ou potentiel existe. Dans d'autres cas, il peut être nécessaire de prendre des mesures spécifiques pour résoudre le conflit. Certains conflits d'intérêts sont inévitables et les conflits d'intérêt en médecine ne sont pas intrinsèquement contraires à l'éthique. C'est la manière dont ils sont traités qui est essentielle.

Au delà de l'exercice clinique de la médecine et de la délivrance de soins, les médecins assument traditionnellement différentes fonctions et poursuivent divers autres intérêts. Parmi ces intérêts, la plupart louables et bénéfiques pour la société, figurent la participation à la recherche, l'éducation des futurs médecins ou la formation des médecins en exercice ainsi que des responsabilités administratives ou des fonctions de direction. Le secteur de la médecine ayant attiré des intérêts privés, il arrive que des médecins mettent leurs compétences également au service de ces intérêts, en occupant des postes de consultants (et parfois d'employés) dans des entreprises du secteur privé.

Même si la participation des médecins dans bon nombre de ces activités sera en fin de compte bénéfique pour le public, la priorité du médecin demeure la santé et le bien-être de ses patients. Les autres intérêts ne devraient pas entrer en conflit avec cette obligation première ou influencer les décisions cliniques (même de manière potentielle).

Tous les médecins ont le devoir moral d'analyser leur propre comportement dans l'optique d'éventuels conflits d'intérêts même si les conflits n'entrent pas dans le type d'exemples ou de situations traités dans ce document. Lorsqu'ils ne sont pas reconnus, les conflits d'intérêts peuvent sérieusement miner la confiance des patients dans la profession médicale et dans le praticien en particulier.

Les médecins peuvent éventuellement souhaiter profiter eux-mêmes de ressources supplémentaires telles que les sociétés de médecine, les associations médicales nationales ou les instances de contrôle. Ils devraient connaître dans ce cas la réglementation et les lois nationales en vigueur

RECOMMANDATION

Recherche

Les intérêts du clinicien et du chercheur peuvent ne pas être les mêmes. Si la même personne assume les deux fonctions, comme c'est souvent le cas, le conflit potentiel devrait être réglé en mettent en place des mesures appropriées pour protéger les patients, y compris en informant ces derniers du conflit potentiel.

Comme mentionné dans la Déclaration d'Helsinki:

- La Déclaration de Genève de l'Association Médicale Mondiale engage les médecins dans les termes suivants: "La santé de mon patient sera mon premier souci" et le Code international d'éthique médicale énonce que "le médecin devra agir uniquement dans l'intérêt de son patient lorsqu'il lui procure des soins qui peuvent avoir pour conséquence un affaiblissement de sa condition physique ou mentale".
- La Déclaration d'Helsinki stipule que "Dans la recherche médicale impliquant des êtres humains, le bien-être de chaque personne impliquée dans la recherche doit prévaloir sur tous les autres intérêts".

La recherche devrait être conduite avant tout pour faire progresser la science médicale. Un médecin ne devrait jamais faire passer ses intérêts financiers avant le bien-être de son patient. Les intérêts des patients et l'intégrité scientifique devraient être prioritaires.

Il faut informer de l'ensemble des relations et intérêts matériels du chercheur-médecin les éventuels participants à une recherche les comités d'éthique de la recherche, les instances de contrôle et de régulation concernées, les revues médicales, les participants à une conférence et le centre médical où est menée la recherche.

Tous les essais devraient être enregistrés et figurer dans un registre des recherches accessible au public

Un contrat clair devrait être signé par toutes les parties, y compris les sponsors, les chercheurs et les participants au programme, avec un minimum de clarifications:

- rémunération financière pour le chercheur-médecin (qui ne doit pas excéder la perte financière liée au non exercice de son activité normale de médecin)
- le propriétaire des résultats de la recherche (qui seront détenus par le chercheur)
- le droit du chercheur de publier des résultats négatifs,
- Le droit du chercheur de fournir des informations aux personnes participant aux essais à tout moment en cours d'étude.

Les chercheurs-médecins devraient exercer un contrôle, avoir un accès complet à toutes les données des essais et refuser les clauses de non divulgation.

Indépendamment des résultats de la recherche, les chercheurs-médecins devraient veiller à ce que la présentation ou la publication des résultats ne soit pas indûment retardée ou bloquée.

Des primes ne devraient pas être acceptées pour avoir fourni le nom des participants potentiels à la recherche et les informations sur les patients ne devraient pas être transmises sans le consentement des patients, sauf si la réglementation ou les instances de contrôle l'imposent.

Tout dédommagement reçu des sponsors des essais ne devrait pas excéder la perte financière liée au non exercice de son activité normale de médecin et devrait être à la hauteur des efforts du médecin menant la recherche. Lorsque le recrutement demande une grande implication et du temps, une rémunération complémentaire peut être envisagée pour dédommager le chercheur clinicien ou l'institution en particulier pour les efforts et le temps consacrés au recrutement de participants à la recherche. Des bonus progressifs versés dans le but d'augmenter le nombre de participants à la recherche ne devraient pas être acceptés.

Les chercheurs-médecins devraient refuser d'étudier des demandes de subvention ou des soumissions d'articles de recherche de la part de collègues ou de concurrents si leurs relations risquent d'influencer leur jugement sur le dossier.

Des paiements ou des dédommagements de quelque nature que ce soit ne devraient pas être liées aux résultats des essais cliniques. Les chercheurs-médecins ne devraient pas avoir d'intérêts financiers dans une entreprise subventionnant un essai ou un produit étudié si ces intérêts risquent de varier positivement ou négativement en fonction des résultats de l'essai ; il ne devrait pas y avoir d'enjeu financier direct pour eux lié aux résultats de l'essai. Ils ne devraient pas acquérir, acheter ou vendre des actions de l'entreprise pendant la période des essais et jusqu'à ce que les résultats aient été publiés. Ces consignes pour-raient ne pas s'appliquer aux médecins qui ont mis au point un médicament mais qui ne prennent pas part à la procédure de recrutement aux essais.

Les chercheurs-médecins devraient participer uniquement aux essais cliniques qui entrent dans le champ de leurs compétences médicales et devraient avoir une formation adéquate sur la conduite d'une recherche et sur les principes de l'éthique de la recherche.

Les droits d'auteur devraient être définis avant le début de l'essai et devraient être basés sur une importante contribution scientifique.

Les essais ne devraient pas interrompus uniquement pour des intérêts financiers

Education

Les besoins éducatifs des étudiants et la qualité de leur formation doivent être jaugés en fonction des meilleurs intérêts des patients. En cas d conflit d'intérêts, les intérêts du patient sont prioritaires.

Tout en reconnaissant que les élèves en médecine ont besoin d'une expérience sur des patients réels, les enseignants-médecins devraient veiller à ce que ces élèves soient supervisés à la hauteur de leur niveau de formation.

Les patients devraient savoir qu'ils peuvent éventuellement être soignés en partie par des étudiants et des médecins en formation, y compris pour les procédures et les actes chirurgicaux, et devraient pouvoir donner ou non leur consentement éclairé.

Les patients devraient connaître l'identité et le niveau de formation des personnes qui participent à leurs soins.

Le refus du patient de se faire soigner par du personnel en formation ne devrait pas affecter l'importance et la qualité des soins qu'il recevra ensuite.

Auto-prescriptions et honoraires partagés

Toutes les prescriptions et ordonnances (qu'il s'agisse de biens ou de services spécifiques) devraient reposer sur une évaluation objective de la qualité du médecin (ou du service) auquel le patient est adressé.

Le fait pour des médecins d'adresser des patients à des établissements médicaux (par ex. des laboratoires) où ils ne sont pas professionnellement actifs mais où ils ont un intérêt financier s'apparente à de l'auto-prescription. Potentiellement cette pratique peut influencer beaucoup les décisions médicales et n'est pas jugée acceptable à moins que la communauté en question n'ait besoin d'un établissement et qu'il n'y en ait pas d'autres (par ex. dans les petites communautés rurales). Le médecin dans ce cas ne devrait pas percevoir davantage d'argent qu'un investisseur classique.

Des commissions (ou partage des honoraires) existent lorsqu'un médecin perçoit de l'argent pour avoir adressé un patient à un praticien donné ou avoir prescrit un service spécifique donnant lieu au versement d'honoraires. Cette pratique est inadmissible.

Cabinets médicaux

Pour des raisons de commodités pour les patients, de nombreux cabinets médicaux sont situés à proximité d'autres établissements médicaux comme par ex. des laboratoires, des pharmacies et des opticiens. Le médecin ne devrait pas recevoir de ré-munération financière ou d'autres avantages pour avoir adressé des patients à ces établissements ou pour être installé à proximité de ces derniers. Un immeuble appartenant à un médecin ne devrait pas être loué à des prix supérieurs ou inférieurs à ceux du marché.

Les produits non médicaux (ceux n'ayant rien à faire avec la santé des patients ou l'exercice de la médecine) et des produits médicaux scientifiquement non validés scientifiquement ne devraient pas être vendus dans un cabinet médical. Si des produits médicaux scientifiquement validés sont vendus en cabinet médical, leur prix de vente devrait se limiter aux coûts engendrés pour se les procurer et les produits devraient être proposés d'une manière telle que le patient ne se sent pas contraint de les acheter.

Conflits entre entreprises/établissements

Les établissements de santé en particulier sont de plus en plus sujets à de nombreuses pressions menaçant plusieurs de leurs missions et beaucoup de centres médicaux académiques ont commencé à rechercher d'autres sources de revenus. Il faudrait instaurer des politiques veillant à ce que ces nouvelles sources ne soient pas en conflit direct avec les valeurs et la mission de l'établissement (par ex. financement des écoles de médecine par l'industrie du tabac).

Les organisations et les institutions médicales (y compris mais sans s'y limiter, les écoles de médecin, les hôpitaux, les associations médicales nationales et les centres de recherches) devraient établir et si possible appliquer des directives régissant les conflits d'intérêts, à l'attention de leurs employés et de leurs membres.

Les chercheurs-médecins et autres tireront profit de la création de directives officielles régissant les conflits d'intérêts. Elles les aideront à faire connaître et à identifier clairement les situations où en raison d'un éventuel conflit, ils devraient refuser de participer à une étude ou à une autre activité.

Les établissements de santé académiques devraient fixer des limites précises entre les comités chargés des investissements, le transfert technologique et la branche recherche de l'établissement.

Des politiques écrites devraient contenir des directives sur la divulgation ou le refus de participation à une procédure décisionnaire, à l'attention des personnes qui sont en situation conflictuelle parce qu'une recherche est sponsorisée, parce qu'il existe des contrats de consultants, des holdings privés ou des accords de licence.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA RECHERCHE SUR LES CELLULES SOUCHES EMBRYONNAIRES

Adoptée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009

PREAMBULE

La recherche sur les cellules souches s'est développée au cours de ces dix dernières années et fait partie aujourd'hui de ces domaines de la biotechnologie où la croissance est la plus rapide.

Les cellules souches peuvent être prélevées sur un tissue formé (cellule souche adulte) ou dans le sang ombilical et ces sources de prélèvement ne donnent lieu à aucun dilemme éthique particulier.

On peut aussi obtenir des cellules souches de l'embryon en formation (cellules souches embryonnaires). L'obtention et l'utilisation de ces cellules souches soulèvent des questions éthiques spécifiques et sous certains aspects éthiques, s'avèrent problématiques.

Certains législateurs ont interdit l'obtention et l'utilisation de cellules souches embryonnaires. D'autres ont autorisées l'usage d'embryons dits en excédent et issus de la fécondation in vitro à des fins de recherche mais souvent la production d'embryons uniquement à des buts de recherche est interdite. De nombreuses juridictions n'ont pas de loi spécifique concernant le respect des cellules souches embryonnaires.

On considère généralement sur le plan éthique et juridique que les embryons humains possèdent un statut éthique spécifique et spécial. Comme toutes les questions éthiques de cette nature, celles-ci ont déclenché des débats au sein des spécialistes de l'éthique, des philosophes, des cliniciens, des scientifiques, des travailleurs sanitaires, du public et des législateurs.

La technologie de la reproduction assistée, notamment la fécondation in vitro, implique la production d'embryons à l'extérieur du corps humain. Dans de nombreux cas, il y a plus d'embryons produits que ceux réellement nécessaires pour parvenir à une ou plusieurs grossesses réussies. Ceux non utilisés, les embryons dits en excédent peuvent être donnés pour le traitement d'autres ou pour la recherche ou stockés pendant un certain temps puis détruits.

Les différentes approches législatives concernant l'utilisation des embryons pour la recherche peuvent se traduire au niveau de lois interdisant le financement public de telles recherches.

Les cellules souches peuvent servir pour la recherche sur les maladies humaines et la biologie de l'évolution. Il existe actuellement de nombreux programmes de recherche sur l'utilisation des cellules souches pour traiter les maladies humaines. Même si les études cliniques n'ont pas encore validé l'utilisation des cellules souches à des fins thérapeutiques, le potentiel dans ce domaine a été reconnu par les membres de la communauté médicale et scientifique.

Il est trop tôt pour estimer la réussite potentielle d'une quelconque thérapie spécifique et la place des cellules souches parmi plusieurs types de traitement.

L'opinion du public concernant la recherche sur les cellules souches varie au moins autant que celle des médecins et des scientifiques. De nombreux débats publics tour-nent autour des inquiétudes que suscitent l'abus de la technologie et l'utilisation des embryons.

La réglementation conforme aux principes éthiques établis soulagera probablement de nombreuses personnes dans le public, surtout si elle est associée à l'instauration d'une politique scrupuleuse et crédible.

RECOMMANDATIONS

Dans toute la mesure du possible, la recherche devrait être menée sur des cellules souches qui n'ont pas une origine embryonnaire. Toutefois, des circonstances se pré-senteront où seules les cellules souches embryonnaires conviendront au modèle de recherche.

Toutes les recherches sur les cellules souches, quelle que soit leur origine, doivent être menées en respectant les principes éthiques établis de la communauté dans laquelle ont lieu les recherches. La réglementation et la législation doivent également correspondre à ces principes afin d'éviter la confusion ou les conflits entre la loi et l'éthique.

Les principes éthiques devraient si possible découler d'accords internationaux. En reconnaissant que divers groupes ont des opinions très différentes sur l'utilisation, notamment, des cellules souches embryonnaires, ces principes devraient être conçus de telle manière à permettre aux différentes juridictions de limiter leur niveau de recherche autorisé en fonction des nécessités locales.

Toute recherche faisant appel à des embryons doit être conduite uniquement en présence d'un consentement éclairé écrit des donneurs du matériel génétique ayant créé l'embryon.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Adoptée par la 60e Assemblée Médicale Mondiale, New Delhi, Inde, Octobre 2009

PREAMBULE

Depuis plus de 150 ans, le monde entier reconnaît l'existence d'inégalités dans le domaine de la santé. Le Rapport Final de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a été récemment publié et met en lumière l'énorme impact des inégalités en matière de santé sur l'économie et la cohésion sociale dans tous les pays. Hormis les différences majeures entre les pays, notamment entre les pays en voie de développement et les pays développés, il existe au sein même des pays des disparités significatives du fait de la diversité socio-économique et culturelle. Les inégalités en matière de santé se traduisent soit au niveau de l'accès aux soins soit au niveau de la qualité des soins ou bien les deux. Elles se manifestent de diverses manières - telles que dans l'espérance de vie, la mortalité des nourrissons, la mortalité des enfants. L'existence d'inégalités spécifiques de plus en plus importantes est particulièrement préoccupante.

Les soins fournis par les médecins sont au cœur de ce sujet. Les associations médicales nationales devraient participer activement à la lutte contre les inégalités sociales et en matière de santé afin de permettre à leurs membres médecins de fournir un service de qualité, identique pour tous.

Le rôle du système de santé: La diversité socio-économique et culturelle des groupes de population constitue la principale cause d'inégalités en matière de santé. Le sys-tème de santé peut toutefois jouer un rôle capital pour prévenir et réduire ces inégalités. Son rôle peut être résumé de la manière suivante:

- Prévenir l'impact sur la santé des inégalités socio-économiques et culturelles – notamment en promouvant la santé et la prévention des maladies (prévention primaire)
- Identifier, solutionner et réduire les inégalités actuelles en matière de santé, par ex. avec un diagnostic précoce des maladies, une bonne prise en charge des maladies chroniques, une réhabilitation (Prévention secondaire et tertiaire)

RECOMMANDATIONS

Les membres de la profession médicale confrontés aux conséquences de ces inégalités, portent une grande responsabilité et demandent à leurs associations médicales nationales de:

- Reconnaître l'importance des inégalités en matière de santé et la nécessité de peser sur la politique et les actions nationales pour les prévenir et les réduire
- Identifier les risques sociaux et culturels auxquels sont exposés les patients et leurs familles et planifier leurs activités cliniques (diagnostic et traitement) pour lutter contre leurs consequences
- Plaider en faveur d'une suppression des obstacles financiers pour obtenir les soins médicaux nécessaires.
- Plaider en faveur d'un accès identique pour tous aux services de santé, quelles que soient les différences géographiques, sociales, celles liées à l'âge, au sexe, aux religions, aux origines ethniques, à l'orientation sexuelle et les différences économiques.
- Demander des études sur les inégalités en matière de santé (y compris l'étendue, la gravité, les causes, l'impact sur la santé, la vie économique et sociale) ainsi que des outils de compétence culturelle à tous les niveaux de la formation médicale académique, y compris la formation permanente pour ceux déjà en exercice.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'UTILISATION DE LA TÉLÉSANTÉ DANS LES SOINS MÉDICAUX

Adoptée par la 60e Assemblée Médicale Mondiale, New Delhi, Inde, Octobre 2009

DEFINITION

La télésanté consiste à utiliser les technologies de l'information et de la communication pour délivrer des soins de santé et des informations sur de grandes et petites distances.

PREAMBULE

La prévalence de la télémédecine et de la télésanté dans la plupart des pays du monde a conduit l'Association Médicale Mondiale (AMM) à établir des directives éthiques à l'intention des médecins qui utilisent ce procédé pour fournir des soins médicaux. L'AMM définit la télémédecine comme « la pratique de la médecine à distance avec laquelle les interventions, le 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 ».

Une définition plus large de la télésanté fait entrer en jeu la gamme complète d'actions contribuant à la bonne santé du patient et du public: la prévention, la promotion, le diagnostic et le traitement, tous des domaines où les médecins jouent un rôle important. C'est cette définition plus large que l'AMM retient.

La télésanté/télémédecine aide à supprimer les barrières liées à la distance et favorise une égalité d'accès aux services qui sinon feraient souvent défaut dans les communautés reculées, rurales et de plus en plus dans les communautés urbaines. Il s'agit davantage de transmettre une voix, des données, des images et des informations que de faire physiquement se déplacer les patients, les praticiens et les éducateurs. L'accès, la ponctualité et le côté pratique sont améliorés et les frais de déplacement sont réduits. Elle a aussi le mérite de permettre aux patients de coopérer plus facilement et davantage à leur propre bien-être et d'être en mesure de participer à des programmes éducatifs dont le but est de promouvoir le bien-être, le confort, les commodités et la sécurité que procure le domicile personnel. Cette prise de position se concentre principalement sur les consultations en télésanté entre les patients et les professionnels de santé. Il conviendrait de noter qu'un autre aspect important de la télésanté est l'utilisation de la télécommunication entre les professionnels de santé pour la délivrance de soins.

La télésanté/télémédecine fera partie des programmes plus vastes de eSanté que la plupart des pays développés conduisent comme le font également de nombreux pays en voie de développement. On voit apparaître de plus en plus de solutions qui permettent de fournir des soins par un réseau électronique et de ce fait, davantage de médecins pourront soigner de cette façon les patients.

PRINCIPES DIRECTEURS

Devoir de soins

La pratique de la télésanté tout en défiant la perception classique de la relation médecin-patient, s'accompagne d'un "devoir de soins » de la part du médecin lors d'une consultation à distance entre le médecin et le patient comme dans toute autre consultation médicale.

Dans le cadre d'une consultation à distance, il est nécessaire que le médecin renseigne d'une manière claire et explicite le patient sur la personne qui est responsable du suivir et de traitement en cours. La supervision du médecin sur les protocoles, la mise en place de conférences et l'analyse des fichiers médicaux est nécessaire dans tous les établissements de soins et dans toutes les circonstances. Les médecins devraient pouvoir contacter immédiatement les prestataires non médecins, les techniciens et les patients.

Il est nécessaire que les médecins fassent savoir clairement qui est responsable du patient en présence d'autres prestataires de soins impliqués dans les soins au patient.La responsabilité légale des professionnels de santé assurant des soins par la télésanté doit être clairement définie par la juridiction compétente.

Communication avec les patients

Le médecin prendra des mesures pour veiller à ce que la qualité des communications pendant une soit la plus parfait possible. Tout défaut technique majeur devrait être consigné dans la documentation de la consultation.

Le médecin pratiquant la télésanté devraitêtre familiarisé à la technologie.

Le médecin devrait connaître et gérer les limites de la vidéo et de l'audio dans le cadre de la délivrance de soins à distance.

Le médecin devrait recevoir une formation à la télécommunication avant toute première consultation en télésanté.

Il est nécessaire que le médecin détermine autant qu'il le peut la capacité et l'aisance de chaque patient en matière de télésanté avant toute première consultation en télésanté. La situation ne s'y prête toutefois pas toujours.

Dans toute la mesure du possible, le médecin devrait veiller à ce que le patient soit suffisamment initié/formé à la télésanté et aux questions de communication avant toute première consultation en télésanté.

Normes d'exercice/Qualité des soins cliniques

Le médecin doit juger correct le niveau de soins fournis via la télésanté et au moins équivalent à tout autre type de soins qui peut être prodigué au patient/client, compte tenu du contexte en présence, de l'endroit, du moment et de la relative disponibilité des soins classiques. Si le niveau de soins n'est pas jugé correct via la télésanté, le médecin devrait informer le patient et proposer un autre mode/service de soins.

Le médecin devrait recourir aux directives cliniques existantes lorsque cela est possible pour les soins fournis via la consultation en télésanté. Certaines modifications peuvent éventuellement être appliquées pour répondre aux circonstances particulières.

Le médecin devrait veiller à ce que tout changement apporté aux directives cliniques pour la consultation en télésanté soit approuvé par l'instance clinique dirigeante ou l'association.

Le médecin fournissant des soins en télésanté devrait respecter tous les protocoles et les procédures s'y rattachant: consentement éclairé (verbal, écrit, enregistré); la vie privée et la confidentialité; la documentation; la propriété des dossiers patients/clients et avoir un comportement au téléphone ou en vidéotéléphone adapté.

Le médecin fournissant des soins en télésanté doit s'assurer de respecter la législation et les directives professionnelles sur la télésanté dans le pays à partir duquel les services sont assurés.

Le médecin devrait posséder les acquis suivants: être compétent dans le champ d'exercice concerné, savoir bien communiquer, comprendre l'objectif du service fourni via la télésanté, savoir s'orienter et naviguer dans le système et l'environnement technologique, comprendre les protocoles et les procédures de la télésanté, bien appréhender les limites de la technologie utilisée.

Résultats cliniques

Les organisations fournissant des programmes de télésanté devraient gérer et améliorer la qualité des services afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

Les organisations fournissant des programmes de télésanté devraient mettre en place une méthode systématique de collecte, d'évaluation et de transmission des résultats et de l'efficacité clinique. Des indicateurs de qualité devraient être établis et utilisés.

Clause de confidentialité

La confidentialité des informations concernant le patient devrait être respectée.

Les organisations médicales et les médecins pratiquant la télésanté devraient connaître et veiller à se conformer à la législation et aux règles prévues pour protéger la confidentialité des informations relatives au patient /client. Ils devraient avoir leurs propres directives en matière de confidentialité.

Les organisations médicales et les médecins sont encouragés à consulter les conseillers juridiques et les instances professionnelles lorsqu'ils déterminent la politique de confidentialité

Consentement éclairé

La législation et les règles concernant la prise de décision et le consentement du patient devraient être appliquées.

Dans toute la mesure du possible, le consentement éclairé devra être obtenu par le médecin avant tout service ou intervention. Si nécessaire, le consentement du patient devrait être indiqué dans la documentation de la consultation.

Le consentement pour la télésanté devrait répondre aux mêmes principes et procédures pour tout autre service de santé.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA DEGRADATION DE L'ENVIRONNEMENT ET SUR UNE BONNE GESTION DES PRODUITS CHIMIQUES

Adoptée par la 61e Assemblée Générale de l'AMM, Vancouver, Canada, Octobre 2010
et amendée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

1. 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 substances aux fins d'un développement durable, notamment dans le domaine des soins de santé.
2. Une gestion inappropriée des produits chimiques peut avoir des conséquences nocives sur la santé humaine et les droits humains, notamment pour les populations les plus vulnérables.
3. La plupart des produits chimiques auxquels les êtres humains sont exposés proviennent d'industries. Il peut s'agir de gaz toxiques, d'additifs alimentaires, de produits ménagers, de cosmétiques, d'intrants agricoles ou de substances utilisées à des fins thérapeutiques, comme des médicaments et des compléments alimentaires. 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 règlementations en matière de sécurité. La quantité croissante de déchets en plastique dans l'environnement est également très préoccupante et il est temps de prendre des mesures pour y remédier.
4. 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

5. 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 synthèse1.

6. 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.
7. Les effets des émissions de produits chimiques sur la santé peuvent être directs (immédiats) ou indirects. Les effets indirects des émissions de produits chimiques sur la santé 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 ces émissions peuvent contribuer.

Mesures nationales et internationales

8. Le type de règlementation des produits chimiques varie amplement à la fois sur le territoire d'un même État 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 règlementaires nationale, homogène, normalisée et fondée sur la loi. En outre, les règlementations internationales doivent être cohérentes de manière à ce que les pays en développement ne soient pas forcés par leur situation économique à accepter des niveaux d'exposition toxique élevés.
9. 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, les nanomatériaux peuvent exiger des règlementations particulières explicites qui transcendent les cadres actuels.

Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques

10. Les nombreux accords internationaux sur les substances chimiques 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 complète de ces produits. Les raisons pour lesquelles cette pollution perdure sont la résistance 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 les 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 les produits chimiques agricoles comme 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

11. Le plastique est entré dans nos vies depuis plus de cent ans et il est régulièrement 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 les plastiques qui ont été fabriqués depuis l'invention de cette matière sont encore sur la Terre, à moins qu'ils n'aient été brûlés, produisant ainsi une fumée empoisonnée qui pollue l'atmosphère.
12. L'utilisation de plastique provoque l'accumulation de déchets dans les décharges et dans les espaces naturels terrestres ou marins, l'ingestion de plastique par des animaux, la fuite de substances chimiques contenues dans le plastique et l'éventuelle transmission de ces produits 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).
13. 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. Il est dès lors nécessaire que nous nous dotions de règlementations spécifiques pour lutter contre la contamination de l'environnement par les déchets en plastique à fragmentation lente et l'incinération de ces déchets, qui crée souvent des sous-produits toxiques.

RECOMMANDATIONS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE (AMM)

14. En dépit des 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 chimiques les plus récents et des nanomatériaux, notamment à faible dose et sur des 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 reconnaissent donc le rôle significatif qu'ils ont à jouer pour combler l'écart entre l'élaboration de politiques, la gestion des produits chimiques et la réduction des risques pour la santé humaine.
15. L'Association médicale mondiale réaffirme son engagement en faveur de l'environnement, de la protection de la santé et de la vie et formule les recommandations suivantes :

MOBILISATION

16. Les associations médicales nationales devraient appeler à l'adoption d'une législation qui vise à réduire la pollution chimique, à mettre en lumière les responsabilités des fabricants de produits chimiques 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 fertilité des femmes et des hommes et à la vulnérabilité des êtres humains pendant la vie in utero et la petite enfance.
17. Les associations médicales nationales devraient exhorter leurs gouvernements à soutenir les efforts internationaux visant à limiter la pollution chimique par une gestion et une élimination sensée 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.
18. Les associations médicales nationales devraient s'efforcer d'améliorer la collaboration intersectorielle entre les ministères et les organismes chargés de l'environnement et de la santé publique.
19. Les associations médicales nationales devraient sensibiliser le grand public aux risques associés aux produits chimiques, y compris les plastiques et aux mesures qui peuvent être prises à cet égard.
20. Les méthodes modernes de diagnostic et de traitement reposent largement sur l'utilisation unique de matériel neuf ou stérile emballé comportant plusieurs composants en plastique, qu'il s'agisse de l'instrument ou de son conditionnement. Les associations médicales nationales devraient encourager la recherche et la diffusion de pratiques permettant de réduire ou d'éliminer l'emploi de ces éléments qui contribuent à la dégradation de l'environnement.
21. Les médecins et les associations médicales nationales devraient plaider pour la protection de l'environnement, la communication de l'ensemble des composants des produits, un développement durable, un secteur de la chimie et des hôpitaux respectueux de l'environnement au niveau local, national et continental.
22. Les médecins et les associations médicales nationales devraient appuyer l'élimination du mercure et des produits chimiques persistants, bioaccumulatifs et toxiques dans les équipements et les produits médicaux et l'arrêt de l'incinération des déchets de ces produits, qui pourrait causer une diffusion supplémentaire de substances toxiques.
23. Les médecins et les associations médicales devraient soutenir l'adoption du système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH) et 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.
24. Les médecins devraient 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.
25. Les médecins et les associations médicales devraient plaider pour le développement de

systèmes efficaces et sûrs de collecte et d'élimination des produits pharmaceutiques non consommés. Ils devraient également encourager l'introduction de systèmes efficaces de collecte et de mise au rebut des déchets en plastique.

26. Les médecins et les associations médicales devraient encourager les efforts visant à réduire la fabrication, l'utilisation des emballages et des sacs en plastique et leur remplacement par des matériaux écologiques et à stopper leur dissémination dans l'environnement. Ces efforts pourraient conduire à l'adoption de mesures encourageant le recyclage et de lois limitant l'utilisation d'emballages et de sacs en plastique.
27. Les médecins et les associations médicales devraient appuyer les efforts de réhabilitation et de remise en état de zones où l'environnement a été dégradé sur les principes du pollueur-payeur et de précaution et militer pour que ces principes soient intégrés à la législation.
28. L'AMM, les associations médicales nationales et les médecins devraient exhorter les différents services des gouvernements à collaborer pour assurer l'adoption de règlementations cohérentes.

INITIATIVE

L'AMM :

29. 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 sûre et durable des déchets dans le secteur de la santé ;
30. 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 et d'autres sources pour éviter que ces émissions n'aggravent le réchauffement climatique ;
31. 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 des systèmes de soins 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 ;
32. exhorte les organisations locales, nationales et internationales à veiller à la production durable, au remplacement par des alternatives sûres, à la création d'emplois sûrs et respectueux de l'environnement et à la consultation du personnel de santé pour assurer que les effets néfastes du développement sur la santé soient anticipés et réduits au minimum ;
33. 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 ;
34. promeut la classification environnementale des produits pharmaceutiques afin d'encourager la prescription de produits pharmaceutiques moins dangereux pour l'environnement ;

35. soutient les efforts locaux, nationaux et internationaux visant à réduire l'utilisation d'emballages et de sacs en plastique ;
36. appuie les recherches en cours sur l'effet des règlementations et du suivi des produits chimiques sur la santé humaine et l'environnement.

L'AMM recommande aux médecins :

37. de travailler à réduire la quantité de 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) ;
38. 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 ;
39. d'informer leur patientèle de l'importance d'une procédure sûre d'élimination des produits pharmaceutiques non consommés ;
40. de travailler avec d'autres personnes à combler les lacunes de la recherche au sujet de l'environnement et de la santé (poids 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 :

41. aux médecins et aux associations professionnelles d'aider à sensibiliser les professionnels comme le grand public aux conséquences des polluants chimiques utilisés dans le monde ou présents dans l'environnement sur la santé des personnes ;
42. la création d'outils permettant aux médecins d'évaluer les risques d'exposition de leurs patients à des produits chimiques ;
43. aux médecins et à aux associations médicales de créer des formations continues adaptées aux situations locales sur les symptômes, les diagnostics, les traitements et la prévention des pathologies causées par la pollution chimique et aggravées par les changements climatiques ;
44. que la santé environnementale et la médecine du travail deviennent des sujets centraux de la formation médicale ; que les facultés de médecine encouragent la formation de spécialistes en santé environnementale et en médecine du travail en nombre suffisant.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LE FLEAU MONDIAL DES MALADIES CHRONIQUES

Adopté par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

INTRODUCTION

Les maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires et circulatoires, le diabète, le cancer et les maladies pulmonaires, sont la cause majeure de décès et d'invalidité aussi bien dans les pays développés que ceux en voie de développement. Les maladies chroniques ne remplacent pas les causes actuelles des maladies et des invalidités (maladies infectieuses et traumatismes) mais s'ajoutent au fléau des maladies. Les pays en voie de développement sont maintenant confrontés au triple fléau des maladies infectieuses, des traumatismes et des maladies chroniques. Ce fléau s'aggravant, il pèse sur la capacité de nombreux pays à assurer des services de santé adéquats. Il mine aussi les efforts des pays pour accroître l'espérance de vie et favoriser la croissance économique.

Les tendances mondiales actuelles et anticipées provoqueront une augmentation des problèmes liés aux maladies chroniques. Elles incluent le vieillissement de la population, l'urbanisation, et la planification communautaire, des modes de vie de plus en plus sédentaires, des changements climatiques et un coût en croissance rapide de la technologie médicale pour traiter les maladies chroniques. La prévalence de ces maladies est étroitement liée à la croissance mondiale sociale et économique, à la mondialisation et au marketing de masse pour des aliments et autres produits nocifs pour la santé. La prévalence et le coût de prise en charge des maladies chroniques ne devraient aller qu'en augmentant dans les années à venir.

SOLUTIONS POSSIBLES

La première des solutions consiste à prévenir ces maladies. Les politiques nationales qui aideront les gens à adopter des modes de vie et des comportements sains rendront possible toutes les solutions.

Davantage d'accès aux soins primaires combiné à des programmes bien conçus et réalistes de contrôle des maladies peut grandement améliorer les soins de santé. Le partenariat des ministres de la santé avec des institutions dans les pays développés pourrait permettre de vaincre de nombreux obstacles dans les établissements les plus pauvres. Des exemples de partenariat existent dans les campagnes du Malawi, du Rwanda et d' Haïti. Dans ces centres où il n'y a pas d'oncologues, les soins sont assurés par des médecins et des infirmières. Ces équipes se chargent de la chimiothérapie des patients atteints de diverses tumeurs non incurables.

Les systèmes de formation médicale devraient être socialement plus responsables. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la responsabilité sociale des écoles de médecine comme étant l'obligation d'axer leur enseignement, leurs recherches et leurs services sur les problèmes de santé prioritaires de la communauté, la région ou la nation dont ils sont les serviteurs. Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés collectivement par les gouvernements, les organisations de soins, les professionnels de santé et le public. Il est urgent d'adopter des standards et des normes d'accréditation prônant la responsabilité sociale. La formation des médecins et des autres professionnels de santé à la délivrance de soins en cohérence avec les ressources du pays doit être à la base de toute réflexion. Dirigés par des médecins de soins primaires, les équipes de médecins, les infirmières et les travailleurs communautaires fourniront des soins basés sur des critères de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité. [Voir la « Résolution de l'AMM sur la main d'œuvre médicale"]

Renforcer les infrastructures sanitaires est essentiel pour prendre en charge le nombre croissant d'individus atteints de maladies chroniques. Ces infrastructures doivent comporter la formation de l'équipe chargée des soins de santé primaires, une amélioration des établissements, une surveillance des maladies chroniques, des campagnes de promotion de la santé publique, l'assurance qualité et l'instauration de normes de soins nationales et locales. Les ressources humaines constituent l'un des éléments essentiels d'une infrastructure sanitaire ; des professionnels de santé bien formés et motivés dirigés par des médecins de soins primaires sont essentiels pour la réussite. L'aide internationale et les programmes de développement doivent passer d'un « axe vertical » sur des maladies ou des objectifs uniques à un développement d'infrastructures sanitaires pour les soins primaires, plus durables et plus efficaces.

Note: En fonction du pays, différentes parties assumeront plus ou moins de responsabilités pour appliquer ces changements.

Aux gouvernements mondiaux:

1. encourager des stratégies globales d'immunisation

2. encourager des stratégies de lutte mondiales contre le tabac et l'alcool

3. promouvoir des modes de vie sains et instaurer des politiques en faveur de la prévention et de comportements sains

4. allouer un pourcentage fixe du budget national au développement d'infrastructures sanitaires et à la promotion de modes de vie sains.

5. promouvoir une politique commerciale qui protège la santé publique

6. promouvoir la recherche en matière de prévention et de traitement des maladies chroniques

7. Développer des stratégies mondiales pour la prévention de l'obésité.

Aux Associations Médicales Nationales:

1. travailler à créer des communautés promouvant des styles de vie sains et des comportements axés sur la prévention et à sensibiliser davantage les médecins sur de parfaits comportements de prévention des maladies;

2. proposer aux patients des stratégies d'arrêt du tabac, de contrôle du poids, des conseils sur l'abus de substances, une éducation et une assistance pour l'auto-prise en charge et des conseils diététiques;

3. promouvoir une approche d'équipe pour la prise en charge des maladies chroniques;

4. plaider en faveur d'une intégration de la prévention des maladies chroniques ainsi que des stratégies de lutte dans les politiques gouvernementales

5. investir dans des formations de qualité pour augmenter le nombre des médecins de soins primaires et les répartir équitablement dans les populations

6. fournir des ressources accessibles et de grande qualité pour la formation médicale permanente.

7. encourager l'instauration de normes basées sur la preuve pour soigner les maladies chroniques

8. établir, soutenir et renforcer les associations professionnelles pour les médecins de soins primaires

9. promouvoir la formation médicale qui répond aux besoins sociétaux;

10. promouvoir un environnement soutenant la continuité des soins délivrés dans le cadre des maladies chroniques dont l'éducation des patients et l'auto prise en charge;

11. plaider en faveur de politiques et de réglementations visant à réduire les facteurs favorisant les maladies chroniques, à savoir l'arrêt du tabac et le contrôle de la tension artérielle;

12. soutenir de solides infrastructures sanitaires publiques; et

13. soutenir l'idée que les déterminants sociaux font partie de la prévention et des soins.

Pour les écoles de médecine:

1. établir des cursus répondant aux besoins sociétaux, par ex. la responsabilité sociale;

2. se concentrer sur la mise à disposition de formations aux soins primaires mettant l'accent sur l'intégration et la continuité des spécialités en soins primaires dont la médecine familiale;

3. fournir des lieux d'éducation aux soins primaires axés et basés sur la communauté afin que les étudiants acquièrent les bases sur les infrastructures sanitaires dédiées aux maladies chroniques et à la continuité des soins;

4. créer des services de médecine familiale de même niveau académique dans les universités; et

5. promouvoir le recours à des méthodologies de formation interdisciplinaires et autres axées sur la collaboration dans le cadre des programmes de formation primaire et continue;

6. inclure l'enseignement de la prévention des maladies chroniques dans le cursus général.

Aux médecins:

1. travailler à mettre en place des communautés promouvant des styles de vie sains et des comportements axés sur la prévention;

2. proposer aux patients des stratégies d'arrêt du tabac, de contrôle du poids, des conseils sur l'abus de substances, une éducation et une assistance pour l'auto-prise en charge et des conseils diététiques;

3. promouvoir une approche d'équipe pour la prise en charge des maladies chroniques;

4. assurer la continuité des soins pour les patients ayant des maladies chroniques;

5. servir de modèle en matière de comportement préventif en se maintenant personnellement en bonne santé;

6. devenir les avocats de la communauté pour de positifs déterminants sociaux de la santé et pour les meilleures méthodes de prévention;

7. travailler avec les parents et la communauté pour veiller à ce qu'ils disposent des meilleurs conseils pour préserver la santé de leurs enfants.

8. Les médecins devraient coopérer avec les associations de patients pour concevoir et assurer une éducation dédiée à la prévention.

RECOMMANDATION SUR LA MISE AU POINT DE SIGNALEMENT PERMETTANT DE VERIFIER L'ADHESION DES ETATS A LA DÉCLARATION DE TOKYO

Adoptée par la 62e Assemblée Générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

L'AMM fait les recommandations suivantes:

1. Là où les médecins travaillent dans des situations de double loyauté, il faut leur apporter une aide afin de veiller à ce qu'ils ne retrouvent pas dans une situation pouvant les conduire à violer l'éthique médicale ou à ne pas avoir une conduite éthique et/ou à occulter les droits humains, comme stipulé dans la Déclaration de Tokyo.

2. Les Associations médicales nationales (AMN) devraient offrir leur assistance aux médecins placés dans des situations difficiles et si possible sans que ne soient mis en danger les patients ou les médecins, aider les personnes à signaler les cas de violations des droits de santé des patients et de l'éthique professionnelle des médecins, dans les établissements pénitentiaires.

3. L'AMM devrait étudier les preuves disponibles sur des cas que ses membres lui auront communiqués concernant des états qui violent les codes relatifs aux droits humains et/ou qui contraignent les médecins à violer la Déclaration de Tokyo. L'AMM devrait transmettre de tels cas aux autorités concernées sur le plan national et international.

4. L'AMM devrait contacter les associations membres et les encourager à enquêter sur les médecins accusés d'implication dans des tortures et d' abus similaires des droits humains qui lui auront été signalés par des sources fiables. Elle devrait aussi encourager les associations à signaler notamment les médecins éventuellement en danger et ayant besoin d'une aide. L'AMM devrait aider les AMN nationales et leurs membres à résister à de telles violations et dans toute la mesure du possible ne pas déroger à leurs convictions éthiques.

5. L'AMM devra encourager et aider les AMN qui demandent à qu'un rapporteur spécial enquête (ou d'autres personnes ou organisations) lorsque ces AMN et leurs membres s'inquiètent avec raison.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA PROTECTION ET L'INTEGRITE DU PERSONNEL MEDICAL DANS LES CONFLITS ARMES ET AUTRES SITUATIONS DE VIOLENCE

Adopté par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

PREAMBULE

Pendant les guerres et les conflits armés, les hôpitaux et les autres centres médicaux ont souvent été attaqués et mal utilisés, les patients et le personnel médical tués ou blessés[1]. De telles attaques constituent une violation des Conventions de Genève (1949), des Protocoles additionnels aux Conventions de Genève (1977) et du Règlement de l'AMM en temps de guerre (2006).

L'Association Médicale Mondiale (AMM) a vivement condamné les attaques signalées à l'encontre du personnel médical et des établissements dans les conflits armés. Les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels du Comité international de la Croix Rouge (CICR) doivent servir à protéger le personnel médical dans les conflits armés internationaux et non internationaux. Les belligérants ont le devoir de ne pas intervenir au niveau des soins médicaux prodigués aux combattants et civils blessés ou malades et de ne pas attaquer, menacer ou entraver le travail du personnel médical. Il faut préserver la neutralité des médecins et des autres personnels de santé doivent être considérés comme neutres et doivent pas être empêchés d'accomplir leurs tâches.

Le manque de signalement et de documentation systématiques de la violence à l'encontre du personnel médical et des installations constitue une menace pour les civils et le personnel militaire. La mise au point de stratégies de protection et les efforts accomplis pour améliorer le respect des lois de guerre seront entravés tant que de telles informations ne sont pas disponibles.

PRISE DE POSITION

L'Association Médicale Mondiale (AMM) condamne toutes les attaques et les abus à l'encontre du personnel médical, des établissements et des véhicules dans les conflits armés. Ces attaques mettent gravement en danger les personnes ayant besoin d'aide et peuvent conduire les médecins et les autres personnels de santé à quitter la zone de conflit avec pour conséquence une pénurie de personnel médical.

Aujourd'hui, aucune partie n'est en charge de la collecte des données relatives aux attaques du personnel médical et des établissements médicaux. La collecte de données après des

attaques est capitale pour identifier la cause de ces attaques à l'encontre du personnel médical et des établissements médicaux. De telles données sont importantes pour comprendre la nature des attaques et prendre les mesures qui s'imposent pour les prévenir à l'avenir. Toutes les attaques doivent faire l'objet d'une enquête minutieuse et ceux qui sont responsables des violations des Conventions et des Protocoles de Genève doivent être poursuivis devant les tribunaux.

L'AMM demande que à ce que des instances internationales adéquates établissent des mécanismes avec les ressources nécessaires pour collecter et diffuser les informations concernant les attaques de médecins, des autres personnels soignants et des installations médicales dans le cadre des conflits armés. De tels mécanismes pourraient inclure la création d'un nouveau poste de rapporteur aux NU sur l'indépendance et l'intégrité des professionnels de santé Comme stipulé dans la proposition de l'AMM pour un rapporteur sur l'indépendance et l'intégrité des professionnels de santé (1997), « Le nouveau rapporteur serait chargé de veiller à ce que les médecins soient autorisés à se déplacer librement et à ce que les patients aient accès à un traitement médical sans discrimination en matière de nationalité ou d'origine ethnique, dans les zones de guerre ou dans des situations de tension politique.

Lorsqu'un système de signalement sera établi, l'AMM recommande aux organisations membres de signaler les conflits armés dont elles auront connaissance.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Adoptée par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Octobre 2011

Les déterminants sociaux de la santé sont : les conditions de naissance, de croissance, de vie, de travail et d'âge ainsi que l'impact de la société sur ces conditions. Les déterminants sociaux de la santé influencent beaucoup à la fois la qualité de vie dont la santé et la probabilité de mener une grande partie de sa vie sans handicap. Les soins tentent de réparer les dommages causés par un état de santé prématurément déficient mais les facteurs sociaux, culturels, environnementaux, économiques et autres sont les causes majeures du taux de progression des maladies et notamment de l'ampleur des inégalités sociales.

Historiquement, le rôle premier des médecins et des autres professionnels de santé a été de traiter les malades - un rôle vital et très apprécié dans toutes les sociétés. Dans une moindre mesure, les professionnels de santé se sont penchés sur les expositions individuelles aux agents pathogènes - le tabac, l'obésité et l'alcool dans les maladies chroniques, par exemple. Ces aspects habituels d'un mode de vie peuvent être considérés comme des causes « secondaires » de maladie.

Le travail sur les déterminants sociaux dépasse largement les causes secondaires et consiste à étudier les « causes des causes ». Le tabac, l'obésité, l'alcool, un mode de vie sédentaire sont pathogènes. Une approche des déterminants sociaux de la santé s'attaque aux causes de ces causes et se penche en particulier sur la manière dont celles-ci participent aux inégalités sociales en matière de santé. Cette approche se concentre non seulement sur les comportements individuels mais tente de déterminer les circonstances sociales et économiques à l'origine d'un état de santé prématurément déficient, tout au long d'une vie:

Le développement précoce de l'enfant, l'éducation, le travail et les conditions de vie ainsi que les causes structurelles donnant naissance à ces conditions d'existence et de travail. Dans de nombreuses sociétés, des comportements défavorables à la santé sont fonction de l'échelle sociale : plus les gens sont dans le bas de cette échelle socio-économique, plus ils fument, plus ils s'alimentent mal et moins ils ont d'activité physique. Une cause essentielle mais pas unique de la répartition sociale de ces causes est le niveau d'éducation. D'autres exemples spécifiques de traitement des causes de ces causes: le prix et la disponibilité qui sont les éléments clés de la consommation d'alcool; la taxation, l'étiquetage, l'interdiction de la publicité et l'interdiction de fumer dans les lieux publics qui s'est avérée avoir un impact efficace sur la consommation de tabac. La voix de la profession médicale a été très importante dans ces exemples de prise en charge des causes de ces causes.

Il y a mondialement un mouvement croissant cherchant à traiter ces grandes inégalités en matière de santé et d'espérance de vie en agissant au niveau des déterminants sociaux de la santé. Ce mouvement a impliqué l'Organisation Mondiale de la Santé, plusieurs gouvernements, les organisations de la société civile et les académies. Des solutions ont été recherchées et les connaissances ont été partagées. Les médecins devraient être des participants bien informés dans ce débat. Beaucoup de choses peuvent se faire dans le cadre de l'exercice médical qui peuvent être utiles directement et par un travail avec d'autres secteurs. La profession médicale peut plaider en faveur d'une action sur ces conditions sociales qui ont un impact important sur la santé.

L'AMM pourrait contribuer de manière significative à ces efforts mondiaux de prise en considération des déterminants sociaux en aidant les médecins, d'autres professionnels de santé et les Associations Médicales Nationales à comprendre ce que nous enseigne l'évidence actuelle et ce qui fonctionne dans telle ou telle situation. Elle pourrait aider les médecins à pratiquer un lobbying plus efficace au sein de leurs pays et au delà des frontières et à veiller à ce que les connaissances et les compétences médicales soient partagées.

L'AMM devrait contribuer à recenser des exemples qui fonctionnent et aider à impliquer les médecins et les autres professionnels de santé pour tenter des solutions innovantes. Elle devrait coopérer avec les associations nationales pour éduquer et informer leurs membres et mettre la pression sur les gouvernements afin qu'ils prennent les mesures requises pour essayer de minimiser les causes fondamentales associées à un état de santé prématurément déficient. En Grande Bretagne, par exemple, le gouvernement a publié un document de référence sur la santé publique dont l'objectif principal est de réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé ; plusieurs in-stances locales ont établi des plans d'action; il y a de bons exemples de pratique global qui montrent que le travail plurisectoriel améliore la qualité de vie des individus et réduit donc les inégalités en matière de santé. L'AMM devrait collecter des exemples de bonne prati-que auprès de ses membres et promouvoir la poursuite du travail dans ce domaine.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'ETHIQUE PROFESSIONELLE ET L'USAGE ETHIQUE DES MEDIAS SOCIAUX

Adoptée par la 62e Assemblée Générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

DÉFINITION

Les medias sociaux font généralement référence à un terme collectif valant pour différentes plates-formes et applications permettant aux utilisateurs de gérer eux-mêmes le contenu créé et partagé électroniquement.

PREAMBULE

Les objectifs de la politique proposée sont les suivants :

- Etudier les enjeux professionnels et éthiques liés à l'usage croissant des médias sociaux par les médecins, les étudiants en médecine et les patients.
- Etablir un cadre pour la protection de leurs intérêts respectifs.
- Préserver la confiance et la réputation en conservant de hautes normes professionnelles et éthiques.

L'utilisation des médias sociaux fait partie du quotidien pour des millions de personnes dans le monde dont les médecins, les étudiants en médecine et les patients.

Des outils de collaboration interactifs comme les Wikis, les réseaux sociaux, les forums et les blogs ont fait des internautes passifs des internautes actifs. Ces outils visent à rassembler, partager et diffuser des informations personnelles dont des informations sur la santé, à se faire des amis, à entrer en contact avec des amis, des parents et des professionnels etc. Ils peuvent servir à demander des conseils médicaux. Des patients souffrant de maladies chroniques peuvent partager leur expérience. De tels outils peuvent aussi servir à la recherche, à la santé publique à l'éducation et à la promotion professionnelle directe ou indirecte.

Leur les aspects positifs des medias sociaux devraient être reconnus comme un moyen de promouvoir un mode de vie sain, de donner le pouvoir aux patients et de réduire leur isolement.

Domaines pouvant nécessiter une attention particulière :

- Des contenus sensibles, des photographies ou d'autres éléments personnels mis en ligne sur des forums Internet sont souvent accessibles au public et peuvent demeurer

sur Internet en permanence. Les personnes peuvent ne pas avoir le contrôle sur la destination finale d'éléments mis en ligne.

- Les portails de patients, les blogs et les sites de discussion ne remplacent pas une consultation en tête à tête avec des médecins mais peuvent permettre une implication plus active auprès des services de santé parmi certains groupes. Les « amitiés » en ligne avec des patients peuvent aussi altérer la relation patient-médecin et aboutir à ce que soient divulguées par le médecin et le patient des informations inutiles et éventuellement problématiques.
- La vie privée de chacune des parties peut être compromise en l'absence de mesures de préservation de la vie privée ou par une utilisation inappropriée ; les sites de media sociaux peuvent modifier les réglages par défaut concernant la protection de la vie privée de manière unilatérale, sans que l'utilisateur ne le sache. Les media sociaux peuvent aussi mettre des communications à disposition de tiers.

Les parties intéressées comme par ex. les employeurs actuels ou futurs, les compagnies d'assurance, les entreprises commerciales peuvent surveiller ces sites Internet avec différents objectifs, par ex. pour mieux comprendre les besoins et les attentes des clients, pour établir le profil des candidats à un emploi, pour améliorer un produit ou un service etc.

RECOMMANDATIONS

L'AMM exhorte ses AMN à établir des directives pour les médecins concernant les questions suivantes:

1. Respecter les limites qui s'imposent dans la relation patient-médecin conformément aux directives professionnelles et éthiques, tout comme il le ferait dans n'importe quel autre contexte.

2. Etudier soigneusement et comprendre les clauses de protection de la vie privée sur les sites des réseaux sociaux, en ayant à l'esprit leurs limites.

3. Pour les médecins, contrôler de manière routinière leur présence sur Internet afin de s'assurer que les informations personnelles et professionnelles sur leur propre site et dans une certaine mesure que les contenus mis en ligne sur eux-mêmes par d'autres soient exactes et appropriées.

4. Tenir compte de l'audience ciblée et vérifier s'il est techniquement possible de restreindre l'accès du contenu à des personnes ou des groupes prédéfinis.

5. Adopter une approche prudente lors de la divulgation d'informations personnelles car les patients peuvent avoir accès à leur profil. Les barrières qui devraient exister entre les médecins et les patients peuvent de ce ne pas remplir leur rôle. Les médecins devraient reconnaître les risques potentiels des media sociaux et les accepter et soigneusement sélectionner leurs destinataires et les réglages concernant la protection de la vie privée.

6. Fournir des informations factuelles et précises, déclarer tout conflit d'intérêts et adopter un ton sobre lors des discussions de nature professionnelle.

7. Assurer qu'aucune information permettant d'identifier un patient soit mise en ligne sur un media social par son médecin. Violer la confidentialité sape la confiance du public dans la profession médicale et constitue un handicap pour bien soigner les patients.

8. Attirer l'attention des étudiants en médecine et des médecins sur le fait que les informations qu'ils mettent en ligne peuvent aussi jouer sur la perception de leur profession par le public.

9. Réfléchir à l'introduction de programmes éducatifs avec des études de cas et des directives appropriées dans le cursus de médecine et la formation permanente.

10. Faire part de leurs inquiétudes à un confrère lorsqu'ils observent de sa part un comportement inapproprié. Si le comportement viole de manière significative les normes professionnelles et que la personne n'agit pas pour résoudre cette situation, les médecins devraient signaler ce comportement aux autorités compétentes.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES CIGARETTES ELECTRONIQUES ET AUTRES SYSTÈMES D'ADMINISTRATION ELECTRONIQUE

Adoptée par la 63e Assemblée Générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

PREAMBULE

Les cigarettes électroniques (e-cigarettes) sont des produits conçus pour fournir de la nicotine à un consommateur sous la forme de vapeur. Elles sont habituellement composées d'un élément chauffant fonctionnant sur pile et rechargeable, d'une cartouche remplaçable contenant de la nicotine et/ou d'autres produits chimiques ainsi que d'un atomiseur qui, porté à température, transforme le contenu de la cartouche en vapeur (pas en fumée). Cette vapeur est alors inhalée par l'utilisateur. Ces produits ont souvent l'aspect d'un objet quotidien, comme par ex. un stylo et une clé USB.

Il n'existe aucune définition normalisée des e-cigarettes et les fabricants optent pour différents designs et différents ingrédients. Les procédures de contrôle de la qualité inhérentes à la fabrication de ces produits sont inférieures aux normes ou inexistantes. Peu d'études ont été menées pour analyser le niveau de nicotine fourni à l'utilisateur et la composition de la vapeur émise.

Les fabricants et les distributeurs des e-cigarettes prétendent souvent que l'utilisation de leurs produits est une alternative sûre à la cigarette classique, notamment parce qu'ils ne produisent pas de fumée cancérigène. Il n'existe cependant aucune étude confirmant que la vapeur n'est pas cancérigène et il y a d'autres risques potentiels liés à l'utilisation de ces systèmes: Attrait pour les enfants, notamment lorsqu'un arôme de fraise ou de chocolat est ajouté aux cartouches. Les e-cigarettes peuvent accroître l'addiction des jeunes à la nicotine et leur utilisation peut les mener à expérimenter d'autres produits à base de tabac.

Les fabricants et les distributeurs trompent les gens en leur faisant croire que ces systèmes sont des solutions pouvant se substituer aux techniques de sevrage tabagique scientifiquement avalisées, avec pour conséquence de différer l'arrêt effectif du tabac. Les e-cigarettes n'ont rien de comparable avec les méthodes de sevrage tabagique scientifiquement avalisées. Leur dosage, fabrication et ingrédients ne sont pas fiables ou clairement étiquetés. Une extension de marque en utilisant des cigarettes connues doit être déplorée.

La quantité de nicotine émise n'est pas connue pas plus que le niveau d'absorption ce qui potentiellement génère des taux toxiques de nicotine au sein du système. Ces produits peuvent aussi contenir d'autres ingrédients toxiques pour les êtres humains.

Une exposition toxique potentiellement très élevée à la nicotine des enfants, soit par ingestion soit par absorption cutanée, car les cartouches de nicotine et le liquide rechargeable sont disponibles sur internet et ne sont pas vendus dans des emballages inviolables par un enfant.

En l'absence d'études chimiques et animales rigoureuses et d'essais cliniques sur les e-cigarettes commercialisées, ni leur efficacité thérapeutique pour cesser de fumer ni leur innocuité en tant que substitut au tabac n'est établie. Le manque de tests du produit ne permet pas de conclure que les e-cigarettes sont inoffensives même si elles délivrent moins de substances dangereuses que les cigarettes classiques.

Les tests cliniques, les études sur de larges populations et des analyses complètes des ingrédients et des procédés de fabrication des e-cigarettes sont nécessaires pour déterminer leur innocuité, leur fiabilité et leur impact en tant qu'outils cliniques ou alternatives efficaces à la consommation de tabac.

RECOMMENDATIONS

Soumettre la fabrication et la vente des e-cigarettes et des autres systèmes de distribution de nicotine aux instances nationales de régulation avant approbation, en se basant sur les tests et la recherche, soit en tant que nouvelle forme de produit à base de tabac soit en tant que dispositif d'administration de médicaments.

La commercialisation des e-cigarettes en tant que méthode efficace pour le sevrage tabagique doit reposer sur la preuve et l'approbation des instances de régulation étayée par des données sûres et fiables.

Intégrer les e-cigarettes et les autres systèmes de distribution de nicotine dans la réglementation sur l'interdiction de fumer.

Les médecins devraient informer leurs patients des risques liés aux e-cigarettes même si les autorités de régulation n'ont pas pris de position sur l'efficacité et la sécurité de ces produits.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES IMPLICATIONS ETHIQUES DES ACTIONS COLLECTIVES DE MÉDECINS

Adoptée par la 63e Assemblée Générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

PRÉAMBULE

Ces dernières années, dans les pays où la satisfaction des médecins relative à leurs conditions de travail a décliné, il est de plus en plus fréquent de les voir organiser des actions collectives.

Les médecins peuvent mener des actions de protestation et de sanctions afin d'améliorer les conditions de travail directes et indirectes, également susceptibles d'avoir des conséquences sur les soins aux patients. Les médecins doivent considérer non seulement leur devoir vis-à-vis des patients mais aussi leur responsabilité quant à l'amélioration des systèmes afin que ces derniers répondent aux exigences d'accessibilité et de qualité.

Au delà de leurs obligations professionnelles, les médecins sont aussi souvent des employés. Des tensions peuvent se produire entre le devoir des médecins de ne pas nuire et les droits de ces derniers en tant qu'employés. Les grèves de médecins ou d'autres formes d'actions collectives donnent donc souvent lieu à des débats publics sur les enjeux éthiques et moraux. Cette prise de position tente de traiter ces questions.

RECOMMANDATIONS

L'Association Médicale Mondiale recommande aux Associations Médicales Nationales (AMN) d'adopter les directives suivantes pour les médecins en matière d'actions collectives:

Les médecins participant à une action collective ne sont pas exemptés de leurs obligations éthiques ou professionnelles envers les patients.

Même si l'action menée n'est pas organisée ou associée à l'Association Médicale Nationale, cette dernière devrait s'assurer que le médecin est conscient de ses obligations éthiques et les respecte.

Dans la mesure du possible, les médecins devraient faire pression pour la mise en place de réformes par des manifestations publiques non violentes, par des actions de lobbying et par des campagnes d'information ou des négociations ou des médiations.

Lorsqu'elles sont impliquées dans des actions collectives, les AMN devraient faire en sorte de minimiser les nuisances pour le public et veiller à ce que les services de santé indispensables et les urgences ainsi que la continuité des soins soient assurés pendant toute la période de grève. De plus, les AMN devraient agir en faveur de mesures destinées au traitement des cas exceptionnels.

Lorsqu'elles sont impliquées dans des actions collectives, les AMN devraient fournir des informations permanentes et actualisées à leurs patients et au public concernant les revendications liées au conflit et les actions entreprises. Le public doit être informé en temps utile sur les actions de grève et les restrictions éventuelles sur les soins.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA STÉRILISATION FORCÉE ET CONTRAINTE

Adoptée par la 63e Assemblée Générale, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

L'AMM confirme qu'aucune personne, quel que soit son sexe, son appartenance ethnique, son statut socio-économique, ses éventuelles pathologies ou ses handicaps, ne devrait subir une stérilisation permanente forcée ou contrainte.

Toute une série de solutions contraceptives, dont la stérilisation, devraient être accessibles et abordables pour chaque individu. L'Etat pourrait avoir un rôle à jouer, en veillant à ce que de telles solutions soient disponibles de concert avec des organisations privées, caritatives et du secteur tertiaire. La décision de recourir à une contraception, y compris la stérilisation, doit être la décision exclusive de la personne concernée.

Comme pour tout autre traitement médical, la stérilisation devrait avoir lieu uniquement sur un patient compétent après un choix éclairé et l'obtention d'un consentement libre et valable de la personne concernée. Dans le cas d'un patient incompétent, le traitement doit faire l'objet d'une décision valable en accord avec les exigences légales pertinentes et les normes éthiques de l'AMM, avant d'être effectué. La stérilisation de celles et ceux incapables de donner leur consentement devrait être extrêmement rare et effectuée uniquement avec le consentement du décideur substitut.

Le consentement devrait être obtenu lorsque le patient n'est pas confronté à une urgence médicale ou à une autre situation de stress majeur.

L'AMM condamne les pratiques par lesquelles un Etat ou tout autre acteur à tente de contourner les exigences éthiques nécessaires à l'obtention d'un consentement libre et valable.

Le consentement à une stérilisation ne devrait pas être lié à des incitations matérielles ou sociales susceptibles de porter préjudice à la liberté de choix et ne devrait pas être une condition pour bénéficier d'autres soins médicaux (y compris l'avortement médicalisé), d'avantages sociaux, d'une assurance ou de bénéfices institutionnels ou autres.

L'AMM demande aux associations médicales nationales de plaider pour interdire la stérilisation forcée ou contrainte dans leur propre pays et dans le monde.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Adoptée par la 63e Assemblée Générale, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012
et révisée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Les progrès de la médecine, notamment des techniques chirurgicales, de la détermination des groupes tissulaires et des médicaments immunosuppresseurs ont permis d'augmenter de manière significative le taux de succès des transplantations d'organes et de tissus humains. Dans tous les pays, la pénurie de donneurs d'organes a toutefois pour conséquence que des décès ne peuvent être évités. Les Associations médicales nationales devraient encourager les tentatives visant à accroître le nombre de donneurs d'organes dans leurs pays tout en veillant à ce que les plus hautes normes éthiques soient préservées. L'Association médicale mondiale a conçu cette politique pour aider les associations médicales, les médecins, les autres prestataires de soins et les décideurs politiques à atteindre cet objectif.

   Cette politique est basée sur un nombre de principes éthiques clés : altruisme, autonomie, bienfaisance, équité et justice. Ces principes devraient guider les personnes qui sont chargées d'élaborer des politiques nationales et celles qui en bénéficient aux fins de l'obtention d'organes et de la distribution et transplantation d'organes de donneurs. Tous les systèmes et procédés devraient être transparents et ouverts à un contrôle.

   Cette prise de position s'applique au don d'organes et de tissus à la fois des personnes décédées et des donneurs en vie. Elle ne traite pas du don de sang.

SENSIBILISATION DU PUBLIC

2. Il est important que les gens prennent conscience qu'ils ont la possibilité de faire un don et de choisir de donner ou non des organes ou des tissus avant ou après leur mort. La prise de conscience et le choix devraient être facilités via une approche coordonnée et multidimensionnelle, par toutes les parties intéressées et par des moyens dont la sensibilisation par les médias et des campagnes publiques. En élaborant de telles campagnes, il convient de prendre en compte toutes les sensibilités religieuses ou culturelles de l'audience ciblée.

3. Par des campagnes de sensibilisation, la population devrait être informée des bénéfices de la transplantation, de l'impact sur la vie de ceux qui sont en attente d'une greffe et de la pénurie d'organes disponibles. Les gens devraient être encouragés à réfléchir à

leurs propres souhaits en matière de don, à discuter de leurs souhaits avec leur famille et amis et à utiliser les mécanismes existants pour les consigner de manière formelle en choisissant d'être, ou non, donneur.

4. L'AMM se déclare en faveur du choix éclairé du donneur. Dans des pays ayant adopté ou envisageant une politique de « consentement présumé », c'est-à-dire qui prévoit que sauf stipulation contraire, la personne est supposée volontaire pour faire un don, ou de « choix mandaté » c'est-à-dire lorsque toutes les personnes sont priées de déclarer si elles veulent faire un don, les Associations médicales nationales doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour veiller à ce que de telles politiques soient rendues publiques et ne limitent pas le choix éclairé du donneur, y compris le droit du patient de ne pas donner.

5. Il conviendrait de créer des registres nationaux de donneurs pour établir et maintenir une liste de citoyens qui ont choisi soit de donner, soit de ne pas donner leurs organes ou leurs tissus. Un tel registre doit protéger la vie privée et la possibilité pour chaque personne d'avoir un droit de regard sur la compilation, l'utilisation, la divulgation et l'accès à ses données de santé, à d'autres fins. Des dispositions doivent exister afin que la décision de s'enregistrer soit bien informée et que les personnes qui s'enregistrent puissent se retirer des listes facilement, rapidement et sans pénalité.

6. Le don d'organes de son vivant est une composante de plus en plus importante des programmes de transplantation dans de nombreux pays. La plupart des dons de son vivant se font au bénéfice des proches ou de personnes dont on est émotionnellement proches et peu de gens donnent à des personnes qu'ils ne connaissent pas, mais leur nombre augmente malgré tout. Cela dit, le don d'organes de son vivant n'est pas sans risque pour la santé et des contrôles et des précautions sont de rigueur. Les informations visant à faire savoir qu'il est possible de faire un don d'organe de son vivant devraient être soigneusement rédigées afin de ne pas faire pression sur les éventuels donneurs et de réduire les risques de coercition, financière ou autre. Les donneurs potentiels devraient savoir où trouver des informations détaillées sur ce qu'implique le don, devraient être informés sur les risques y afférents et savoir qu'il existe des mesures de précaution pour protéger les donneurs.

PROTOCOLES POUR LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS PRÉLEVÉS SUR DES DONNEURS DÉCÉDÉS

7. L'AMM encourage ses membres à soutenir l'établissement de protocoles complets et coordonnés au niveau national pour l'obtention d'organes et de tissus, en consultation et en coopération avec toutes les parties intéressées. Les questions éthiques, culturelles et sociétales liées au don et à la transplantation devraient être réglées, si possible, via un processus ouvert impliquant un débat public étayé par des preuves solides.

8. Les protocoles nationaux devraient fournir des informations détaillées sur l'identification, les références et la gestion des donneurs potentiels ainsi que sur la communication avec les proches des personnes décédées. Les protocoles devraient défendre les principes clés suivants :

- La décision d'interrompre ou d'arrêter un traitement destiné à prolonger la vie devrait reposer sur une évaluation des bénéfices de ce traitement pour le patient. Une telle décision doit être totalement indépendante de toute décision de don et doit être considérée comme telle.
- Le constat du décès devrait être établi selon les directives nationales et comme souligné dans la déclaration de Sydney de l'AMM sur la détermination de la mort et le prélèvement d'organes.
- L'équipe soignante et l'équipe chargée de la greffe devraient être deux équipes bien distinctes. En particulier, le médecin qui constate ou certifie le décès d'un donneur potentiel ne devrait pas être impliqué dans la procédure de transplantation. Il ne devrait pas non plus avoir la responsabilité de soigner le receveur d'organe.
- Les pays qui effectuent des dons après une mort cardiaque ou circulatoire devraient disposer de protocoles spécifiques et détaillés pour cette procédure.
- Lorsqu'une personne a exprimé un souhait clair et déterminé de donner ses organes ou ses tissus après sa mort, des mesures devraient être prises pour faciliter cette volonté autant que possible. Cette responsabilité incombe à l'équipe traitant le patient mourant.
- L'AMM considère que les souhaits du donneur potentiel sont prioritaires. Les parents et les proches du patient devraient être vivement encouragés à défendre le souhait exprimé avant sa mort de donner des organes ou des tissus. Lorsque cela est possible, il est souhaitable d'aborder ces sujets avant le décès du patient.
- Les personnes chargées d'en parler avec le patient, les membres de la famille ou d'autres personnes désignées pour prendre des décisions sur le don d'organes et de tissus devraient avoir à la fois les connaissances, les compétences et la sensibilité requises pour prendre part à ce type d'entretien. Les étudiants en médecine et les médecins en exercice devraient s'efforcer de se former à cette tâche et les autorités appropriées devraient fournir les ressources nécessaires pour assurer une formation correcte.
- Le don doit n'être soumis à aucune condition. Dans des cas exceptionnels, la demande de donneurs potentiels ou de personnes désignées pour décider à leur place souhaitant qu'un organe ou un tissu soit donné à un bénéficiaire particulier peut être prise en compte si la législation nationale le permet. Les donneurs cherchant à instaurer des conditions qui pourraient être discriminatoires vis-à-vis de certains groupes devraient être refusés.

9. Les hôpitaux et les autres institutions où sont réalisés des dons devraient veiller à ce que les protocoles de don soient rendus publics auprès de ceux qui sont susceptibles de les utiliser et veiller à ce que les ressources soient disponibles pour leur application. Ils devraient également encourager une culture favorable au don, pour qu'au sein de l'institution, la vérification d'une éventuelle déclaration de don devienne une procédure habituelle plutôt qu'une exception lorsqu'un patient décède.

10. Les coordinateurs d'une transplantation ont un rôle capital à jouer dans le don d'organes. Ils sont les intermédiaires clés entre la famille en deuil et l'équipe chargée de la prise en charge du don. Habituellement, ils s'occupent de la logistique complexe qui permet que le don puisse avoir lieu. Leur rôle doit être reconnu et soutenu.

11. Le don d'un organe d'une personne décédée devrait être considéré comme un cadeau, librement et volontairement offert. Il devrait impliquer le consentement volontaire et sans contrainte, donné par la personne avant son décès (en se déclarant donneur ou non donneur, en fonction de la juridiction) ou sur l'autorisation volontaire des proches du patient décédé si les souhaits de la personne n'étaient pas connus. L'AMM s'oppose fermement à la commercialisation des dons et des transplantations.

12. Les donneurs potentiels ou les personnes qui peuvent prendre à leur place les décisions concernant leur santé devraient bénéficier d'informations suffisamment précises et pertinentes, y compris par l'intermédiaire de leurs médecins généralistes. Normalement, ces informations devraient comporter les éléments suivants :

    - les procédures et les définitions liées à la détermination du décès ;
    - les tests à effectuer pour déterminer la compatibilité des organes ou des tissus pour les greffes et les éventuels risques imprévisibles pour les donneurs potentiels et leurs familles ;
    - les mesures éventuellement nécessaires pour préserver la fonction des organes jusqu'à la mort et la greffe ;
    - le devenir du corps une fois le décès constaté ;
    - les organes et tissus qui peuvent être donnés ;
    - le protocole qui sera suivi dans l'éventualité d'un refus de don de la part de la famille ;
    - la possibilité de retirer son consentement et la marche à suivre pour ce faire.

13. Les donneurs potentiels ou les personnes habilitées à prendre à leur place les décisions qui les concernent en matière de santé devraient pouvoir poser des questions sur le don et devraient obtenir une réponse compréhensible et formulée avec tact.

14. Lorsqu'on compte prélever à la fois des organes et des tissus sur le donneur, il convient de donner les informations correspondantes et d'obtenir le consentement des proches de la personne décédée pour les deux à la fois, afin de réduire, autant que possible, leur détresse et leur trouble.

15. Dans certaines parties du monde, la famille du donneur reçoit une contribution pour les frais funéraires. Cela peut être vu soit comme une reconnaissance de leur acte altruiste soit comme une rémunération compromettant le caractère volontaire et altruiste du don. L'interprétation peut en partie dépendre de la façon dont le don est fait et géré. Si l'on envisage un tel système, il est nécessaire de veiller à ce que les principes clés de l'altruisme, de l'autonomie, de la bienfaisance, de l'équité et de la justice soient respectés.

16. La prise de décision libre et éclairée nécessite non seulement de disposer d'informations, mais également de ne pas subir de coercition. Tout soupçon de pression ou de contrainte doit être dissipé avant que ne soit prise la décision de donner ou non des organes ou des tissus.

17. Les détenus et les autres personnes qui sont incarcérées dans une quelconque institution devraient avoir la possibilité de faire un don d'organe après leur décès à condition que toutes les précautions aient été prises pour assurer que ce don est conforme à leur volonté préalable et non contrainte. Lorsque le détenu ou la personne incarcérée n'est pas en mesure de donner son consentement, il convient que

l'autorisation soit donnée par un membre de sa famille ou une autre personne habilitée à prendre cette décision. Une telle autorisation ne saurait prévaloir sur un refus ou un retrait préalable du consentement.

18. Le décès doit être lié à une cause naturelle et vérifiable.

19. Dans les juridictions où la peine de mort est appliquée, les prisonniers exécutés ne doivent pas être considérés comme des donneurs d'organes et/ou de tissus. Il peut y avoir des cas particuliers où les prisonniers agissent volontairement et sans pression, mais il est impossible de mettre en place des précautions adéquates pour protéger systématiquement les détenus contre la coercition.

ATTRIBUTION D'ORGANES DE DONNEURS DÉCÉDÉS

20. L'AMM considère que des politiques explicites, accessibles au public, devraient exister sur tous les aspects du don et de la greffe d'organes et/ou de tissus, y compris la gestion des listes de malades en attente de greffe afin d'assurer une attribution juste et adaptée.
21. Les politiques de gestion des listes d'attente devraient être efficaces et loyales. Les critères à prendre en compte dans l'attribution d'organes ou de tissus comprennent :

    - la gravité et l'urgence des besoins médicaux ;
    - le temps de présence sur la liste ;
    - les chances médicales de réussite de la greffe, mesurées via des facteurs tels que le type de maladie, les améliorations probables de la qualité de vie, les autres complications et l'histocompatibilité.

22. Il ne saurait y avoir aucune discrimination basée sur le statut social, le mode de vie ou le comportement. Aucun critère non médical ne saurait être pris en compte.

PROTOCOLES APPLICABLES AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS PRÉLEVÉS SUR DES DONNEURS VIVANTS

23. Le don de son vivant est de plus en plus fréquent, pour pallier la pénurie d'organes de donneurs décédés. Dans la plupart des cas, les donneurs fournissent des organes à un membre de leur famille ou à une personne dont ils sont émotionnellement proches. Un petit nombre de personnes choisissent de donner un organe par altruisme à un inconnu. Il existe également la possibilité du don croisé ou collectif : un ou plusieurs ensembles de donneurs/receveurs sont incompatibles entre eux, mais font un don à une personne et leur proche reçoit d'une autre personne (par exemple, le donneur A donne au receveur B, le donneur B donne au receveur C et le donneur C donne au receveur A).

24. Les donneurs potentiels devraient avoir des informations précises et à jour sur la procédure et les risques liés au don et devraient pouvoir en discuter en privé avec un membre de l'équipe soignante ou un conseiller. Normalement, ces informations comprennent :

- les risques que suppose le fait d'être un donneur vivant ;
- les tests menés pour évaluer la compatibilité du donneur et les problèmes de santé non anticipés ;
- ce qui se passe avant, pendant et après le don ;
- dans le cas d'organes solides, les conséquences à long terme d'une vie sans l'organe donné.

25. Les donneurs potentiels devraient pouvoir poser des questions sur le don et devraient obtenir une réponse à leurs questions qui soit compréhensible et formulée avec tact.

26. Des procédures supplémentaires devraient exister pour veiller à ce que de tels donneurs agissent librement, sans pression ni contrainte. Afin d'éviter que les donneurs soient payés et se fassent connaître, il conviendrait d'effectuer des contrôles indépendants et d'annuler le don si les preuves d'un don réel et anonyme ne sont pas réunies. De tels contrôles devraient être indépendants de l'équipe chargée de la greffe et de celle prenant en charge le receveur potentiel.

27. Les donneurs vulnérables devraient être protégés par des précautions supplémentaires, y compris, mais sans s'y limiter, les personnes considérées comme dépendantes (comme les mineurs capables donnant à un parent, à une sœur ou à un frère).

28. Les prisonniers devraient être autorisés à être des donneurs de leur vivant, mais seulement dans des circonstances exceptionnelles, aux membres de leur famille proche ou aux personnes dont ils sont émotionnellement proches. Il conviendrait de prouver la relation alléguée avant d'effectuer le don. Lorsque les prisonniers sont considérés comme des donneurs de leur vivant, des précautions ad hoc sont requises pour s'assurer que leur acte est volontaire et exempt de contrainte.

29. Ceux qui ne sont pas capables de donner leur consentement ne devraient pas être considérés comme des donneurs de leur vivant en raison de leur incapacité à comprendre et à décider de manière volontaire. Des exceptions sont éventuellement possibles dans des circonstances très exceptionnelles, et après une étude juridique et éthique.

30. Les donneurs ne doivent pas subir de perte financière liée à leur don et devraient donc être remboursés de leurs frais généraux et de leurs dépenses médicales ainsi que de toute perte de revenus.

31. Dans certaines parties du monde, des personnes sont rémunérées pour donner un rein même si dans presque tous les pays, la vente d'organes est illégale. L'AMM s'oppose fermement à un marché d'organes.

PROTOCOLES APPLICABLES AUX RECEVEURS

32. Les protocoles de prise de décision libre et éclairée devraient être respectés pour les receveurs d'organes ou de tissus. Normalement, ces informations comportent les éléments suivants :

- les risques de la procédure ;
- la survie probable à court, moyen et long terme, la morbidité et la qualité de vie prévisible ;
- les solutions autres que la greffe ;
- la manière dont les organes et les tissus sont obtenus.

33. Dans le cas d'un retard dans le diagnostic d'une infection, d'une maladie ou d'un cancer du donneur, on devrait pouvoir présumer sans risque de se tromper que le receveur sera informé de tout risque auquel il pourrait avoir été exposé. La décision individuelle de divulgation doit tenir compte des circonstances particulières, y compris le niveau et la gravité du risque. Dans la plupart des cas, il convient de signaler les risques encourus, de manière respectueuse et délicate.

COÛTS ET ORIGINE DES ORGANES ET DES TISSUS

34. Les organes ou les tissus suspectés d'avoir été obtenus par des transactions commerciales ne doivent pas être acceptés pour des greffes.

35. Les organes et les tissus ne doivent pas être vendus pour faire du profit. Dans le calcul du coût de la greffe, les frais liés à l'organe ou au tissu lui-même devraient se limiter aux coûts directement associés à son prélèvement, sa conservation, son attribution et sa transplantation.

36. Les chirurgiens effectuant les greffes devraient veiller à ce que les organes et les tissus qu'ils transplantent aient été obtenus conformément aux dispositions de cette politique et ne devraient pas greffer des organes et des tissus en sachant ou en soupçonnant qu'ils ont été obtenus d'une manière frauduleuse et non éthique.

TRANSPARENCE ET RESPONSABILITÉ

37. Les Associations médicales nationales devraient travailler avec le gouvernement dont elles dépendent et les institutions compétentes pour assurer qu'il existe des structures et des procédures adaptées et efficaces aux fins :

    - de soutenir les mesures de traçabilité et de suivi permettant de vérifier que tous les bénéficiaires d'une transplantation et les donneurs vivants, y compris ceux qui requièrent un suivi médical permanent, reçoivent les soins et le soutien dont ils ont besoin ;
    - de compiler les informations relatives au nombre de dons et de transplantations et aux résultats obtenus ;
    - d'évaluer les résultats à court et à long terme, la qualité, la sécurité et l'efficacité des activités de dons et de transplantation d'organes ;
    - d'évaluer l'adhésion aux protocoles éthiques et cliniques des activités de dons et de transplantation d'organes.

38. Les données relatives à ces activités doivent être publiques et contrôlables (sans préjudice d'une protection adéquate de la vie privée des donneurs et des receveurs).

OPTIONS FUTURES

39. Les mesures de santé publique visant à réduire les besoins de greffe d'organes devraient être considérées comme une priorité, de même que les initiatives visant une plus grande efficacité et meilleure réussite des systèmes de don d'organes.

40. Les nouvelles évolutions et possibilités comme la xénogreffe et l'utilisation de cellules souches pour réparer les organes endommagés devraient faire l'objet d'un suivi attentif. Avant leur application clinique, de telles technologies devraient être soumises à des études scientifiques et de stricts contrôles de sûreté ainsi qu'à une étude éthique. Lorsque, comme c'est le cas avec la xénotransplantation, il existe des risques potentiels qui s'étendent au-delà des receveurs, ce procédé doit faire l'objet d'un débat public.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'IMMUNISATION

Adoptée par la 63e Assemblée Générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012
et réaffirmée par la 212e session du Conseil de l'AMM, Santiago, Chili, Avril 2019

PREAMBULE

L'utilisation de la vaccination afin de prévenir une maladie remonte à 1796 lorsque Jenner utilisa avec succès la vache pour vacciner contre la variole. Depuis, la vaccination et l'immunisation ont été reconnues comme une stratégie efficace de prévention de plusieurs maladies transmissibles et sont à présent développées pour lutter contre certaines maladies non transmissibles.

Le développement de la vaccination et sa mise en œuvre constituent quelques unes des mesures les plus importantes des temps modernes pour la santé mondiale. On estime que l'immunisation évite actuellement env. 2,5 millions de morts par an en protégeant contre des maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole. Environ 109 millions d'enfants de moins d'un an sont totalement protégés par un seul vaccin contre la diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP3).

La plupart du temps, le but ultime de l'immunisation est l'éradication totale d'une maladie transmissible. Tel fut le cas en 1980 pour la variole et on peut raisonnablement envisager l'éradication de la polio dans les prochaines années.

La 'vaccination dans le monde: vision et stratégie (GIVS) 2006-2015' était une stratégie élaborée par l'OMS et l'UNICEF dans l'espoir d'atteindre les populations cibles qui actuellement n'ont pas de services d'immunisation ou un niveau de couverture adéquat.

Les quatre stratégies promues dans cette vision sont les suivantes:

- Protéger davantage d'individus dans un monde en mutation
- Introduire de nouveaux vaccins et des technologies
- Intégrer l'immunisation, d'autres interventions sanitaires apparentées et une surveillance dans les systèmes de soins
- Immuniser dans le contexte de l'interdépendance mondiale [1]

La recherche sur les vaccins met constamment à jour de nouvelles possibilités pour protéger les populations contre les graves menaces sanitaires. De plus, de nouvelles souches de maladie font leur apparition, ce qui nécessite l'adaptation des vaccins afin d'assurer la protection.

Le processus d'immunisation requiert un environnement bénéficiant de ressources et de personnels de santé appropriés afin de garantir une vaccination efficace et sûre. Souvent la vaccination demande des injections et il faut toujours respecter des procédures sûres pour ces injections.

Les calendriers d'immunisation peuvent varier en fonction du vaccin, certains demandant plusieurs injections pour être efficaces. Il est capital que le calendrier soit suivi dans son intégralité, afin de ne pas compromettre l'efficacité du vaccin.

Les bénéfices de l'immunisation ont eu un impact majeur sur les populations, non seulement en termes de prévention d'une mauvaise santé mais aussi en permettant les ressources précédemment mobilisées pour soigner les maladies, d'être redirigées sur d'autres priorités sanitaires. Des populations en meilleure santé sont économiquement profitables aux pays et peuvent davantage apporter à la société.

Réduire la mortalité de l'enfant est le quatrième des Objectifs du millénaire pour le développement, l'immunisation des enfants ayant un impact majeur sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Selon l'OMS, plus de 19 millions d'enfants n'ont pas reçu le vaccin DTP3. De plus, il convient de mettre en place des services de santé de base pour la santé maternelle avec du personnel de santé qualifié.

L'immunisation des adultes face à des maladies telles que la grippe et les infections à pneumocoque a prouvé son efficacité, non seulement en diminuant le nombre de cas parmi ceux ayant été immunisés mais aussi en réduisant le fléau des maladies dans la société.

La profession médicale dénonce toute prise de position non fondée et inexacte sur les possibles dangers de la vaccination. De telles prises de position ont fait baisser le taux d'immunisation dans certains pays. Il en est résulte une augmentation du taux de maladies à prévenir avec de graves conséquences pour un certain nombre de personnes.

Les pays n'ont pas tous les mêmes priorités en termes d'immunisation, la prévalence et le risque de maladies variant entre les populations. Tous les pays n'ont pas le même taux de couverture ni les mêmes ressources pour acquérir, coordonner, distribuer ou bien administrer efficacement les vaccins à leurs populations, comptant souvent sur les organisations non gouvernementales pour soutenir les programmes d'immunisation. Ces dernières à leur tour s'appuient souvent sur des fonds extérieurs qui ne sont pas toujours sûrs. Dans cette période de crise financière mondiale, le financement de tels programmes est soumis à des pressions considérables.

Le risque de complications provoquées par des maladies évitables par la vaccination est maximum chez ceux confrontés à des obstacles pour accéder aux services d'immunisation. Ces obstacles peuvent être le facteur coûts, la localisation, la méconnaissance des services d'immunisation et de leurs bénéfices pour la santé ou bien d'autres facteurs restrictifs.

Les individus souffrant de maladies chroniques, ou ayant des problèmes de santé ou d'autres facteurs de risques, tel que l'âge, sont particulièrement exposés à de graves complications face à des maladies que l'on peut prévenir par la vaccination. Ils devraient donc être ciblés pour assurer une immunisation adéquate.

Les chaînes d'approvisionnement peuvent s'avérer difficiles à sécuriser, notamment dans des pays manquant de coordination ou de soutien au niveau de leurs programmes d'immunisation. Sécuriser les ressources appropriées par exemple avec des professionnels de santé qualifiés, des équipements et un soutien administratif peut être un défi majeur.

La collecte des données sur le taux d'administration de vaccination, sur les effets secondaires des vaccins et la surveillance des maladies sont souvent difficiles à effectuer, particulièrement dans les zones isolées et en manque de ressources. Néanmoins, signaler les incidents et contrôler la propagation des maladies sont des outils essentiels pour lutter contre les menaces sanitaires mondiales.

RECOMMANDATIONS

L'AMM soutient les recommandations de Vaccination dans le monde: vision et stratégie (GIVS) 2006-2015 et lance un appel à la communauté internationale pour:

- Encourager les gouvernements à allouer des ressources aux programmes d'immunisation visant à répondre aux besoins spécifiques de leurs pays.
- Reconnaître l'importance de la vaccination/immunisation en soutenant et en adoptant toujours les mesures visant à atteindre des objectifs de vaccination au niveau mondial et à satisfaire aux Objectifs du millénaire pour le développement, notamment le quatrième (réduire la mortalité infantile), le cinquième (améliorer la santé maternelle) et le sixième (lutter contre le VIH/SIDA, la malaria et d'autres maladies).
- Reconnaître la responsabilité mondiale de l'immunisation face aux maladies que l'on peut éviter et soutenir le travail dans les pays ayant des difficultés à atteindre les objectifs 2012 de l'Initiative Mondiale d'éradication de la polio [2].
- Soutenir les gouvernements nationaux ayant des populations vulnérables courant le risque de maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination ainsi que les agences locales œuvrant à fournir des services d'immunisation et travailler avec elles pour lever les obstacles empêchant l'accès aux services.
- Soutenir la recherche sur les vaccins et leur mise au point et s'impliquer via un financement adéquat dans la recherche sur les vaccins.
- Promouvoir la vaccination et les bénéfices de l'immunisation, notamment en ciblant les populations à risques et celles qui sont difficiles d'accès.
- Adhérer aux actions de suivi entreprises par l'OMS et d'autres autorités sanitaires.
- Promouvoir de hautes normes dans la recherche, le développement et l'administration des vaccins afin de garantir la sécurité des patients. Les vaccins doivent être soigneusement testés avant leur mise en œuvre à grande échelle et contrôlés ensuite afin de prévenir de possibles complications et des effets secondaires indésirables. Pour leur succès, les programmes d'immunisation doivent recueillir la confiance du public, ce qui dépend de la sécurité qui y est rattachée.

Dans le cadre de la délivrance de programmes de vaccination, l'AMM recommande:

- Un respect du calendrier complet d'immunisation pour garantir une couverture maximale. Une gestion et un suivi du calendrier si possible par des personnes dûment formées afin d'assurer un service intégral et une prise en charge rapide et appropriée des effets secondaires des vaccins.
- Le recours à des stratégies pour atteindre des populations pouvant être isolées, pour des raisons liées à leur localisation, leur race, leur religion, leur statut économique, leur marginalisation sociale, leur sexe et/ou leur âge.

- S'assurer que des professionnels de santé qualifiés aient une formation complète pour assurer des vaccinations et immunisations sûres, et que ces dernières ciblent ceux en ayant le plus besoin.
- L'éducation de la population sur les bénéfices de l'immunisation et sur la manière d'accéder à de tels services.
- La tenue de dossiers médicaux bien à jour afin que les données pertinentes sur l'administration des vaccins et le taux de couverture soient disponibles, permettant ainsi aux politiques d'immunisation de s'appuyer sur des preuves véritables et fiables.
- Les professionnels de santé devraient être considérés comme une population prioritaire pour bénéficier d'une immunisation compte tenu de leur exposition aux patients et aux maladies.

L'AMM appelle ses membres à agir sur les points suivants:

- Sensibiliser davantage les populations aux calendriers nationaux d'immunisation ainsi qu'à leurs antécédents personnels (et ceux de leurs dépendants) en matière d'immunisation.
- Travailler avec les gouvernements nationaux et locaux chargés d'alimenter et d'appliquer les programmes d'immunisation.
- Veiller à ce que le personnel de santé chargé de vacciner et d'immuniser reçoive une formation théorique et pratique adéquate.
- Promouvoir l'efficacité basée sur la preuve de la vaccination et sensibiliser davantage sur les bénéfices de l'immunisation aussi bien les médecins que le public.

Références

[1] World Health Organization and United Nations Children's Fund. Global Immunisation Vision and Strategy, 2006-2015. Geneva, Switzerland: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2005. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/immunisation/givs/related_docs/en/index.html

[2] World Health Organization. Global Polio Eradication Initiative: Strategic Plan 2010-2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Disponible à l'adresse: http://polioeradication.org/who-we-are/strategy/

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA VIOLENCE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ DE LA PART DES PATIENTS ET DES PERSONNES PROCHES

Adoptée par la 63e Assemblée Générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

PREAMBULE

Toutes les personnes ont le droit de travailler dans un environnement sûr, sans être menacées de violence. La violence sur le lieu de travail est de nature physique et non physique (psychologique). La violence non physique comme par ex. le harcèlement et les menaces, pouvant avoir de graves conséquences psychologiques, une définition plus large de la violence sur le lieu de travail devrait être adoptée. Pour les besoins de cette prise de position, nous utiliserons une définition largement acceptée pour parler de la violence sur le lieu de travail et utilisée par l'OMS: La menace ou l'utilisation intentionnelle ou réelle du pouvoir contre autrui ou contre un groupe, dans un contexte de travail, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations".

La violence, mis à part les nombreux effets qu'elle peut avoir sur la santé des victimes, comporte également des effets destructeurs sur le plan social. La violence contre les travailleurs sanitaires dont les médecins n'affecte pas uniquement les personnes travaillant dans le domaine de la santé mais impacte l'ensemble du système de santé et son fonctionnement. De tels actes de violence nuisent à la qualité de l'environnement professionnel et donc potentiellement à la qualité des soins prodigués aux patients. De plus, la violence nuit à la disponibilité des soins, notamment dans les zones défavorisées.

Alors que la violence sur le lieu de travail est indiscutablement une question de portée mondiale, il faut prendre en compte les différences culturelles entre les pays afin de bien comprendre le concept de la violence sur un plan universel. Il existe de grandes différences quant à ce qui constitue la violence et sur les formes spécifiques de violence les plus probables sur le lieu de travail. Les menaces et les autres formes de violence psychologique sont largement reconnues comme prévalant davantage que la violence physique. Les raisons et les causes de la violence dans les établissements de santé sont extrêmement complexes.

Plusieurs études ont identifié des déclencheurs communs d'actes de violence dans le secteur de la santé, à savoir des retards dans la délivrance du traitement et une insatisfaction quant au traitement fourni[1]. De plus, les patients peuvent être agressifs du fait de leur pathologie ou des médicaments qu'ils prennent ou qu'ils consomment comme l'alcool et les autres drogues. Un autre exemple important est celui des individus qui peuvent menacer ou exercer une réelle violence physique à l'encontre des travailleurs sanitaires car ils s'y opposent en raison de leurs croyances sociales, politiques ou religieuses, un domaine spécifique de la pratique médicale.

Une approche englobant différents aspects, à savoir la législation, la sécurité, la collecte de données, la formation, les facteurs environnementaux, la sensibilisation du public et les incitations financières, est nécessaire pour solutionner cette question de la violence dans le secteur de la santé.

De plus, la collaboration des différentes parties intéressées (dont les gouvernements, les Associations Médicales Nationales (AMN), les hôpitaux, les services de santé en général, les dirigeants, les compagnies d'assurance, les formateurs et les précepteurs, les chercheurs, la police et les instances judiciaires) est plus efficace que des efforts individuels de chacun des acteurs. Les Associations Médicales Nationales en tant que représentantes des médecins, devraient participer activement à la lutte contre la violence dans le secteur de la santé et également encourager d'autres acteurs clés à intervenir ce qui protègerait encore plus la qualité de l'environnement professionnel pour le personnel de santé et la qualité des soins pour les patients.

Cette approche collaborative pour solutionner la violence dans le secteur de la santé doit être encouragée dans le monde entier.

RECOMMANDATIONS

L'AMM encourage les Associations Médicales Nationales (AMN) à agir dans les domaines suivants:

Stratégie - Les AMN devraient encourager les institutions de santé à élaborer et à instaurer un protocole de prise en charge des actes de violence. Ce protocole devrait inclure les points suivants:

- Une politique de tolérance zéro pour vis-à-vis de la violence sur le lieu de travail.
- Une définition universelle de la violence sur le lieu de travail.
- Un plan prédéfini pour préserver la sécurité sur le lieu de travail.
- Un plan d'action conçu pour les professionnels de santé à adopter face à des actes de violence.
- Un système de signalement et d'enregistrement des actes de violence qui pourrait inclure un signalement aux autorités judiciaires et/ou à la police.
- Des moyens pour veiller à ce que les employés signalant des actes de violence ne subissent pas de représailles

Pour l'efficacité de ce protocole, il faut que la direction et l'administration des institutions de santé communiquent et prennent les mesures nécessaires afin de garantir que tout le personnel connait la stratégie.

Politique - Les priorités et les restrictions nationales concernant les soins médicaux devraient être clairement traitées par les institutions gouvernementales afin de contribuer à une plus grande satisfaction des patients.

L'Etat a l'obligation de garantir la sûreté et la sécurité des patients, des médecins traitants et des autres travailleurs sanitaires. Cela inclut la mise à disposition d'un environnement

physique approprié. A ce titre, les systèmes de santé devraient être conçus pour promouvoir la sûreté du personnel soignant et des patients. Une institution dans laquelle a été perpétré un acte de violence commis par un patient peut demander le renforcement de la sécurité tout comme l'ensemble des travailleurs sanitaires ont le droit d'être protégés sur leur lieu de travail.

Dans certaines juridictions, les médecins pourraient avoir le droit de refuser de traiter un patient violent. Dans de tels cas, ils doivent veiller à ce que d'autres dispositions soient prévues par les autorités concernées afin de sauvegarder la santé et le traitement du patient.

Les patients souffrant de troubles mentaux aigües, chroniques ou induits par une maladie peuvent être violents envers le personnel soignant; ce personnel chargé de ces patients doit être correctement protégé.

Formation - Un personnel bien formé et vigilant, suffisamment soutenu par la direction des institutions de santé peut être dissuasif vis-à-vis de patients violents. Les AMN devraient travailler avec les enseignants de premier et second cycle universitaires pour veiller à ce que les professionnels de santé soient formés à la communication et à la prise en charge des personnes potentiellement violentes et reçoivent une formation spécifique pour savoir repérer et anticiper les situations très risquées afin de prévenir les actes de violence. Cultiver une relation saine médecin-patient, basée sur le respect et la confiance mutuelle, non seulement permettra d'améliorer la qualité des soins mais aussi de renforcer le sentiment de sécurité et donc de réduire les risques de violence.

Communication - Les AMN devraient travailler avec les autres principales parties intéressées à une plus grande sensibilisation à la violence dans le secteur de la santé. Si nécessaire, elles devraient informer les travailleurs de santé et le public lorsque se produisent des actes de violence et encourager les médecins à signaler les actes de violence via des réseaux ad hoc.

En outre, une fois l'acte de violence commis, la victime devrait être informée sur les procédures qui ont été ensuite engagées.

Soutien des victimes - Le personnel victime de menaces et/ou d'actes de violence au travail devrait bénéficier de conseils médicaux, psychologiques et juridiques et d'un soutien.

Collecte des données - Les AMN devraient faire du lobbying auprès de leurs gouvernements et/ou leurs instances hospitalières pour instaurer des systèmes de signalement adéquats permettant à tout le personnel de santé de signaler anonymement et sans représailles toutes les menaces ou les actes de violence. De tels systèmes devraient évaluer le nombre, la nature et la gravité des incidents de violence au sein d'une institution ainsi que les dommages corporels constatés. Il faudrait utiliser le système pour analyser l'efficacité des stratégies de prévention. Des analyses et données cumulatives devraient être mises à la disposition des AMN.

Investigations - Dans tous les cas de violence, il devrait y avoir certaines investigations mieux pour comprendre les causes et aider à prévenir la future violence. Dans certains cas,

les investigations peuvent conduire à des poursuites judiciaires, au civil ou au pénal. La procédure devrait être autant que possible menée par les autorités et non compliquée pour la victime.

Sécurité - Les AMN devraient coopérer pour veiller à ce que des mesures correctes de sécurité soient instaurées dans tous les établissements de soins et à ce que les instances chargées de faire appliquer la loi accordent une haute priorité aux actes de violence commis dans les établissements de soins. Il conviendrait d'effectuer un contrôle routinier des risques de violence afin d'identifier les métiers et les endroits où les risques de violence sont maximaux. Parmi les zones à gros risques figurent les cabinets des généralistes, les établissements psychiatriques et les zones à forte circulation dans les hôpitaux dont les services des urgences.

Les risques de violence pourraient être minimisés en positionnant des vigiles dans ces zones très risquées et à l'entrée des bâtiments, en installant des caméras de sécurité et des alarmes à utiliser par les professionnels de santé et en éclairant suffisamment les zones de travail ce qui contribuerait à un environnement propice à la vigilance et à la sécurité.

Financement - Les AMN devraient encourager leurs gouvernements à allouer des fonds appropriés afin de maîtriser efficacement la violence dans le secteur de la santé.

---

[1] Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. *Verbal and physical violence towards hospital- and community- based physicians in the Negev: an observational study* BMC Health Service Research 2005; 5: 54

Derazon H, Nissimian S, Yosefy C, Peled R, Hay E. *Violence in the emergency department* (Arti-cle in Hebrew) Harefuah. 1999 Aug; 137(3-4): 95-101, 175

Landua SF. *Violence against medical and non-medical personnel in hospital emergency wards in Israel* Research Report, Submitted to the Israel National Institute for Health Policyand Health Services Research, December 2004

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE FONGIQUE

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

Les estimations annuelles de l'OMS concernant le fléau mondial des maladies attestent que les maladies fongiques entrent pour une bonne part dans les problèmes sanitaires mondiaux. Ces maladies incluent les infections fongiques cutanées qui touchent jusqu'à un milliard de personnes et les candidoses vulvo-vaginales qui touchent des dizaines de millions de femmes, souvent plusieurs fois par an.

Les maladies fongiques invasives et chroniques sont encore plus graves. On estime qu'elles entraînent des taux de morbidité annuelle similaires à ceux provoqués par les problèmes de santé communément reconnus dans le monde comme la malaria et la tuberculose. En plus des décès, ces maladies fongiques conduisent souvent à une mauvaise santé chronique dont la cécité avec kératite, la détresse respiratoire avec une *aspergillose bronchopulmonaire allergique* ***(ABPA), l'asthme sévère avec une sensibilisation fongique (SAFS) et l'aspergillose pulmonaire chronique*** *(*CPA), une perte de poids et une déficience nutritionnelle avec candidose œsophagienne et une CPA ainsi qu'une incapacité à avoir une vie sexuelle avec la candidose vulvo-vaginale.

De graves maladies fongiques sont souvent opportunistes, se manifestent suite à d'autres maladies atteignant le système immunitaire telles que l'asthme, le SIDA, le cancer, les médicaments anti-rejets immunodépresseurs et les corticothérapies. Certaines se produisent sur des patients gravement malades.

Malgré la possibilité de soigner de nombreuses maladies fongiques relativement aisément, dans de nombreux cas ces maladies ne donnent lieu à aucun traitement. Les infections fongiques seules ne sont souvent pas suffisamment identifiables pour permettre un diagnostic clinique. De même les cultures étant souvent faussement négatives, il est fréquent de passer à côté du diagnostic. De plus, la fenêtre diagnostique étant relativement étroite, le diagnostic n'est pas établi pour soigner les patients avec pour résultat de longs et couteux séjours en hôpital, fréquemment avec une issue fatale. Malgré l'existence de médicaments efficaces pour traiter les infections fongiques, souvent ceux-ci ne sont pas disponibles lorsque et où ils sont requis.

PRISE DE POSITION

L'AMM met l'accent sur la nécessité de soutenir le diagnostic et la prise en charge des

maladies fongiques et prie instamment les gouvernements de veiller à ce que les tests diagnostiques et les thérapies antifongiques soient disponibles pour leurs populations. En fonction de la prévalence des maladies fongiques et de leurs maladies sous-jacentes, des tests antigènes spécifiques ou une microscopie et une culture sont essentiels. Ces tests et du personnel formé pour gérer et interpréter les tests devraient être disponibles dans tous les pays où les infections fongiques systémiques sont observées. Cela signifie probablement créer au moins un centre de diagnostic d'excellence avec un personnel suffisant et formé au diagnostic. La toxicité des antifongiques devrait faire l'objet d'un suivi.

Les médecins seront le premier contact de la plupart des patients touchés par une infection fongique et devraient être suffisamment formés sur le sujet afin d'assurer un diagnostic efficace.

L'AMM encourage ses membres à entreprendre et soutenir des études épidémiologiques sur le fléau des maladies fongiques dans leur pays et d'informer leur gouvernement des résultats.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LA VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PREAMBULE

La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) constitue une opportunité unique et utile pour les médecins afin de prévenir de manière significative la morbidité et la mortalité de certains cancers dans toutes les populations et d'améliorer la santé maternelle. Le vaccin HPV mérite donc d'être considéré par l'Association Médicale Mondiale (AMM) à part des autres vaccins.

Le HPV est un virus sexuellement transmissible, si fréquent que la plupart des adultes ayant une vie sexuelle sont infectés à un certain moment de leur vie. La plupart des infections sont asymptomatiques et se résolvent sans intervention médicale. Certains des 40 types de HPV peuvent cependant provoquer un cancer de l'utérus. HPV est à l'origine de près de 100% des cancers de l'utérus et peut provoquer également des cancers du vagin, de la vulve, de l'anus, du pénis ainsi que de la tête et du cou. Le cancer de l'utérus représente plus de 10% des cancers féminins et la majorité des décès liés à un cancer de l'utérus se situent dans les pays en voie de développement.

Les vaccins peuvent protéger contre l'infection par les types les plus communs du HPV et assurer une protection contre le cancer. Le Comité Consultatif des E.U sur les pratiques d'immunisation recommande la vaccination contre HPV aussi bien pour les femmes que les hommes à partir de 11 ans et jusqu'à 26 ans. L'avantage de la vaccination des jeunes hommes est non seulement de prévenir la transmission du HPV aux partenaires sexuels. La protection supplémentaire apportée par le vaccin quadrivalent contre les verrues génitales, le cancer de l'utérus et d'autres cancers devrait être prise en considération dans la mise au point des programmes de vaccination contre HPV. Les vaccins HPV sont efficaces; des études post commercialisation ont montré une baisse de la prévalence du HPV et des troubles apparentés tels que les verrues génitales et une cytologie anormale du col de l'utérus. Les études concernant la sécurité des vaccins HPV ont été rassurantes.

Ces vaccins devraient être largement disponibles et encouragés par les médecins au titre du bien-être individuel des patients et de la santé publique.

RECOMMANDATIONS

L'AMM demande expressément aux médecins de se former et d'éduquer leurs patients sur HPV et sur les maladies apparentées, sur la vaccination HPV et le dépistage routinier du

cancer de l'utérus ; et encourage la mise au point et le financement de programmes pour assurer la disponibilité du vaccin HPV et permettre un dépistage du cancer de l'utérus dans des pays ne possédant pas de programmes de dépistage du cancer de l'utérus organisés.

Les Associations Médicales Nationales (AMN) sont encouragées à assurer une large formation de leurs membres et à les sensibiliser afin :

- D'améliorer la prise de conscience et la compréhension de HPV et des maladies apparentées ;
- De comprendre le besoin d'accessibilité et l'efficacité des vaccins HPV;
- De comprendre la nécessité d'inclure les vaccins HPV dans les programmes d'immunisation nationaux;
- De comprendre la nécessité d'un dépistage routinier du cancer de l'utérus ; et
- D'intégrer les méthodes de prévention des cancers liés au HPV, la détection et le dépistage précoces, le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs dans les programmes actuels de formation permanente et de formation préparatoire. Une telle formation aura un effet de levier sur les supports actuels en faveur de programmes HPV et contribuera à développer des capacités et à améliorer l'assurance qualité.

Les AMN sont également encouragées à:

- Intégrer la vaccination HPV pour tous les adolescents et le dépistage routinier du cancer de l'utérus pour les jeunes femmes dans tous les centres de santé et les consultations;
- Favoriser la disponibilité du vaccin HPV et le dépistage routinier du cancer de l'utérus pour les populations qui sont les premières à bénéficier de mesures préventives comprenant sans s'y limiter les patients à risques comme par ex. ceux à faibles revenus, ceux défavorisés et pour les populations qui n'ont pas encore de vie sexuelle;
- Recommander la vaccination HPV à toutes les populations concernées;
- Sensibiliser les membres à la prévention du HPV, aux soins et aux traitements; et
- Mettre en place un réseau de médecins et de praticiens désireux et capables de piloter et de s'entraider et créer des passerelles avec le vaccin actuel HPV et les réseaux de prévention des cancers.

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LES ORIENTATIONS NATURELLES DE LA SEXUALITÉ HUMAINE

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PREAMBULE

En soignant, les professionnels de santé sont confrontés à la diversité humaine, y compris les différentes orientations de la sexualité.

La majeure partie de la recherche scientifique précise que l'homosexualité est une variante naturelle de la sexualité humaine sans impact intrinsèque nocif sur la santé.

En conséquence, l'homosexualité a été supprimée du manuel diagnostique officiel de l'Association de Psychiatrie Américaine en 1973. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'a supprimée de sa CIM en 1990 après un processus similaire d'étude scientifique. L'Organisation Panaméricaine de la Santé précise : "*L'homosexualité ne constitue ni un trouble ni une maladie dans aucune de ces manifestations individuelles et ne nécessite donc aucun traitement*".

La discrimination directe et indirecte, la stigmatisation, le rejet par les pairs et l'intimidation ont toujours un impact sérieux sur la santé psychologique et physique des personnes homosexuelles ou bisexuelles. On observe chez les personnes qui en sont victimes, une prévalence plus élevée de dépression, d'anxiété, d'abus des substances, de troubles suicidaires et de tentatives de suicide. Le taux de suicide des adolescents et des jeunes adultes bisexuels ou homosexuels est en effet trois fois plus élevé que celui de leurs pairs.

Cela peut être accentué par les thérapies dites de « conversion » ou « réparatrices » qui prétendent être en mesure de convertir l'homosexualité en asexualité ou hétérosexualité et donnent l'impression que l'homosexualité est une maladie. Ces méthodes ont été rejetées par de nombreuses organisations professionnelles en raison de l'absence de preuve de leur efficacité. Elles n'ont aucun fondement médical et représentent une menace sérieuse pour la santé et les droits humains des personnes traitées.

RECOMMANDATIONS

L'AMM affirme fermement que l'homosexualité n'est pas une maladie mais plutôt une orientation naturelle de la sexualité humaine.

L'AMM condamne toutes les formes de stigmatisation, de criminalisation et de discrimination basés sur l'orientation sexuelle.

L'AMM appelle à tous les médecins à classer les maladies physiques et psychologiques sur la base de symptômes cliniques pertinents conformément aux 10 critères de la CIM, indépendamment de l'orientation sexuelle, et à fournir une thérapie en accord avec les traitements et protocoles reconnus sur le plan international.

L'AMM déclare que les approches psychiatriques ou psychothérapeutiques des traitements ne doivent pas porter sur l'homosexualité en elle-même mais sur les conflits entre l'homosexualité et les normes et préjugés religieux, sociaux et intériorisés.

L'AMM condamne les méthodes dites de « conversion » ou « réparatrices ». Elles constituent une violation des droits humains et sont des pratiques injustifiables qui doivent être dénoncées et sanctionnées. Il est contraire à l'éthique pour les médecins de prendre part à de telles procédures

PRISE DE POSITION DE L'AMM
SUR
LE DROIT À LA RÉHABILITATION DES VICTIMES DE TORTURE

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Octobre 2013

PREAMBULE

L'Association Médicale Mondiale observe avec une grande inquiétude le recours continu à la torture dans de nombreux pays à travers le monde.

L'AMM réaffirme sa condamnation totale de toute forme de torture et de toute autre peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant tel que défini par la Convention des NU contre la torture (CAT, 1984). La torture est l'une des violations les plus graves de la loi sur les droits humains internationaux et s'avère dévastatrice pour les victimes, leurs familles et la société dans son ensemble. La torture provoque de graves blessures physiques et mentales et constitue un crime totalement prohibé par la loi internationale.

L'AMM réaffirme ses politiques précédemment adoptées, à savoir:

- La Déclaration de Tokyo fournissant des directives aux médecins concernant la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en lien avec la détention et l'incarcération (1975) ;
- La Déclaration de Hambourg sur le soutien des médecins refusant de prendre part ou de fermer les yeux sur l'usage de la torture ou d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1997) ;
- La Résolution sur la responsabilité des médecins dans la documentation et la dénonciation des actes de torture ou autres peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants (2003).

L'évaluation médicale est un facteur essentiel dans l'optique d'une documentation de la torture et de la réparation des victimes de la torture. Les médecins ont un rôle décisif à jouer pour la collecte des informations sur la torture, l'apport de preuves de torture à des fins légales ainsi que pour le soutien et la réhabilitation des victimes.

L'AMM note l'adoption en novembre 2012 par le Comité des NU contre la torture du Commentaire Général sur l'application de l'article 14 de la Convention contre la torture, ayant trait au droit à la réparation pour les victimes de la torture.

Le Commentaire Général met l'accent sur le droit à la réhabilitation en tant qu'obligation des Etats et spécifie la portée de ces services. L'AMM salue notamment:

- L'obligation des Etats d'adopter une « approche à long terme et intégrée ainsi que d'assurer que des services spécialisés disponibles pour les victimes de la torture

ou de mauvais traitements, appropriés et rapidement accessibles » (parag. 13) sans que l'accès à ces services soit lié à la demande de réparations judiciaires de la part de la victime.

- La reconnaissance du droit des victimes à choisir le prestataire de services de réhabilitation, qu'il s'agisse d'un établissement de l'état ou d'un prestataire de services non gouvernemental financé par l'état.
- La confirmation que les victimes de la torture doivent bénéficier d'un accès aux programmes de réhabilitation de la part de l'état dès que possible après Évaluation par des professionnels de la médecine qualifiés et indépendants.
- Les références figurant au paragraphe 18 concernant les mesures visant à protéger les professionnels de la santé et de la justice, à mettre au point une formation spécifique sur le Protocole d'Istanbul pour les professionnels de santé et à promouvoir le respect des normes et codes internationaux de conduite de la part des fonctionnaires y compris le personnel médical, les psychologues et le personnel des services sociaux.

RECOMMANDATIONS

L'AMM souligne le rôle vital de la réparation des victimes de la torture et de leurs familles pour qu'ils puissent reconstruire leur vie et se rétablir ainsi que le rôle des médecins pour la réhabilitation;

L'AMM encourage ses associations membres à travailler avec les agences concernées, gouvernementales ou non – travaillant à la réparation des victimes de la torture, notamment en matière de documentation et de réhabilitation ainsi que de prévention;

L'AMM encourage ses membres à soutenir les agences menacées ou sujettes à des mesures de rétorsion de la part des Etats en raison de leur implication dans l'apport de preuves d'actes de torture, la réhabilitation et la réparation des victimes de torture;

L'AMM appelle ses membres à mettre à profit leur expérience médicale pour soutenir les victimes de la torture en accord avec l'article 14 de la Convention des NU contre la torture;

L'AMM appelle ses associations membres à soutenir et à faciliter la collecte de données au niveau national pour contrôler que l'Etat remplisse ses obligations quant à la fourniture de services de réhabilitation.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA RÉSOLUTION DES NATIONS UNIES POUR UN MORATOIRE SUR LE RECOURS À LA PEINE DE MORT

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PREAMBULE

La Résolution de l'AMM sur la participation des médecins à la peine capitale stipule qu'il est contraire à l'éthique pour les médecins de prendre part à la peine capitale et la Déclaration de Genève exige des médecins le plus grand respect de la vie humaine.

L'AMM reconnaît que l'opinion prévalant dans certains pays dont font partie des membres empêche ces derniers de s'opposer inconditionnellement à la peine de mort.

L'AMM soutient donc la suspension de l'utilisation de la peine de mort via un moratoire mondial.

L'AMM a depuis longtemps reconnu qu'elle ne peut pas tenir ses membres – les associations médicales nationales – responsables des actions et politiques de leurs gouvernements respectifs.

RECOMMANDATIONS

L'Association Médicale Mondiale soutient la Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies 65/206 demandant un moratoire sur l'utilisation de la peine de mort.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES TRAITEMENTS ESTHÉTIQUES

Adoptée par la 25e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

PREAMBULE

Les traitements esthétiques sont de plus en plus fréquents depuis quelques années car la société est davantage préoccupée par l'apparence physique. Ces traitements sont réalisés par des praticiens dont l'expérience clinique et la formation varient amplement.

Cette prise de position considère le traitement esthétique comme une intervention ne s'inscrivant pas dans le cadre des soins de santé classiques visant à soigner une blessure, une maladie ou une déformation. Le traitement esthétique a pour unique objectif d'embellir ou de modifier l'apparence physique de la personne concernée. Cette prise de position fait référence au patient pour parler de la personne à laquelle s'applique le traitement. Les traitements proposés sont très variés et vont des procédures chirurgicales aux injections et diverses formes de traitements cutanés. Cette prise de position porte sur les interventions qui sur le plan méthodologique sont proches ou similaires à celles pratiquées dans le cadre des soins de santé. Le tatouage, la scarification et les interventions similaires ne sont donc pas pris en considération dans cette prise de position.

L'image du corps a un impact sur l'estime de soi et sur la santé mentale. Elle est une composante à part entière de la santé générale et du bien-être d'une personne. Les images véhiculées par les media de « cors parfaits » sont toutefois devenues la norme ce qui amène certaines personnes à se faire une image irréaliste et malsaine du corps.

De nombreux traitements esthétiques s'accompagnent de risques et peuvent nuire à la santé du patient. Les mineurs* sont particulièrement vulnérables car leur corps n'est souvent pas totalement formé. Afin de protéger les personnes envisageant ou subissant un traitement esthétique, l'AMM a établi les principes de base suivants concernant les traitements esthétiques.

Réaffirmant les principes de l'éthique médicale énoncés dans la Déclaration de Genève de l'AMM, la Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits du patient et le Code International d'Ethique Médicale de l'AMM et conformément au mandat de l'AMM, cette prise de position s'adresse principalement aux médecins. L'AMM encourage cependant d'autres praticiens réalisant des traitements esthétiques à adopter ces principes.

PRINCIPES

1. La dignité, l'intégrité du patient et la confidentialité doivent toujours être respectées.

2. Les médecins ont un rôle à jouer pour aider à identifier les images malsaines du corps et pour aborder et traiter les troubles lorsqu'ils existent.

3. Les traitements esthétiques doivent être pratiqués uniquement par des praticiens avec suffisamment de connaissances, compétences et expériences dans leur domaine d'intervention.

4. Tous les praticiens assurant des traitements esthétiques doivent être inscrits et/ou agréés auprès des autorités de régulation appropriées. Idéalement, le praticien devrait aussi être autorisé par ces autorités à effectuer ces traitements esthétiques spécifiques.

5. Tous les traitements esthétiques doivent être précédés d'un examen approfondi du patient. Le praticien devrait étudier tous les éléments, physiques et psychologiques, susceptibles d'augmenter les risques de préjudice pour le patient et devrait refuser de pratiquer un traitement si le risque est inacceptable. C'est notamment opportun dans le cas des mineurs. Les praticiens devraient toujours choisir la solution thérapeutique la plus appropriée plutôt que la plus lucrative.

6. Des mineurs peuvent avoir besoin ou bénéficier d'une chirurgie plastique mais les procédures esthétiques pures ne devraient pas être effectuées sur des mineurs. Si, dans des cas exceptionnels, le traitement esthétique est réalisé sur un mineur, il devrait l'être uniquement avec une attention et un soin spécifiques et uniquement s'il vise à éviter une dévalorisation physique de la personne, non pas une survalorisation de cette personne. Il faut prendre en compte tous les facteurs médicaux comme par exemple le fait que le mineur n'a pas achevé sa croissance ou que le traitement devra être renouvelé ultérieurement.

7. Le patient doit donner un consentement explicite à tout traitement esthétique, de préférence par écrit. Avant de rechercher le consentement, le praticien devrait informer le patient de tous les aspects du traitement y compris la manière dont la procédure est réalisée, les risques possibles et le fait que bon nombre de ces traitements peuvent être irréversibles. Le patient devrait avoir suffisamment de temps avant le traitement pour étudier les informations reçues. Lorsque le patient demandant à être traité est mineur, il faudrait obtenir le consentement éclairé de ses parents ou de ses représentants légaux

8. Tous les traitements esthétiques devraient être soigneusement documentés par le praticien. La documentation devrait inclure une description détaillée du traitement pratiqué, des informations sur la médication mise en place et le cas échéant de tous les autres aspects du traitement.

9. Les traitements esthétiques doivent être effectués uniquement dans de strictes conditions d'hygiène et de sécurité médicale au sein des locaux, avec un personnel et un équipement suffisants. Il doit y avoir un équipement pour traiter les réactions allergiques potentiellement mortelles et d'autres complications possibles.

10. La publicité et le marketing des traitements esthétiques devraient être raisonnables et ne pas promettre des résultats irréalistes. Des photographies irréalistes ou corrigées montrant des patients avant et après le traitement ne doivent pas être utilisées à des fins publicitaires.

11. La publicité et le marketing des traitements esthétiques ne devraient jamais cibler les mineurs.

12. Les praticiens ne devraient jamais proposer ou faire la promotion d'un prêt d'argent pour le règlement du traitement esthétique.

---

* Dans cette prise de position, le terme "mineur" est défini comme une personne qui - selon la législation nationale en vigueur - n'est pas un adulte.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LA PRÉVENTION DE LA POLLUTION DE L'AIR DUE AUX ÉMISSIONS DES VÉHICULES

Adoptées par la 10e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

PREAMBULE

Il existe un certain nombre de moyens permettant de réduire le volume d'émissions nuisibles. Cela inclut d'encourager une diminution des trajets routiers, le transport actif (à pieds ou à vélo) pour les personnes entreprenant des trajets relativement courts, l'utilisation de transport public par préférence aux véhicules individuels, et des sources alternatives d'énergie pour les véhicules, y compris les technologies électriques et hybrides. Lorsque l'utilisation du véhicule est essentielle, des moyens de réduire leurs émissions nuisibles devraient être privilégiés.

Les médecins dans le monde sont conscients de la pollution de l'air. Cette dernière nuit à la qualité de vie de centaines de millions de personnes et crée un lourd fardeau de maladies ainsi que des pertes économiques et des coûts de santé. Selon les données de l'OMS, en 2012, la pollution urbaine liée à l'air extérieur a causé3,7 millions de décès par an soit 6,7% du nombre total de décès (OMS, 2014).

En particulier, il a été prouvé que les particules de suie diesel notamment étaient carcinogènes (IARC, 07/2012). De plus elles ont de nombreux effets toxiques, en particulier au niveau du système cardio-vasculaire (Brook et al. 2010) et respiratoire (ERS, 2010). De plus, dans le contexte du réchauffement mondial, les suies associées au méthane sont considérées comme la deuxième substance majeure à effet de serre après le CO2 (Kerr, 2013).

Même si les nouveaux véhicules devront se conformer à des normes d'émission plus strictes prenant en compte également les particules ultrafines les plus nocives, une flotte de véhicules très polluants en circulation dont des véhicules tout terrain, des engins de construction et des navires continuera à polluer pendant encore de nombreuses années.

CONTEXTE

Dans les villes très peuplées, les concentrations en fines poussières mesurables en tant qu'aérosols sont 50 fois plus importantes que le niveau maximum recommandé par l'OMS. Des moyens de transports importants, l'électricité provenant du charbon et la pollution provoquée par les engins de construction sont autant de facteurs aggravants. Les personnes vivant et travaillant à proximité de grandes artères (circulation très dense) sont les plus touchées par les polluants.

Pour lutter contre les risques sanitaires ci-dessus mentionnés, il existe une série de systèmes de filtres fiables et très efficaces sur le marché (filtres de la meilleure technique disponible (MTD)[1]). Ils s'appliquent à tous les moteurs de combustion interne et ils réduisent par plus de 100 même les particules ultrafines les plus nocives.

Dès que 90% des véhicules poids lourds, aussi bien les véhicules neufs que les véhicules mis aux normes, satisferont à cette norme, les problèmes de santé liés aux émissions des poids lourds diminueront grandement et aucun autre renforcement des normes d'émission ne sera possible ou même pas du tout nécessaire car le polluant aura presque totalement été éliminé.

Dans divers pays sur des continents différents et dans des conditions variables, les programmes de mise en conformité ou de mise à niveau ont bien fonctionné. Le Groupe de travail des NU sur la prévention de la pollution et l'énergie à Genève vient de proposer une norme technique de réglementation dans les Etats membres qui sera applicable dans le monde entier.

L'AMM soutient ces efforts et demande aux décideurs politiques dans tous les pays, notamment dans les régions urbaines, de réglementer l'accès des véhicules sans filtre et/ou de fournir une aide financière afin de favoriser la mise en conformité des véhicules en circulation.

RECOMMANDATIONS

L'AMM recommande donc que toutes les AMN encouragent leurs gouvernements respectifs à:

1. Instaurer des normes MTD pour tous les nouveaux véhicules diesels (sur route et tout terrain);

2. Inciter la mise en conformité avec des filtres MTD pour tous les moteurs en circulation;

3. Contrôler et baisser la concentration de nano particules de suie dans l'air respiré en ville;

4. Mener des études épidémiologiques pour détecter et différencier les effets sur la santé des particules ultrafines;

5. Sensibiliser les professionnels et le public à l'importance de la suie diesel et aux méthodes actuelles d'élimination des particules

6. Contribuer à la mise en place de stratégies pour protéger la population des particules de suie dans l'habitacle des avions, dans les trains, dans les maisons et dans l'environnement en général. Ces stratégies devraient inclure des plans de développement et d'accroissement des moyens de transport publics.

Abréviations:

- CEE-ONU: Commission économique pour l'Europe des Nations unies
- GRPE: Groupe de travail sur la prévention de la pollution et l'énergie
- EPA: Environmental Protection Agency (US)
- ERS: European Respiratory Society
- CIRC: Centre international de recherche sur le cancer
- PAH: hydrocarbures aromatiques polycycliques; produits cancérigènes provenant de la combustion incomplete
- PM10: particules en suspension dans l'air dont le diamètre est inférieur à 10 micromètres
- EURO 6/VI: l'EURO 6/IV est la première directive de l'UE stipulant une limite basée sur le nombre de particules pour les poids lourds et les véhicules tout terrain. L'objectif est de protéger la santé humaine des particules très dangereuses, les particules dites ultrafines, qui ne sont pas comptabilisées dans les mesures de PM10 et PM2.5 en raison de leur masse quasiment négligeable.

Références:

- Brook, Robert D. et al. (2010): AHA Scientific Statement: Particulate Matter Air Pollution and Cardiovascular Disease. An Update to the Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation 121: 2331-2378.
- ERS (2010): The ERS report on air pollution and public health. European Respiratory Society, Lausanne, Switzerland. ISBN: 978-1-84984-008-8
- IARC (2012): "IARC: Diesel Engine Exhaust Carcinogenic". Press Release No. 213. http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2012/pdfs/pr213_E.pdf (access: 14/02/14)
- Kerr, Richard R. (2013): "Soot is Warming the World Even More Than Thought". In: Science 339(6118), p. 382.
- WHO (2014): "Burden of disease from Ambient Air Pollution for 2012." http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1 (access: 26/08/14)

[1] Euro 6/VI, US/EPA/CARB, normes chinoises et équivalentes.

PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR L'ISOLEMENT CELLULAIRE

Adoptée par la 65e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014
et révisée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PREAMBULE

Dans de nombreux pays, un nombre considérable de détenus se trouvent placés à l'isolement cellulaire. L'isolement consiste, dans un centre de détention à séparer une personne de l'ensemble des détenus et à la maintenir seule dans une cellule ou une pièce séparée jusqu'à 22 heures par jour. Cette forme de détention peut être désignée par différents termes selon les juridictions : « ségrégation », « placement en quartier disciplinaire », « séparation/coupure des autres détenus »… Les conditions et l'environnement de l'isolement peuvent également varier d'un endroit à l'autre. Mais quelle que soit la manière dont il est défini et mis en œuvre, l'isolement carcéral se caractérise par un isolement social complet, l'absence de contact humain significatif, une activité réduite et des stimuli environnementaux limités. Certains pays se sont dotés de dispositions précises sur la durée et la fréquence auxquelles un détenu peut être placé à l'isolement, mais de nombreux autres manquent de règles claires à cet égard.

L'isolement cellulaire peut être différencié d'autres interventions brèves qui visent à séparer des détenus en réaction immédiate à un comportement violent ou perturbateur afin de les protéger d'eux-mêmes ou des autres. De telles interventions ne doivent pas avoir lieu dans un environnement d'isolement.

Les raisons du recours à l'isolement peuvent varier d'une juridiction à l'autre et cette mesure peut être utilisée à différentes étapes du processus judiciaire. L'isolement cellulaire peut être employé comme mesure disciplinaire pour maintenir l'ordre et la sécurité, comme mesure administrative, aux fins d'une enquête ou d'un interrogatoire, comme mesure préventive pour éviter toute atteinte au détenu lui-même ou à d'autres détenus ou il peut s'agir d'un régime restrictif visant à limiter les contacts avec les autres. L'isolement peut être imposé pour une durée en heures, voire en jours.

Conséquences médicales de l'isolement

Les personnes peuvent réagir à l'isolement de différentes manières : il a été démontré que pour un nombre significatif de détenus, l'isolement peut causer de graves troubles psychologiques, psychiatriques et parfois physiologiques, parmi lesquels l'insomnie, la confusion, la psychose, des hallucinations, ainsi que l'aggravation de problèmes de santé préexistants. L'isolement est également associé à un fort taux de comportements suicidaires. Ces conséquences néfastes peuvent survenir après seulement quelques jours et

dans certains cas persister après la fin de l'isolement.

Certains groupes sont particulièrement vulnérables aux effets négatifs de l'isolement carcéral. Les personnes atteintes de troubles psychotiques, de grave dépression, de stress post-traumatique ou de graves troubles de la personnalité peuvent ne pas supporter l'isolement, qui peut avoir d'importantes conséquences sur leur santé. L'isolement peut compromettre la réussite du traitement de ces personnes une fois celles-ci de retour dans leur lieu de détention ou au sein de la société. Les détenus atteints d'un handicap physique ou d'un autre trouble médical voient souvent leur état s'aggraver en isolement, non seulement du fait des contraintes physiques que cet isolement suppose, mais aussi parce que leurs besoins particuliers ne sont souvent pas pris en compte dans cet environnement.

La pratique de l'isolement expose les enfants et les jeunes, qui se trouvent à un stade crucial de leur développement, tant sur le plan social que psychologique et neurologique, à de graves risques de troubles mentaux et physiques à long terme. Les dangers de l'isolement pour les enfants et les jeunes font l'objet d'un consensus international croissant, aussi certaines juridictions ont-elles complètement aboli cette pratique.

Normes internationales relatives à l'isolement

L'accumulation de preuves des conséquences délétères de l'isolement sur la santé des détenus a conduit à l'élaboration d'une série de normes et de recommandations internationales visant à réduire l'usage et les effets néfastes de l'isolement.

Les règles minima pour le traitement des détenus ont d'abord été adoptées en 1957 puis elles ont été révisées et adoptées à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations unies en 2015 sous le nom de Nelson Mandela Rules. Les règles minima constituent le principal cadre international pour le traitement des prisonniers.

Les règles Nelson Mandela sont étayées et complétées par d'autres normes et recommandations internationales, telles que les règles des Nations unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes et commentaires, dites règles de Bangkok, les règles des Nations unies pour la protection des mineurs privés de liberté ou encore les travaux du rapporteur spécial chargé d'examiner les questions se rapportant à la torture.

Le recours abusif à l'isolement cellulaire peut se caractériser par une durée indéfinie ou prolongée de l'isolement (définie comme telle à partir de 15 jours) mais aussi par une sanction collective ou corporelle, la réduction de la ration alimentaire ou en eau potable du détenu ou le placement de celui-ci dans une cellule sans lumière ou constamment éclairée. L'usage abusif de l'isolement peut ainsi constituer une forme de torture ou de mauvais traitement et à ce titre il doit être interdit, conformément au droit international des droits humains et à l'éthique médicale.

L'AMM et ses membres réitèrent la position ferme qu'ils ont adoptée de longue date, à savoir la condamnation de toute forme de torture ou de tout autre peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant et réaffirment le principe fondamental selon lequel les médecins ne sauraient cautionner ou participer à un acte de torture ou à tout traitement inhumain ou dégradant.

RECOMMENDATIONS

1. Du fait de la dangerosité de l'isolement, qui peut parfois constituer une forme de torture ou de mauvais traitement, l'AMM et ses membres appellent à la mise en œuvre des règles Nelson Mandela et d'autres normes et recommandations internationales associées en vue de préserver les droits fondamentaux et la dignité des détenus.

2. L'AMM et ses membres insistent notamment sur le respect des principes suivants :

   - Compte tenu des graves conséquences de l'isolement sur la santé physique et mentale des détenus (notamment le risque accru de suicide ou d'automutilation), il ne devrait être imposé que dans des cas exceptionnels, en dernier ressort et pour une durée aussi brève que possible. L'autorité imposant l'isolement doit se conformer à des règles claires quant à l'usage de cette mesure.
   - Toutes les décisions relatives à l'isolement doivent être transparentes et conformes à la loi. La durée de l'isolement doit être limitée par la loi. Le détenu doit être informé de la durée de l'isolement, cette durée devant être déterminée avant la mise en œuvre de la mesure. Les détenus placés à l'isolement doivent disposer d'un droit de recours contre cette décision.
   - L'isolement cellulaire ne saurait dépasser une durée de 15 jours consécutifs. Il doit également être interdit de sortir un détenu de l'isolement pour une période limitée en vue de le placer de nouveau à l'isolement juste après pour contourner la limitation de durée.
   - Interdiction du recours à l'isolement

3. L'isolement pour une durée indéterminée ou prolongée constituant un acte de torture ou une peine ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant, il doit être prohibé [1].

4. L'isolement des enfants, des jeunes (tels que définis par le droit national), des femmes enceintes, des femmes ayant accouché depuis six mois ou moins, des femmes ayant avec elles un enfant en bas âge et des mères qui allaitent [2] doit être interdit, de même que l'isolement des détenus souffrant d'une pathologie mentale, cette mesure conduisant souvent à l'aggravation des troubles de la santé mentale [3].

5. Le recours à l'isolement doit être interdit pour les détenus présentant un handicap physique ou un autre problème médical qui pourrait être aggravé par cette mesure.

6. Lorsque des enfants ou des jeunes doivent être placés à l'écart pour assurer leur sécurité ou la sécurité d'autrui, il convient de les placer dans un environnement où ils ne seront pas seuls et où ils disposeront des ressources dont ils ont besoin, y compris un contact humain régulier et une activité utile.

Conditions de l'isolement

7. La dignité humaine des détenus placés à l'isolement doit être respectée à tout moment.

8. Les détenus en isolement cellulaire doivent avoir accès, dans une mesure raisonnable,

à des contacts humains significatifs réguliers, à des activités, y compris de l'exercice en plein air et à des stimuli environnementaux. Comme tous les détenus, ils ne sauraient être soumis à des conditions extrêmes, physiquement ou mentalement éprouvantes.

9. Les détenus ayant été placés à l'isolement doivent bénéficier d'une période de réadaptation, durant laquelle ils doivent être examinés par un médecin, avant d'être libérés de prison. Cette période ne saurait prolonger la durée de leur incarcération.

Rôle des médecins

10. Le rôle du médecin est de protéger, d'améliorer et de défendre la santé physique et mentale des détenus, pas d'infliger une sanction. C'est pourquoi les médecins ne sauraient participer en quelque mesure que ce soit au processus de décision conduisant au placement en isolement, y compris en déclarant qu'une personne est «apte » à supporter l'isolement ou en participant en une quelconque manière à sa mise en œuvre. Cela ne saurait empêcher les médecins de procéder à des visites régulières aux personnes placées à l'isolement afin d'évaluer leur état de santé, de dispenser des soins et des traitements en cas de besoin et de signaler la détérioration de la santé d'une personne.

11. La prestation de soins de santé doit répondre aux besoins médicaux et aux demandes du détenu. Les médecins doivent se voir garantir un accès quotidien aux détenus placés à l'isolement, de leur propre initiative. Il doit leur être accordé un accès plus fréquent si les médecins l'estiment nécessaire.

12. Les médecins qui travaillent en prison doivent être en mesure d'exercer en toute indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Aux fins de maintenir cette indépendance, les médecins qui travaillent en prison doivent être employés et encadrés par un organisme séparé de la prison et du système judiciaire pénal.

13. Les médecins ne doivent prescrire que des médicaments ou traitements nécessaires d'un point de vue médical et ne sauraient prescrire de médicament ou de traitement, quel qu'il soit, qui permette de prolonger la durée de l'isolement.

14. Les soins de santé doivent toujours être prodigués dans un environnement qui respecte la dignité et l'intimité du détenu. Les médecins travaillant en centre de détention sont liés par les codes déontologiques et principes d'éthique médicale comme ils le seraient dans n'importe quel autre environnement de travail.

15. Tout médecin devrait signaler toute préoccupation relative à l'impact de l'isolement sur la santé et le bien-être d'une personne détenue aux autorités chargées d'examiner les décisions de placement en isolement. Si nécessaire, il conviendrait qu'il recommande clairement que la personne soit sortie de l'isolement. Une telle recommandation devrait être respectée par les autorités pénitentiaires et suivie d'effet.

16. Les médecins ont le devoir d'examiner les conditions d'isolement et d'informer les autorités s'ils estiment qu'elles sont inacceptables ou constituent un traitement

inhumain ou dégradant. Il devrait exister, au sein de tout système judiciaire, des mécanismes clairs permettant aux médecins de signaler de telles dérives.

Références

[1] Règle Nelson Mandela no 43.

[2] Règle 22 des Nations unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes et commentaires (règles de Bangkok).

[3] Rapport du rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/66/268, 5 août 2011, § 68 (en anglais).

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LA SANTÉ MOBILE

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

La santé mobile (mSanté) est une forme de santé électronique (eSanté) sans définition précise. On l'a décrite comme une pratique de médecine et de santé publique assistée par des appareils mobiles tels que des téléphones cellulaires, des appareils de monitoring, des assistants numériques personnels (PDA) et d'autres dispositifs destinés à être utilisés avec des appareils mobiles. Elle englobe les services de messagerie vocale (SMS), des applications (apps) et l'utilisation d'un système de localisation mondiale (GPS).

Il faut instaurer des politiques et des mesures de précaution pour réglementer et sécuriser la collecte, le stockage, la protection et le traitement des données des utilisateurs de mSanté. Les utilisateurs des services de mSanté doivent être informés sur la manière dont leurs données personnelles sont collectées, stockées, protégées et traitées. Il faut obtenir leur consentement avant toute divulgation des données à des tiers, par ex. aux chercheurs, aux gouvernements ou aux compagnies d'assurance.

Le suivi et l'évaluation de la mSanté devraient être instaurés soigneusement afin d'éviter une inégalité d'accès à ces technologies. Le cas échéant, des services sociaux ou médicaux devraient faciliter l'accès aux technologies de mSanté en tant que prestations de base tout en prenant les précautions requises pour garantir la sécurité et la confidentialité des données. L'accès aux technologies de mSanté ne devrait être refusé à personne, sous prétexte d'une situation financière défavorable ou d'un manque de compétences techniques.

Les technologies de mSanté remplissent un grand nombre de fonctions. On peut les utiliser pour :

- Promouvoir la santé (mode de vie), à l'image des apps permettant aux utilisateurs d'enregistrer les calories absorbées ou ces capteurs de mouvement permettant de contrôler l'activité physique.
- Des services nécessitant l'expertise de médecins comme par ex. les services SMS qui donnent des conseils aux femmes enceintes ou des capteurs portables pour contrôler les maladies chroniques telles que le diabète. Les technologies de mSanté de cette nature répondent fréquemment à la définition d'un appareil médical et devraient faire l'objet d'une surveillance des risques et d'un réglementation pour toutes ses implications.

La mSanté peut aussi servir à transmettre des informations entre professionnels de santé, en fournissant par ex. aux médecins un accès libre via un téléphone portable indépendant des réseaux de téléphonie dans les régions disposant de faibles ressources

L'évolution des technologies et la prévalence et la disponibilité grandissantes des appareils mobiles ont conduit à une augmentation exponentielle du nombre et de la variété des services de mSanté utilisés à la fois dans les pays développés et les pays en voie de développement. Dans le même temps, ce secteur relativement nouveau et à évolution rapide demeure grandement dépourvu d'une réglementation. Cela pourrait avoir des conséquences sur la sécurité des patients.

La mSanté peut potentiellement compléter et développer des services de santé existants en favorisant la prévalence d'appareils mobiles pour faciliter l'accès aux services de santé, améliorer l'autogestion par le patient, permettre des interactions électroniques entre patients et médecins et réduire les coûts de santé. En matière d'utilisation et de bénéfices de la mSanté, les différences régionales et démographiques sont importantes. Le recours aux services de mSanté peut s'avérer plus opportun dans certaines structures que d'autres.

Les technologies de mSanté impliquent généralement l'évaluation ou la saisie manuelle de données médicales, physiologiques, de données sur le mode de vie, l'activité et l'environnement ce qui est leur objectif premier. La grande quantité de données générées de cette façon fournit aussi un énorme champ de recherche pour la délivrance efficace de soins et la prévention des maladies. L'exploitation secondaire des données personnelles n'est cependant pas sans risque d'abus potentiels et de nombreux utilisateurs de la mSanté ne le savent pas.

L'expansion des services de mSanté a été grandement pilotée par le marché et de nombreuses technologies ont été mises au point sans coordination, à titre expérimental et sans respecter la protection des données et la sécurité des patients. Il est souvent impossible pour les utilisateurs de savoir si les informations fournies via les systèmes de mSanté proviennent d'une source médicale fiable. La qualité des technologies de mSanté et leur apport pour l'objectif recherché par les patients ou les médecins constituent des défis majeurs pour le marché de la mSanté.

Une réglementation et une évaluation approfondies de l'efficacité, de la qualité et du rapport coût/efficacité des technologies et des services de mSanté font actuellement défaut. Cela a des conséquences pour la sécurité des patients. Ces facteurs sont essentiels pour l'intégration des services de mSanté dans la délivrance régulière de soins.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM reconnaît le potentiel de la mSanté pour compléter la façon traditionnelle de gérer la santé et de fournir des soins. La mSanté tout en pouvant faire bénéficier les patients d'un accès aux services des médecins qu'ils n'auraient pas autrement, n'est pas systématiquement appropriée et pas toujours idéale pour établir un diagnostic et soigner. Là où le traitement en face à face est possible, c'est toujours mieux pour le patient.

2. La force motrice de la mSanté doit être de combler les lacunes en matière de délivrance des soins ou d'améliorer leur qualité.

3. L'AMM exhorte les patients et les médecins à être extrêmement circonspects quant à l'utilisation de la mSanté et conscients des possibles risques et conséquences.

4. Il faut distinguer clairement les technologies de mSanté utilisées pour améliorer le

mode de vie et celles nécessitant l'expertise des médecins et répondant à la définition d'appareils médicaux. Ces derniers doivent être correctement réglementés, par exemple en tant que dispositifs médicaux, et les utilisateurs doivent être en mesure de vérifier la source des informations fournies. Les informations fournies doivent être claires, loyales et non techniques et donc accessibles aux profanes.

5. Un travail concerté doit se faire pour améliorer l'interopérabilité, la fiabilité, la fonctionnalité et la sécurité des technologies de mSanté, par ex. via l'élaboration de normes et de protocoles de certification.

6. Une évaluation approfondie et indépendante doit être menée par des autorités compétentes disposant des compétences médicales nécessaires de manière régulière afin d'évaluer la fonctionnalité, les restrictions, l'intégrité des données, la sécurité et la confidentialité des technologies de mSanté. Ces informations doivent être mis à la disposition du public.

7. La mSanté peut contribuer à l'amélioration des soins uniquement si les services sont justifiés médicalement parlant. Lorsque l'utilité clinique a été démontrée, il conviendrait de le faire savoir dans des publications professionnelles et d'en assurer la reproduction.

8. Il faut établir des modèles de remboursement adaptés de concert avec les Associations Médicales Nationales et les prestataires de soins afin que les médecins soient indemnisés pour leurs activités en matière de mSanté.

9. New

10. Un cadre juridique clair doit être établi afin d'identifier les responsabilités potentielles liées à l'utilisation des technologies de mSanté.

11. Les médecins recourant aux technologies de mSanté pour soigner devraient tenir compte de la charte éthique figurant dans la prise de position de l'AMM sur les principes applicables à l'utilisation de la télésanté pour la fourniture de soins.

12. Il est important de tenir compte des risques liés à une utilisation excessive ou inadéquate des technologies de mSanté et du possible impact psychologique sur les patients.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LE BIEN-ÊTRE DES MÉDECINS

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

Le bien-être du médecin fait référence à l'optimisation de tous les facteurs impactant la santé biologique, psychologique et sociale et à la prévention ou au traitement des maladies aigües ou chroniques des médecins dont les maladies mentales, les handicaps et blessures liés aux dangers du travail, le stress professionnel et l'épuisement.

Le bien-être du médecin pourrait avoir un impact positif sur les soins aux patients mais davantage de recherches sont nécessaires. La profession devrait donc encourager et soutenir les recherches en cours sur la santé du médecin. Les preuves déjà existantes devraient être mises à profit dans les politiques et la pratique. Les médecins sont enclins à avoir des habitudes saines mais il est essentiel de favoriser leur santé en tant que moyen d'améliorer la santé de la population entière.

A tous les stades de leur carrière, les médecins et les étudiants en médecine sont exposés à la fois à des expériences positives et à une série de facteurs de stress et de blessures au travail. La profession médicale devrait chercher à identifier et à réviser les politiques et les pratiques contribuant à ces facteurs de stress, collaborer avec les AMN afin d'établir des politiques et pratiques ayant un effet protecteur. Comme tous les êtres humains, les médecins tombent malades et ont également des obligations familiales et d'autres engagements en dehors de leur vie professionnelle dont il faudrait tenir compte.

Leur souci quant au maintien de la confidentialité et leur sentiment de mal à l'aise dans le rôle du patient sont une raison expliquant pourquoi les médecins tardent à demander de l'aide. Ils ressentent également un sentiment de responsabilité vis-à-vis de leurs patients et sont sensibles aux attentes extérieures concernant leur santé. Les médecins doivent donc avoir la certitude de bénéficier du même droit à la confidentialité que tout autre patient lorsqu'ils cherchent à se faire soigner ou sont soignés. Le système de santé devrait peut-être prévoir des dispositions spéciales pour les patients-médecins afin que soient garanties la protection de la vie privée et la confidentialité. La prévention, l'assistance précoce et l'intervention devraient être disponibles distinctement de toute procédure disciplinaire.

MENACES, OBSTACLES ET OPPORTUNITES POUR LE BIEN-ETRE DU MEDECIN

Rôles et attentes professionnelles

La profession médicale attire souvent les individus mus par un fort sens du devoir. Le fait de réussir le long et intense cursus de formation confère aux médecins un grand respect et de grandes responsabilités dans leurs communautés.

Compte tenu de ce haut niveau de respect et de responsabilité les médecins suscitent beaucoup d'attente de la part des patients, du public. Ces attentes peuvent contribuer à donner la priorité à la prise en charge des autres et non pas de soi-même, générer un sentiment de culpabilité et d'égoïsme s'ils s'occupent de leur propre bien-être.

Il existe une relation directe entre les pratiques de santé préventives des médecins et celles des patients. Cette relation devrait encourager les systèmes de santé à mieux soutenir et évaluer l'impact sur les patients d'une amélioration de la santé des médecins et des étudiants en médecine.

Environnement de travail

Les conditions de travail dont la charge de travail et les horaires de travail jouent sur la motivation du médecin, sur la satisfaction que lui procure le métier, sur sa vie personnelle et sa santé psychologique tout au long de sa carrière.

Souvent les médecins sont perçus comme immunisés contre toute blessure et maladie puisqu'ils s'occupent de leurs patients. La santé sur le lieu de travail et les programmes de sécurité peuvent être occultés. Les médecins employés par de petites organisations ou à leur compte peuvent même courir davantage de risques de maladies professionnelles et ne pas avoir accès aux programmes de santé et de sécurité mis en place par les grands établissements de santé.

De par leur mission professionnelle, les médecins et ceux en formation postdoctorale sont souvent confrontés à des situations émotionnellement dures et traumatisantes, notamment la souffrance, les traumatismes et la mort des patients. Les médecins peuvent également être exposés à des dangers physiques tels que des radiations, le bruit, un manque d'ergonomie et des dangers biologiques tels que VIH, TB et hépatite.

Certains systèmes de santé peuvent amplifier le stress en raison de la hiérarchie et de la concurrence inhérente à ces systèmes. Les médecins en formation postdoctorale et les étudiants en médecine peuvent être victimes de harcèlement et de discrimination au cours de leur cursus médical. En raison de leur place dans la hiérarchie médicale, ils ne sont peut-être pas en mesure de faire face à de tels comportements.

L'autonomie est l'un des facteurs essentiels participant à la satisfaction des médecins. Les pressions croissantes exercées par la réglementation externe comme par exemple l'accent indu mis sur la rationalisation des coûts et les conséquences liées au signalement des erreurs médicales peuvent jouer sur la décision médicale et nuire à l'autonomie du médecin.

Maladie

Même si les professionnels de la médecine reconnaissent qu'il est préférable d'identifier et de traiter précocement la maladie, les médecins ont souvent tendance à cacher leur propre maladie et à poursuivre leur exercice sans demander d'aide jusqu'à ce qu'ils ne soient plus capables d'accomplir leur tâche. Il existe de nombreux obstacles potentiels à la demande de soins de la part d'un médecin : déni, confidentialité, aversion pour la position de patient, assurances, crainte de mesures disciplinaires et possible perte des privilèges professionnels, perte financière basée sur la performance et l'efficacité de l'automédication. En raison de ces obstacles, les médecins sont fréquemment peu enclins à

se soigner ou à se faire soigner.

Les maladies peuvent être d'ordre mental et comportemental, physique. Il peut s'agir d'épuisement, de problèmes de communication et de relations, de troubles cognitifs, d'addiction à des médicaments. Ces problèmes et ces maladies peuvent se cumuler et se produire tout au long de la vie professionnelle depuis la formation médicale de base jusqu'à la retraite. Il est important de reconnaître l'importance du continuum de bien-être du médecin, depuis une santé optimale jusqu'à une maladie mineure et une maladie débilitante.

L'abus de médicaments peut perturber la vie personnelle du médecin et nuire également beaucoup à sa capacité de prise en charge des patients. Un accès facile aux médicaments peut faire courir aux médecins le danger d'abuser de drogues douces et de médicaments. L'assistance avant la perte de capacités professionnelles préserve les médecins, leur crédibilité professionnelle et leurs patients.

Une meilleure promotion du bien-être, des stratégies de prévention et une intervention précoce peuvent atténuer la gravité des maladies mentales et physiques et aider à réduire l'incidence des suicides chez les médecins, ceux en formation postdoctorale et les étudiants en médecine.

RECOMMANDATIONS

L'Association Médicale Mondiale recommande à toutes les Associations Médicales Nationales (AMN) de reconnaître et si possible de suivre les recommandations suivantes :

1. En partenariat avec les facultés de médecine et le milieu professionnel, les AMN reconnaissent leur devoir d'éduquer à tous les niveaux sur le bien-être des médecins. Les AMN devraient promouvoir d'une manière collaborative la recherche pour établir les meilleures pratiques pour favoriser la santé des médecins et déterminer l'impact du bien-être des médecins sur les soins aux patients.

2. Le bien-être des médecins devrait être encouragé et assuré au sein et à l'extérieur du lieu de travail. Il peut s'agir entre autres de traitements médicaux, de conseils, de réseaux de soutien, de programmes de santé reconnus et spécifiques aux médecins, de réhabilitation professionnelle et de programmes de prévention primaires dont la formation à la résilience et à la gestion des cas.

3. Les AMN devraient être conscientes de la forte corrélation entre les pratiques de santé personnelles des patients et des médecins. C'est là une autre raison majeure de promotion de la santé des médecins de la part des systèmes de santé.

4. Les programmes de santé destinés aux médecins peuvent aider tous les médecins à s'aider eux-mêmes d'une manière proactive via des stratégies de prévention. Ils peuvent aussi aider les médecins malades via un examen d'évaluation, la prescription d'un traitement et un suivi. Les programmes et les ressources favorisant la santé psychologique devraient être disponibles pour tous les médecins. Une identification et une intervention précoces ainsi que des dispositions spéciales pour la prise en charge des médecins-patients devraient exister pour préserver la santé des médecins. Encourager une culture d'assistance et d'acceptation est essentiel pour une prise en charge et une intervention précoces

et réussies.

5. Les médecins risquant d'abuser de l'alcool ou de médicaments devraient avoir accès un traitement adéquat et confidentiel et un grand soutien professionnel. Les AMN devraient développer des programmes de retour à la vie professionnelle pour les médecins avec une supervision appropriée à la fin de leur période de traitement. Il faudrait davantage de recherches pour déterminer les meilleures pratiques de prévention de l'abus de substances parmi les médecins et ceux en formation postdoctorale.

6. Les médecins ont droit à des conditions de travail qui les aident à limiter les risques d'épuisement et qui leur donnent la possibilité de prendre soin de leu santé en équilibrant leurs engagements professionnels et leur vie et responsabilités personnelles. Un nombre d'heures de travail consécutives et des horaires de travail raisonnables, des périodes de repos et des congés adaptés font partie des conditions de travail optimales. Les organisations concernées devraient travailler sur l'autonomie professionnelle et l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Elles devraient impliquer les médecins dans les décisions concernant leur vie professionnelle. Les conditions de travail ne devraient pas compromettre la sécurité des patients ou des médecins. Enfin, les médecins devraient participer en tant que partenaires et leaders dans l'établissement de conditions de travail optimales.

7. Les postes de travail devraient promouvoir des conditions propices à des modes de vie sains dont l'accès à des choix alimentaires, à de l'exercice physique, à des conseils diététiques et à un soutien pour arrêter de fumer.

8. Les médecins, ceux en formation postdoctorale et les étudiants en médecine ont le droit de travailler dans un lieu où ne règnent pas le harcèlement et la violence. Cela inclut d'être dispensé d'attaques verbales et physiques.

9. Les médecins, ceux en formation postdoctorale et les étudiants en médecine ont le droit à un lieu de travail basé sur la collaboration et sécurisé. Les lieux de travail devraient favoriser le travail d'équipe interdisciplinaire. La communication entre les médecins et tous les autres professionnels sur le lieu de travail devrait se dérouler dans un esprit de coopération et de respect. Il faudrait prendre en considération l'éducation à la communication, à la prise de conscience et au travail d'équipe.

10. Le personnel médical devrait être formé à la communication et à l'identification, à l'approche et à la communication avec les personnes potentiellement violentes. Les établissements de santé devraient les protéger de la violence et instaurer des contrôles routiniers des risques de violence, notamment dans les hôpitaux psychiatriques et les services d'urgence. Le personnel victime de violence ou signalant la violence devrait être soutenu par la direction et se voir offrir une assistance médicale, psychologique et juridique.

11. Les facultés de médecine et les centres hospitaliers universitaires devraient installer et entretenir des services confidentiels pour les médecins en formation postdoctorale et les étudiants en médecine, sensibiliser davantage à de tels programmes et à leur accès. Les lieux de travail devraient penser à proposer des consultations médicales aux médecins en formation postdoctorale afin d'identifier tout problème de santé à la fin de la formation postdoctorale.

12. Le soutien pour tous les médecins sur le lieu de travail devrait être facilement

accessible et confidentiel. Les médecins examinant et traitant leurs confrères ne devraient pas avoir à faire un rapport sur les soins prodigués au médecin-patient à l'image ce qui se pratique pour les patients non médecins.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
L'AIDE FOURNIE AUX ENFANTS DES RUES

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

L'AMM reconnaît que la présence d'enfants dans les rues est inadmissible dans une société même si cette situation est difficilement inévitable dans de nombreux pays au monde.

L'AMM entend sensibiliser la société civile et médicale au rôle fondamental du contact médical pour améliorer la situation des enfants des rues. Dans ce contexte le premier contact avec les enfants des rues doit reposer sur la confiance. Le contact médical avec les autres professionnels de santé et les travailleurs sociaux doit donc être envisagé comme une première approche visant à resocialiser les enfants des rues en instaurant la confiance entre le médecin et l'enfant de la rue. Ensuite une approche davantage pluridisciplinaire et pluridimensionnelle peut suivre afin d'améliorer le bien-être des enfants des rues.

L'enfance et l'adolescence sont la période initiale d'un long processus de croissance physique, psychique, culturel et social.

La bonne santé de la jeunesse détermine la santé de la population de demain.

La jeunesse contribue à la cohésion sociale et constitue l'une des richesses d'un pays.

Agir sur les déterminants sociaux de la santé est essentiel pour parvenir à l'équité en matière de santé ; les déterminants sociaux, aboutissant à l'apparition et au développement du phénomène des « enfants des rues », sont multiples et complexes.

Vivre dans les rues nuit à la santé de ces enfants, aussi bien en termes de risques sanitaires supplémentaires encourus que de non accès aux soins de santé et à la prévention ; les enfants des rues sont plus particulièrement vulnérables aux maladies graves et aux blessures traumatiques. De plus, les enfants des rues ne bénéficient pas de soins préventifs et de soins permanents car ils changent souvent de lieu.

La santé des enfants demeure critique et s'est encore dégradée du fait de la crise financière et économique mondiale qui entraîne des ruptures familiales, des soulèvements sociaux, un arrêt des soins de santé et une déscolarisation.

Les enfants sont victimes de discriminations liées au genre, à l'origine ethnique, à la langue, à la religion, à l'opinion politique, au handicap, au statut social ou à la migration des populations ; les enfants des rues sont particulièrement vulnérables aux abus, à la violence, à l'exploitation, à l'instrumentalisation dont les trafics d'enfants.

L'enfant sans domicile fixe est souvent méconnu, tant sur le plan national qu'international

car c'est une situation difficile à quantifier et à évaluer.Le bien-être du médecin fait référence à l'optimisatio

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM condamne fermement les violations des droits des enfants vivant dans la rue et les atteintes à ces droits, tout particulièrement la discrimination, et la stigmatisation et leur exposition aux abus, à la violence, à l'exploitation et à l'instrumentalisation dont le trafic des enfants.

2. L'AMM en appelle aux gouvernements pour qu'ils étudient les facteurs amenant des enfants à vivre dans les rues et qu'ils travaillent à appliquer toute la législation spécifique et les systèmes de protection pour réduire les implications sanitaires pour ces enfants mis dans une telle situation. Les autorités nationales sont dans l'obligation de prendre en charge tous les enfants et si nécessaire de les accompagner pour retrouver une vie normale. Cela implique aussi de protéger ces enfants des risques sanitaires tels que les drogues, le sida, la cigarette et l'alcool.

3. L'AMM en appelle aux gouvernements, aux associations médicales nationales et aux professionnels de santé pour qu'ils prennent davantage conscience de l'ampleur du phénomène, et qu'ils organisent des campagnes de prévention et de sensibilisation. Ces enfants doivent pouvoir accéder à toute l'étendue de la protection sanitaire et sociale nécessaire.

4. L'AMM demande à toutes les associations médicales nationales de collaborer avec leurs homologues juridiques, gouvernements, professionnels de santé et autorités publiques afin de garantir les droits fondamentaux des enfants, population particulièrement vulnérable et donc à protéger, notamment l'accès aux soins et à l'éducation. Le droit à l'alimentation et à un logement devrait être garanti et toute forme de discrimination ou d'exploitation doit être prohibée.

5. L'AMM condamne toute évaluation abusive de l'âge recourant à des investigations cliniques ou para cliniques insuffisamment fiables. Les adolescents jusqu'à leur majorité doivent jouir de leur statut d'enfant mineur, tel que reconnu par la Convention internationale des droits de l'enfant des Nations Unies.

6. L'AMM exhorte les médecins à rester vigilants afin d'apporter tout le soutien nécessaire à une prise en charge adéquate et globale des « enfants des rues ». Les médecins doivent être conscients que l'absence de domicile fixe est un problème très répandu. Ils doivent savoir quelles sont les personnes sans domicile fixe dans leur propre patientèle; ils sont encouragés à rétablir une relation de confiance avec ces enfants et à s'impliquer dans les programmes d'aide sociale et de défense.

7. L'AMM affirme que tout devrait être mis en œuvre pour que tous les enfants, en particulier ceux sans domicile fixe accèdent à un environnement psychosocial adapté et équilibré, respectueux de leurs droits, dont celui à la santé.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LES AGENTS CHIMIQUES ANTI-ÉMEUTES

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

Les armes chimiques sont depuis longtemps un sujet de préoccupation. Malgré cela, on a utilisé massivement les gaz toxiques au cours de la première guerre mondiale ce qui donné lieu à un appel du Comité International de la Croix Rouge (CICR) en février 1918 pour un arrêt de leur utilisation.

Ont alors vu le jour la convention sur les armes biologiques et à toxines en 1972 (CABT) et la convention pour l'interdiction des armes chimiques (CIAC) de 1993.

Tous les pays au monde sauf six ont signé et ratifié la CIAC, et deux de plus l'ont signée mais non encore ratifiée. C'est donc une convention presque universellement acceptée.

Les conventions interdisent la mise au point, la production et le stockage des armes chimiques en plus de leur utilisation durant les guerres et demandent des mesures pour démanteler ou détruire les stocks existants. La CIAC autorise cependant le recours à des produits chimiques spécifiques pour faire appliquer les lois nationales et contrôler les émeutes. Cela signifie que les Etats pourraient détenir des stocks de certains agents. Les agents chimiques anti émeutes ne peuvent toutefois pas être utilisés pour des guerres ; l'exclusion est passée dans le droit coutumier et leur utilisation est donc permise uniquement dans le cadre national.

Même s'il existe un intérêt académique et militaire pour ce que l'on appelle souvent les armes non létales, l'incidence de la morbidité et de la mortalité liée à l'utilisation des armes n'est pas un critère retenu pour l'interdiction. Une approche à plusieurs niveaux basée sur les degrés de létalité d'armes spécifiques est contraire à la philosophie des deux conventions.

En cas d'importants troubles publics et de coups d'état ou autres, les gouvernements peuvent hélas décider d'employer des agents chimiques anti émeutes. Même s'ils ne violent pas les principes de la CIAC, leur emploi peut toujours occasionner des problèmes médicaux, juridiques et éthiques.

Les agents chimiques anti émeutes sont conçus pour dissiper les émeutiers et ne devraient donc pas causer des blessures directes persistantes ou des morts. Tout comme les autres agents, la manière dont ils sont utilisés déterminera la dose d'exposition. Leur capacité à chasser les manifestants pour réduire l'exposition peut aussi avoir un impact. On sait que les facteurs individuels dont la santé en général et l'âge influent sur la réaction d'un individu exposé à l'agent chimique.

Des agents chimiques tels que les gaz lacrymogènes libérés dans un petit espace clos exposeront les personnes à des doses bien plus fortes que celles normalement libérées au cours des émeutes et génèreront une plus forte morbidité et potentiellement la mort.

Les agents chimiques anti émeutes utilisés abusivement provoquent de graves dommages ou la mort des manifestants, exposent les individus à des doses excessives ou sont utilisés pour réprimer les manifestants. Ils peuvent conduire à une violation des droits humains touchant les personnes concernées, notamment le droit à la vie (article 3), le droit à la liberté d'expression (article 19) et le droit à la liberté de réunion et d'association pacifiques (article 20) de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

Les gouvernements autorisant le stockage et l'utilisation de tels agents par leur police et leurs services de sécurité sont priés de réfléchir aux conséquences fatales de leur utilisation. Il est demandé aux gouvernements de veiller à une utilisation correcte minimisant les risques de forte morbidité et de mortalité.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM reconnaît que l'utilisation inappropriée des agents chimiques anti émeutes met en danger la vie des personnes ciblées et expose les gens autour, s'apparentant ainsi à une violation potentielle de leurs droits humains, notamment le droit à la vie, le droit à la liberté d'expression et le droit à la liberté de réunion et d'association pacifiques comme stipulé dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme;

2. Lorsque des agents chimiques anti émeutes sont utilisés, l'AMM exhorte les Etats à le faire d'une façon appropriée afin de minimiser le risque de graves dommages pour les personnes et d'interdire leur usage en présence de populations vulnérables telles que les enfants, les personnes âgées ou les femmes enceintes ;

3. L'AMM insiste sur le fait que les agents chimiques anti émeutes ne devraient jamais être utilisés dans des espaces clos où les concentrations chimiques peuvent atteindre des niveaux dangereux et où les personnes ciblées ne peuvent se dégager des zones où ces agents sont très concentrés.

4. L'AMM insiste pour que les Etats forment la police et les autres services de sécurité sur l'utilisation sûre et légale des agents chimiques anti émeutes afin de minimiser les risques de dommages quand ils sont employés. Cela doit inclure l'évacuation rapide de tout individu apparemment souffrant d'une forte exposition, le non ciblage des personnes et la non utilisation excessive de l'agent ;

5. L'AMM insiste pour que les Etats pénalisent les individus qui font un abus excessif des agents chimiques anti émeutes et qui mettent délibérément en danger la vie des personnes et leur sécurité par l'utilisation inadéquate d'agents. De telles utilisations excessives menant à de graves dommages physiques ou à la mort des individus devraient faire l'objet d'enquêtes par des experts indépendants.

6. L'AMM demande un accès libre et protégé du personnel de santé afin qu'il puisse remplir sa mission de secours des blessés comme stipulé dans la « Déclaration de

l'AMM sur la protection des personnels de santé dans des situations de violence ».

7. Compte tenu des graves difficultés et risques pour la santé et la vie liés à l'utilisation de tels agents chimiques anti émeutes, l'AMM recommande que les Etats s'abstiennent de les utiliser dans toutes circonstances.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LES PERSONNES TRANSSEXUELLES

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

Dans la majorité des cultures, le sexe d'une personne est déterminé le jour de sa naissance selon des caractéristiques physiques basiques. Les personnes sont censées s'identifier au sexe tel que défini (identité sexuelle) et se comporter selon des normes culturelles spécifiques, grandement associées à leur expression sexuelle. L'identité sexuelle et l'expression sexuelle constituent le concept de « sexe » proprement dit.

Certaines personnes expérimentent différentes manifestations de sexe non conformes à celles typiquement associées à leur sexe à la naissance (« transsexualité »). Le terme « transsexualité » se réfère aux personnes qui vivent une inadéquation de sexe que l'on définit comme un décalage entre le sexe d'une personne et le sexe qui lui a été attribué à la naissance.

Tout en concédant qu'il s'agit d'une question éthique complexe, l'AMM aimerait souligner le rôle crucial joué par les médecins qui conseillent et consultent les personnes transsexuelles et leurs familles sur les traitements désirés. L'AMM souhaite que cette prise de position serve de guide dans le cadre des relations patient – médecin et à promouvoir une meilleure formation afin que les médecins aient des connaissances plus complètes sur la transsexualité, qu'ils soient davantage sensibilisés aux personnes transsexuelles et aux questions de santé les concernent spécifiquement.

La transsexualité peut se vivre sous plusieurs formes. Certaines personnes tout en ayant un sexe bien identifiable anatomiquement, cherchent à modifier totalement leurs caractéristiques sexuelles primaires et secondaires et leur rôle sexuel afin de vivre comme une personne du sexe opposé (transsexualité). D'autres personnes choisissent de s'identifier sexuellement autrement que sur un mode binaire mâle ou femelle (« genderqueer »). Le terme générique « transsexuel » est une tentative de décrire ces groupes sans stigmatisation ou caractérisation pathologique. On l'utilise aussi dans le but d'une auto-identification positive. Cette prise de position ne traite pas explicitement des individus qui s'habillent seulement dans un style ou d'une façon traditionnellement associée au sexe opposé (par ex. les travestis) ou des individus nés avec des attributs physiques des deux sexes très variés (intersexualité). Il y a cependant des travestis et des individus intersexes qui s'identifient comme étant des transsexuels. Etre travesti ou intersexe n'exclut pas le fait de pouvoir aussi être transsexuel. Il est important de souligner que la transsexualité fait référence à l'identité sexuelle et doit être considérée distinctement de l'orientation sexuelle d'une personne.

Même si la transsexualité n'implique pas des troubles mentaux, les transsexuels peuvent avoir besoin de conseils pour mieux comprendre leur sexe et faire face aux questions

sociales et relationnelles complexes apparentées. Le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5) utilise le terme « dysphorie sexuelle » pour identifier les gens qui vivent cliniquement des situations de détresse grave consécutives à leur inadéquation sexuelle.

Les preuves suggèrent qu'un traitement à base d'hormones sexuelles ou une intervention chirurgicale peuvent être bénéfiques aux personnes souffrant d'une dysphorie sexuelle prononcée et durable et qui cherchent à changer de sexe. Les transsexuelles se voient cependant souvent refuser l'accès à des soins adéquats (par ex. hormones, chirurgies, soins psychiques) en raison, entre autres, de la politique des compagnies d'assurance, du régime de prestations de la sécurité sociale nationale ou d'un manque de compétences cliniques et culturelles des prestataires de soins. Les personnes transsexuelles risquent davantage de renoncer aux soins de santé par crainte d'une discrimination.

Professionnellement et socialement, les transsexuels sont souvent désavantagés et subissent une discrimination directe ou indirecte ainsi qu'une violence physique. En plus de se voir refuser les mêmes droits civils, la législation sur la discrimination qui protège les autres groupes minoritaires peut parfois ne pas inclure les transsexuels. Vivre les désavantages et la discrimination peut avoir un impact négatif sur la santé physique et mentale.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM souligne le fait que chacun a le droit de déterminer son propre sexe et reconnaît la diversité des possibilités dans ce domaine. L'AMM demande aux médecins de respecter le droit de toute personne à l'auto identification en matière de sexe.

2. L'AMM affirme que l'inadéquation sexuelle n'est pas en soi un maladie mentale ; elle peut toutefois mener à un inconfort ou à une détresse que l'on désigne sous le terme dysphorie sexuelle (DSM-5).

3. L'AMM affirme qu'en général toute procédure ou traitement médical lié à la transsexualité d'une personne, par ex. interventions chirurgicales, thérapie hormonale ou psychothérapie, requiert le libre consentement éclairé et explicite du patient.

4. L'AMM demande instamment à ce que tout soit tenté pour mettre en place des soins personnalisés, pluridisciplinaires et interdisciplinaires des personnes transsexuelles (y compris des thérapies par la parole, des traitements hormonaux, des interventions chirurgicales et des soins psychiques) et qu'ils soient accessibles à tous ceux vivant une inadéquation sexuelle afin de réduire ou de prévenir une dysphorie sexuelle prononcée.

5. L'AMM rejette clairement toute forme de traitement coercitif ou de modification forcée du comportement. Les soins des transsexuels visent à permettre à ces personnes d'avoir la meilleure qualité de vie possible. Les Associations Médicales Nationales devraient agir dans leurs pays afin d'identifier et combattre les obstacles

aux soins.

6. L'AMM demande la mise en place de formations spécialisées pour les médecins à tous les stades de leur carrière afin de leur permettre d'identifier et d'éviter toute pratique discriminatoire et de fournir des soins appropriés et empreints de sensibilité.

7. L'AMM condamne toutes les formes de discrimination, de stigmatisation et de violence contre les personnes transsexuelles et demande des mesures juridiques appropriées pour protéger leurs droits civiques. En tant que modèles, les médecins devraient mettre à profit leurs connaissances médicales pour lutter contre les préjudices dans ce domaine.

8. L'AMM réaffirme qu'aucune personne, quel que soit son sexe, son ethnie, son statut socio-économique, sa maladie ou handicap, devrait être soumise ou contrainte à une stérilisation durable (prise de position de l'AMM sur la stérilisation forcée et contrainte). Cela concerne également la stérilisation comme condition à remplir pour corriger le sexe enregistré sur les documents officiels suite à un changement de sexe.

9. L'AMM recommande que les gouvernements maintiennent une vigilance en matière de droits aux soins de santé des personnes transsexuelles, en menant des recherches sur les services de santé au niveau national et en utilisant les résultats pour établir des politiques sanitaires et médicales. L'objectif devrait être d'avoir un système de santé réactif travaillant avec les personnes transsexuelles afin d'identifier pour elles les meilleures options thérapeutiques.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LA CARENCE EN VITAMINE D

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

La vitamine D joue un rôle majeur dans le métabolisme du calcium et des os. Les valeurs normales sont 75-100 nmol/L (30-40 ng/ml). Une carence en vitamine D est constatée si le taux sérique de l'hydroxy-vitamine D est inférieur à 50nmol/L (20 ng/ml), une insuffisance s'il se situe entre 50 – 75 nmol/L (20-30 ng/ml).

Les études prouvent que la vitamine D est essentielle également pour la santé et le bien-être en général. Dans le corps la vitamine D est produite lors d'une exposition au soleil et à moindre degré via l'alimentation.

La vitamine D existe sous deux formes : la vitamine D3 (cholécalciférol chez les humains et autres mammifères) et la vitamine D2 (ergocalciférol dans les plantes). Les deux ont un métabolisme identique. La vitamine D3 est plus active que la vitamine D2.

La concentration sérique du métabolite de la vitamine D3produit au foie, la 25-hydroxy-vitamine D, est considérée comme le meilleur biomarqueur du taux de vitamine D.

La carence en vitamine D est une importante question de santé dans le monde entier. On estime que près d'un tiers de la population présente de faibles concentrations sériques de vitamine D.

De nombreuses études ont montré qu'une carence en vitamine D affecte la croissance et le développement. Les récepteurs de la vitamine D étant largement distribués dans les tissus, une carence en vitamine D s'accompagne de troubles musculosquelettiques (ostéoporose), de chutes, fractures, pathologies auto-immunes, maladies inflammatoires chroniques, diabète type 2, problèmes cardiovasculaires, troubles neurologiques et psychiatriques. Les groupes à risques sont les jeunes enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes. Les déterminants essentiels d'une carence en vitamine D incluent une exposition réduite au soleil, une mauvaise alimentation, les aliments fortifiants, la prise de compléments alimentaires.

RECOMMANDATIONS

Au vu de la forte occurrence de la carence/déficit en vitamine D, il est souhaitable d'attirer l'attention sur des actions de prévention appropriées dans les populations à risques. Une analyse de sang suffit pour déterminer le taux de vitamine D et une supplémentation par voie orale est une méthode de traitement simple. L'exposition au soleil n'est généralement

pas recommandée car elle peut accroître les risques de cancer de la peau.

L'Association Médicale Mondiale recommande que les Associations Médicales Nationales :

- Soutiennent la recherche continuelle sur la vitamine D et ses métabolites
- Eduquent les médecins sur l'évolution de la science concernant la vitamine D et sur son impact sur la santé (documents, brochures, posters)
- Encouragent les médecins à faire analyser les concentrations sériques de la des patients à risques en matière de carence en vitamine D.
- Pilotent la rédaction de recommandations diététiques pour la vitamine D.

DIRECTIVES DE L'AMM POUR LES INTERVENTIONS MÉDIATIQUES PROMOTIONNELLES DES MÉDECINS

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

Les media peuvent effectivement jouer différents rôles sur le plan de la communication médicale. Les médecins en tant qu'experts et professionnels peuvent contribuer à une meilleure santé publique en donnant des informations correctes sur la santé au public. Les média constituent un canal par lequel les médecins peuvent apporter leur contribution à la société via des interventions médiatiques positives.

Toutefois de plus en plus de médecins interviennent fréquemment dans les media pour recommander des traitements ou des produits de santé non avérés et pour exploiter leurs interventions à des fins de marketing. Cela pose un gros problème. Le public risque d'accepter facilement les recommandations sans fondement de certains médecins et d'en attendre des résultats irréalistes. La confusion et la déception en résultant peuvent alors saper la relation médecin-patient.

Cette question est plus grave dans certains pays où les systèmes médicaux sont différents et comportent aussi des médecines alternatives.

RECOMMANDATIONS

L'AMM recommande les directives suivantes concernant les interventions médiatiques des médecins afin de leur éviter une implication dans des activités commerciales éventuellement compromettantes sur le plan de l'éthique professionnelle et afin de contribuer à la protection des patients en veillant à ce que les médecins diffusent des informations exactes, actuelles et objectives.

Diffusion précise et objective d'informations médicales scientifiquement avérées

Lors de leurs interventions dans les media, les médecins devront fournir des informations objectives et basées sur la preuve et ne pas recommander des procédures médicales ou des produits non avérés ou justifiés médicalement.

Un médecin ne devra pas employer des expressions pouvant favoriser des attentes irréalistes de la part des patients ou tromper le public sur la fonction et l'effet des procédures médicales, des médicaments ou d'autres produits.

Les médecins devront inclure des informations importantes, y compris les possibles effets indésirables et les risques lorsqu'ils expliqueront les procédures médicales, les médicaments ou d'autres produits.

Ne pas abuser des média à des fins publicitaires

Les médecins ne devraient pas recommander de produits spécifiques, soit en présentant spécifiquement, soit en mettant intentionnellement en avant le nom ou la marque d'un produit.

Les médecins devront être prudents quant à leurs interventions personnelles dans des programmes de télé achats. Le médecin ne devrait percevoir aucune rémunération pour les produits vendus.

Les médecins ne devront pas participer à une publicité sur les média portant sur des produits nocifs pour l'être humain et/ou l'environnement.

Préservation de l'intégrité professionnelle

Les médecins ne devront pas réclamer ou bénéficier d'avantages économiques pour leurs interventions médiatiques autres que des honoraires classiquement demandés pour une intervention.

Les médecins ne devront pas offrir d'avantages économiques au personnel des média afin de s'assurer de leurs interventions médiatiques.

Les médecins ne devront pas s'impliquer dans la promotion, la vente ou la publicité de produits commerciaux et ne devront pas tenir des propos mensongers ou exagérés concernant leurs qualifications, comme par ex. leur parcours académique, leur expérience professionnelle, leur spécialité médicale et se déclarer comme spécialiste, au bénéfice d'intérêts économiques d'une quelconque entité commerciale.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LE VIEILLISSEMENT

Adoptée par la 67e Assemblée Médicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PREAMBULE

La longévité augmente dans le monde à un rythme inégalé jusqu'à présent. Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie à la naissance (EVN) a augmenté d'environ 30 ans et devrait encore augmenter à l'avenir. En 2050 l'EVN devrait être de 74 ans avec un nombre toujours croissant de pays atteignant 80 ans et plus. En 1950 le nombre total d'octogénaires et plus était de 14 millions. En 2050 on estime qu'ils seront 384 millions soit 26 fois plus. En pourcentage, la population des personnes âgées fera plus que doubler en passant de 10% en 2015 à 22% de la population totale en 2050. Ces améliorations sont très variables ; bon nombre des communautés les plus pauvres dans tous les pays et un fort pourcentage de la population dans les pays les plus pauvres ont peu gagné en termes d'espérance de vie durant cette période.

L'augmentation de la longévité est allée de paire avec une diminution du nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes. De plus en plus de pays connaissent un taux de fertilité total inférieur au taux de renouvellement, ce qui augmente l'âge moyen dans ces pays.

Ces défis liés au vieillissement dans les pays en voie de développement se compliquent car les infrastructures basiques ne sont pas toujours présentes. Dans certains cas, les populations des pays en voie de développement vieillissent plus vite qu'au rythme auquel sont créées les infrastructures.

La longévité est sans aucun doute la principale réalisation sociétale du 20e siècle mais pourrait devenir un problème majeur au 21e siècle. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le vieillissement actif de la manière suivante « Le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. ». Cela présuppose une perspective sur toute l'étendue de la vie car les déterminants influençant le vieillissement agissent tout au long de la vie d'une personne. Ils comprennent les déterminants comportementaux (styles de vie), personnels (non seulement les facteurs héréditaires qui ne comptent que pour 25% dans les chances de bien vieillir mais aussi les caractéristiques psychologiques), l'environnement physique et les vastes déterminants sociaux et économiques. Tous agissent à la fois individuellement sur les perspectives d'un vieillissement actif : mais sont aussi en interaction : plus ils interagissent et se chevauchent, plus les chances d'un vieillissement individuel actif sont grandes.

PRINCIPES GENERAUX

Dépenses médicales

Il est clairement prouvé que les maladies chroniques font augmenter l'utilisation (et les coûts) des services de santé plutôt que l'âge en lui-même.

Les maladies chroniques et les handicaps sont cependant davantage courants l'âge aidant. De ce fait, le recours aux soins de santé et l'augmentation des dépenses vont de pair avec l'âge.

Dans de nombreux pays, les dépenses de santé pour les personnes âgées ont augmenté au fil des ans en raison du nombre croissant d'interventions et des nouvelles technologies existantes pour les problèmes fréquents à un certain âge.

L'impact du vieillissement sur les systèmes de santé

Les systèmes de santé sont confrontés à deux défis majeurs liés à l'allongement de la longévité : prévenir les maladies chroniques et les handicaps et fournir des soins de grande qualité avec un bon rapport coût/efficacité, adaptés aux personnes quel que soit leur âge.

Dans les régions moins développées, le fléau des maladies à un âge avancé est plus élevé que dans les régions plus développées.

Considérations sur les soins de santé spéciaux

Les principales maladies contribuant aux handicaps dans l'ensemble des régions sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les troubles musculo-squelettiques et les maladies neurologiques et mentales y compris la démence. Certaines maladies fréquentes à un âge avancé sont particulièrement handicapantes et doivent être dépistées et traitées précocement.

Les maladies chroniques fréquentes chez les personnes âgées rassemblent les maladies que l'on peut éviter par des comportements et/ou des modes de vie sains et des services de santé efficaces en termes de prévention. C'est typiquement le cas des maladies cardiovasculaires, du diabète, des maladies pulmonaires obstructives chroniques et de nombreux cancers. D'autres maladies sont plus étroitement liées aux processus de vieillissement et ne sont pas suffisamment comprises pour les prévenir. Il s'agit de la démence, de la dépression et de certains troubles musculo-squelettiques et neurologiques.

La recherche peut certes aboutir à la prévention ou à un traitement efficace des handicaps mais une prise en charge précoce est primordiale pour gérer le handicap et/ou maintenir la qualité de vie.

Les personnes âgées risquent d'être davantage vulnérables aux conséquences des accidents chez elles ou à l'extérieur. Cela inclut les risques lors de l'utilisation d'équipements tels que les véhicules routiers, mais également d'autres dispositifs potentiellement dangereux. Lorsque les personnes âgées continuent de travailler, ces risques doivent être évalués et gérés. Celles qui souffrent de blessures peuvent voir leur guérison se compliquer en raison d'autres vulnérabilités médicales et de comorbidités.

Considérations pour les professionnels de santé

Habituellement les soins de santé pour les personnes âgées nécessitent des professionnels différents travaillant en équipe.

L'éducation et la formation des professionnels de santé pour le traitement et la prise en charge des pathologies fréquentes chez les personnes âgées ne sont généralement pas assez valorisées dans le cursus universitaire.

Réduire l'impact sur les soins de santé

Des services de santé permanents doivent être assurés urgemment car la population vieillit. Cela devrait inclure la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traitements curatifs, la réhabilitation, la gestion et la prévention du déclin ainsi que les soins palliatifs.

Diverses personnes et personnels de santé assurent ces services – qu'il s'agisse des personnes elles-mêmes, de la famille/autres – parfois de bénévoles ou bien encore de professionnels publics et d'institutions.

Instauration de systèmes de soins optimaux

La couverture maladie universelle devrait idéalement être accessible à tous, y compris les personnes âgées.

La grande majorité des problèmes de santé peut et devrait être gérée au niveau de la communauté. Afin de fournir des soins optimaux au niveau de la communauté et de bien coordonner les soins dans le temps, il est essentiel de renforcer les services de soins de santé primaires (SSP).

Pour renforcer les SSP et promouvoir ainsi un vieillissement actif, il faudrait tenir compte des principes de l'OMS basés sur la preuve pour des SSP adaptés à l'âge dans trois domaines : information/éducation/communication/formation, systèmes de gestion de la santé et environnement physique.

Le secteur de la santé devrait encourager les systèmes de santé à soutenir l'ensemble des soins fournis aux personnes vieillissantes car la santé est indispensable pour assurer la qualité de vie.

Spécificités des soins de santé

De nombreux systèmes de santé formels ont été conçus en mettant la priorité sur les « soins de courte durée ou soins d'urgence » d'une population bien plus jeune, les maladies transmissibles et/ou les traumatismes étant le principal secteur de focalisation. Les systèmes de santé devraient mettre l'accent sur d'autres besoins, notamment sur la gestion des maladies chroniques et le déclin cognitif lorsqu'ils traitent les personnes âgées.

Les services de soins primaires actifs sont certes essentiels à tous les âges mais ils ne s'axent pas sur le maintien en bonne santé des personnes ou sur le soutien et les soins permanents nécessaires à la gestion des maladies chroniques. Il convient de changer de paradigme pour éviter de traiter les maladies chroniques comme s'il s'agissait de maladies de courte durée.

Les problèmes médicaux à un âge avancé sont souvent corrélés à des problèmes sociaux et les professionnels de santé doivent tenir compte des deux. Les médecins, notamment les spécialistes, devraient garder à l'esprit que les patients âgés ont peut-être d'autres maladies chroniques concurrentes ou des comorbidités qui interagissent et que leur traitement ne devrait pas provoquer des complications accidentelles et évitables.

Au départ du traitement pharmacologique d'une maladie chronique d'un patient âgé, les prescripteurs devraient généralement débuter lentement (faibles doses) et avancer doucement (augmentation des doses) pour satisfaire les besoins spécifique du patient.

Si le patient est incapable de décider pour lui-même en raison d'une forte prévalence de troubles de la mémoire et cognitifs à un âge avancé, les médecins soignant les patients âgés devraient communiquer activement avec les familles et fréquemment avec le personnel soignant afin de mieux les renseigner sur l'état de santé du patient et sur l'administration des médicaments afin d'éviter les complications.

Face à plusieurs options thérapeutiques, les médecins devraient toujours chercher à savoir ce que souhaite le patient et reconnaître que pour certains patients la qualité de vie sera plus importante que les possibles résultats d'options thérapeutiques plus agressives.

Education et formation des médecins

Tous les médecins devraient être bien formés pour diagnostiquer et traiter les problèmes de santé des personnes âgées. Cela implique d'intégrer les questions de vieillissement dans le cursus des médecins.

Les soins de santé secondaires pour les personnes âgées devraient être fournis lorsque nécessaire. Ces soins devraient être holistiques, et inclure les aspects psycho-sociaux et environnementaux. Les médecins devraient être conscients des risques de mauvais traitements des personnes âgées et des mesures à prendre lorsque de tels abus sont identifiés ou suspectés (voir la Déclaration de l'AMM de Hong-Kong sur les mauvais traitements des personnes âgées).

Tous les médecins, notamment les généralistes, devraient avoir des informations et une formation pour identifier et prévenir la polythérapeutique et les interactions médicamenteuses néfastes, éventuellement plus fréquentes chez les patients âgés

La formation permanente des médecins sur des sujets ayant trait aux patients vieillissants devrait être renforcée afin d'aider les médecins à bien diagnostiquer, soigner et gérer la prise en charge complexe d'une population vieillissante.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LES ATTAQUES CYBERNÉTIQUES DES INFRASTRUCTURES DE SANTÉ ET AUTRES INFRASTRUCTURES ESSENTIELLES

Adoptée par la 67e Assemblée Médicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PREAMBULE

- Les avancées dans le domaine des technologies de l'information (TI) modernes ouvrent la voie à des améliorations dans la délivrance de soins de santé et contribuent à rationaliser les procédures médicales, depuis la tenue de dossiers médicaux jusqu'aux soins des patients. Dans le même temps, la mise en place de nouvelles et plus sophistiquées infrastructures TI s'accompagne de défis et de risques dont la menace d'attaques cybernétiques et de violation des données.

- Les menaces pesant sur la sécurité cybernétique sont la face sombre de l'ère de l'information et de la communication numériques. Les attaques des infrastructures essentielles et des ressources d'intérêt public vitales dont celles utilisées dans le secteur de l'énergie, de l'approvisionnement en nourriture et en eau, des télécommunications, des transports et de la santé, sont en augmentation. Elles menacent sérieusement la santé et le bien-être du public en général.

- Avec la prolifération des dossiers médicaux et des systèmes de facturation électroniques, le secteur de la santé est aujourd'hui particulièrement exposé aux intrusions cybernétiques et une cible de choix pour les cybercriminels. Les structures de santé et les partenaires commerciaux depuis le plus petit cabinet médical privé jusqu'aux grands hôpitaux sont vulnérables non seulement aux vol, altérations et à la manipulation des dossiers médicaux électroniques des patients et des dossiers financiers mais aussi aux atteintes de plus en plus sophistiquées des systèmes. Elles risquent de mettre en danger leurs capacités à prendre en charge les patients et à répondre aux urgences sanitaires. La menace particulièrement déconcertante est celle touchant au droit fondamental des patients en termes de confidentialité et de sécurité. De plus, la réparation des dommages provoqués par des attaques cybernétiques réussies peut être très onéreuse

- Les dossiers des patients exigent aussi une protection car souvent ils contiennent des informations personnelles sensibles pouvant être utilisées par des criminels pour accéder aux comptes bancaires, voler des identités ou obtenir des prescriptions de manière illégale. C'est pourquoi souvent ils valent bien plus sur le marché noir que les seules informations concernant des cartes de crédit. Des modifications ou des utilisations abusives des dossiers de patients peuvent porter atteinte à la santé, la sécurité et à la situation matérielle des patients. Dans certains

cas, ces atteintes peuvent même avoir des conséquences pour la vie même des patients.

- Les procédures et stratégies de sécurité actuelles dans le secteur de la santé n'ont pas suivi le volume et l'ampleur des attaques cybernétiques. Mal protégés les systèmes d'information hospitaliers, les systèmes de gestion des cabinets ou les systèmes de contrôle des dispositifs médicaux peuvent devenir des portes d'entrée pour les cybercriminels. Les logiciels d'imagerie radiologique, les systèmes de vidéo conférence, les caméras de surveillance, les appareils portables, les imprimantes, les routeurs et les systèmes de vidéo numériques utilisés pour une surveillance de la santé en ligne et les procédures à distance sont juste quelques unes des nombreuses structures TI soumises à des risques.

- En dépit de ce danger, de nombreuses organisations et institutions de santé manquent de ressources financières (ou d'une volonté de les fournir) et des compétences administratives ou techniques nécessaires pour détecter et prévenir les attaques cybernétiques. Elles peuvent également ne pas communiquer correctement sur la gravité des menaces cybernétiques, à la fois au niveau interne, au niveau des patients et des partenaires commerciaux extérieurs.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM reconnaît que les attaques cybernétiques des systèmes sanitaires et autres infrastructures essentielles constituent un problème dépassant les frontières et une menace pour la santé publique. Elle demande donc aux gouvernements, aux politiques et aux responsables des infrastructures sanitaires et autres infrastructures vitales à travers le monde de travailler avec les autorités compétentes sur la sécurité cybernétique dans leurs pays respectifs et de coopérer sur le plan international afin d'anticiper et de se défendre contre de telles attaques.

2. L'AMM exhorte les Associations Médicales Nationales à sensibiliser leurs membres, les organismes de soins de santé et autres parties intéressées dans l'industrie à la menace des attaques cybernétiques et à soutenir une stratégie TI efficace dans le domaine de la santé afin de protéger la confidentialité des dossiers médicaux sensibles et d'assurer la vie privée et la sécurité des patients.

3. L'AMM souligne les risques élevés d'intrusions cybernétiques et d'autres violations des dossiers dans le secteur de la santé. Elle exhorte les établissements de santé à mettre en place et à entretenir des systèmes complets de prévention des intrusions, y compris mais sans s'y limiter, à assurer des formations pour que les employés se conforment aux meilleures pratiques de traitement des données et pour que la sécurité des ordinateurs soit préservée.

4. En cas de violation de la sécurité des données, les établissements de santé devraient avoir des systèmes de réponse éprouvés opérationnels, y compris mais sans s'y limiter, des services de signalisation et de protection pour les victimes ainsi que des procédures de correction des erreurs dans les dossiers médicaux consécutives à une utilisation frauduleuse des données volées. Les polices

d'assurance contre la violation des données pourraient être envisagées à titre de précaution pour un remboursement des coûts liés à une possible intrusion cybernétique.

5. L'AMM lance un appel aux médecins, aux responsables de la sécurité des patients et de la confidentialité des dossiers afin qu'ils soient bien conscients du défi unique que pourraient constituer les attaques cybernétiques pour l'exercice de leur profession. Elle les exhorte à prendre toutes les mesures qui ont montré leur efficacité pour sauvegarder les dossiers des patients, la sécurité des patients et d'autres informations vitales

6. L'AMM recommande que le cursus médical universitaire et postuniversitaire comporte des informations complètes sur la manière dont les médecins peuvent utiliser à leur avantage les TI modernes et les systèmes de communication électroniques tout en assurant la protection des données et en préservant les plus hautes normes de conduite professionnelle.

7. L'AMM reconnaît que les médecins et les prestataires de santé peuvent ne pas toujours avoir accès aux ressources (y compris financières), aux infrastructures et aux compétences requises pour installer des systèmes de protection performants. Elle met l'accent sur la nécessité pour les organismes publics et privés de les aider à surmonter ces obstacles.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LE DÉSINVESTISSEMENT DES ÉNERGIES FOSSILES

Adoptée par la 67e Assemblée Médicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PREAMBULE

- Comme indiqué lors de la 65 Assemblée Médicale Mondiale à Durban en 2014, les médecins du monde entier sont conscients que la pollution de l'air liée aux énergies fossiles réduit la qualité de vie de millions de personnes dans le monde, génère un lourd fléau de maladies, des pertes économiques et des coûts sanitaires.
- Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé, en 2012, la pollution de l'air a été responsable d'environ « 7 millions de décès, un décès sur huit du total des décès dans le monde » (OMS, 2014).
- Le « Groupe Intergouvernemental d'Experts sur l'Evolution du Climat » (GIEC) des Nations Unies note que la croissance démographique et économique dans le monde, dépendant d'une consommation accrue de charbon, est toujours la plus grande responsable de l'augmentation des émissions de dioxyde de carbone. Ces émissions sont la composante majeure d'une accélération des émissions de gaz à effets de serre liées aux énergies fossiles d'origine humaine (GES) malgré l'adoption de politiques d'atténuation des changements climatiques (GIEC 2014).
- Le fléau des maladies provoquées par les changements climatiques ne se répartira pas de manière égale à travers le monde et tout en affectant tout le monde, les populations les plus marginales seront les plus vulnérables aux impacts des changements climatiques et auront le moins de capacités à s'y adapter.

CONTEXTE

- Dans de nombreuses villes très peuplées, les fines poussières mesurables dans l'air sont jusqu'à 50 fois plus importantes que le niveau recommandé par l'OMS. Des moyens de transports importants, l'électricité provenant du charbon et la pollution provoquée par les engins de construction font partie des facteurs y contribuant (AMM, SMAC 197, Prise de position sur la Pollution de l'air aux émissions des véhicules 2014).
- Les preuves accumulées dans le monde montrent que les effets des changements climatiques et des évènements climatiques extrêmes ont un impact significatif et parfois dévastateur sur la santé humaine. 14 des 15 années les plus chaudes enregistrées ont été observées au cours des 15 premières années de ce siècle

(Organisation Météorologique Mondiale 2014). Les plus vulnérables d'entre nous dont les enfants, les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies cardiaques ou pulmonaires et les personnes vivant dans la pauvreté – sont les plus à risques face à ces changements.

- L'AMM note que la Commission Lancet décrit les changements climatiques comme étant « la plus grande menace pour la santé humaine du 21e siècle » et que l'accord de Paris à la COP21 sur le climat exhorte les gouvernements « lorsqu'elles prennent des mesures pour faire face à ces changements » à « respecter, promouvoir et prendre en considération leurs obligations respectives concernant les droits de l'homme (et) le droit à la santé ».

- Comme indiqué dans la Déclaration de Dehli de l'AMM sur la santé et les changements climatiques, « Même si les gouvernements et les organisations internationales sont principalement en charge d'instaurer des réglementations et de légiférer pour atténuer l'impact des changements climatiques et aider les populations à s'adapter, l'Association Médicale Mondiale, au nom de ses associations médicales nationales et de ses membres médecins, se sent dans l'obligation d'attirer l'attention sur les conséquences sanitaires des changements climatiques et de proposer des solutions. (…) L'AMM et les AMN devraient développer des plans d'action concrets/des mesures pratiques » pour à la fois atténuer et s'adapter aux changements climatiques (AMM, 2009).

RECOMMANDATIONS

L'AMM recommande donc que ses AMN et toutes les organisations de santé :

1. Poursuivent l'éducation des scientifiques dans le secteur de la santé, des entreprises, de la société civile et des gouvernements sur les bénéfices sur le plan sanitaire d'une réduction des gaz à effet de serre et plaident en faveur d'une intégration des estimations de l'impact sur la santé dans les politiques économiques.

2. Encouragent les gouvernements à adopter des stratégies mettant l'accent sur de strictes réglementations environnementales et des normes incitant les entreprises du secteur de l'énergie à se tourner vers les sources d'énergie renouvelables.

3. Entament un processus de transfert de leurs investissements, si faisable sans dommage, des entreprises du secteur de l'énergie dont l'activité première repose sur l'extraction ou sur la génération d'énergie à partir des carburants fossiles sur celles procurant de l'énergie issue des sources d'énergie renouvelables.

4. S'efforcent d'investir dans des entreprises respectant les principes environnementaux du Pacte Mondial des Nations Unies (http://www.unglobalcompact.org), et renoncent à investir dans des entreprises n'adhérant pas à la législation en vigueur et aux conventions en matière de responsabilité environnementale.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES CONCERNANT LES STAGES DE MÉDECINE DANS LE MONDE

Adoptée par la 67e Assemblée Médicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PREAMBULE

- Les stagiaires en médecine participent de plus en plus à des expériences en matière d'enseignement et de services dans le domaine de la santé. On les appelle communément « Stages de médecine à l'étranger » (International medical electives'= IMEs). Ces postes sont normalement à court terme, c'est-à-dire moins de 12 mois et s'effectuent souvent dans les établissements aux faibles ressources des pays à faibles et moyens revenus.
- Ces IME peuvent procurer une expérience pédagogique intéressante mais il faut soupeser les risques pour la communauté d'accueil, la structure qui les organise et le stagiaire. Des placements réussis contribuent à garantir des avantages mutuels et réciproques à toutes les parties. Ces placements reposent sur une compréhension acceptée des concepts dont l'absence de malveillance et le sens de la justice.
- Les directives éthiques publiées telles que Ethics and Best Practice Guidelines for Training Experiences in Global Health du groupe de travail sur les directives éthiques pour la formation globale en santé (WEIGHT) exhortent les entreprises sponsors (par ex. universités et organisations facilitant les stages) à s'engager dans des partenariats durables avec les établissements d'accueil et les communautés locales. Il est également demandé à toutes les parties de travailler en collaboration à la création de directives et normes professionnelles concernant les stages de médecine.
- A leur tour, les stagiaires participant à des IME doivent adhérer aux principes éthiques figurant dans les documents éthiques de l'AMM dont la Déclaration de Genève, le Code international d'éthique de l'AMM et la Prise de position de l'AMM sur l'utilisation professionnelle et éthique des réseaux sociaux.

RECOMMANDATIONS

L'AMM recommande donc ce qui suit :

1. Les entreprises sponsors travaillent en étroite collaboration avec les

établissements d'accueil et les communautés locales pour établir des directives professionnelles et éthiques sur les meilleures pratiques pour les médecins stagiaires à l'étranger. Les deux parties devraient s'engager activement à l'établissement de directives. L'organisation sponsor devrait étudier la candidature du stagiaire en utilisant de telles normes avant d'approuver cette candidature.

2. Les directives devraient être adaptées au contexte local et inclure le développement de partenariats durables, loyaux et avec des avantages mutuels entre les parties concernées, les patients et la communauté locale dont la santé doit être la priorité. Ces partenariats doivent tenir compte des directives de meilleure pratique, existant déjà dans de nombreux pays.

3. Les directives doivent considérer la sécurité des patients et de la communauté comme une absolue priorité et mettre en avant les procédures visant à garantir le consentement éclairé, la confidentialité du patient, la vie privée et la continuité des soins comme l'indique le Code International d'éthique médicale de l'AMM.

4. Les directives devraient aussi mettre en avant les procédures pour protéger la sécurité et la santé du stagiaire et souligner les obligations du sponsor et des établissements d'accueil afin d'assurer une supervision adéquate du stagiaire à tout moment. Les établissements devraient envisager des moyens pour faire face à d'éventuels désastres naturels, une instabilité politique et une exposition aux maladies. Des soins d'urgence devraient être disponibles.

5. Le sponsor et les établissements d'accueil ont la responsabilité de bien planifier les stages avec au minimum des briefings avant le départ. Ces derniers devraient comporter une formation à la culture et à la langue, préciser l'interdiction de toute activité s'apparentant à une forme d'exploitation, la mise à disposition de services de traduction/interprétariat si nécessaire et la présentation et l'assistance correctes dans l'établissement d'accueil. Un débriefing devrait être prévu au retour du stagiaire dont une analyse de l'éthique là où a eu lieu le stage, un soutien adéquat sur le plan émotionnel et médical.

6. Le stagiaire devrait bénéficier d'un feedback et d'une évaluation pour le stage effectué afin de pouvoir bénéficier de crédits. Le stagiaire devrait avoir la possibilité d'évaluer la qualité et l'utilité du stage.

7. Les stagiaires doivent être bien informés qu'ils ont le devoir de suivre les instructions données par les superviseurs locaux et de traiter respectueusement le personnel local et les patients.

8. Ces directives et procédures devraient être révisées et mises à jour régulièrement au fur et à mesure que les sponsors et les établissements d'accueil acquièrent ensemble de l'expérience.

9. Les Associations Médicales Nationales devraient établir les meilleures pratiques pour les stages de médecine à l'étranger et favoriser leur adoption, autant que possible, en tant que normes par les organismes d'agrément nationaux et régionaux et leur application par les sponsors et les établissements d'accueil.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR L'INTIMIDATION ET LE HARCÈLEMENT AU SEIN DE LA PROFESSION

Adoptée par la 68e Assemblée Générale de l'AMM à Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PREAMBULE

1. L'intimidation sur le lieu de travail a été reconnue comme étant un facteur de stress professionnel depuis le début des années 80.

2. L'intimidation sur le lieu de travail se caractérise par un comportement déraisonnable et déplacé envers un ou une employée ou un groupe d'employés et qui crée un risque pour la santé et la sécurité. Par définition, l'intimidation est une attitude répétée ou qui se produit constamment plutôt qu'un évènement ponctuel. Un comportement déraisonnable est une conduite qu'une personne raisonnable trouverait inadaptée dans les mêmes circonstances. Il peut s'agir d'un comportement de nature à intimider, offenser, victimiser, menacer, dégrader, insulter ou humilier. L'intimidation peut prendre des formes psychologiques, sociales et physiques. Ce n'est pas la volonté consciente de son auteur, mais la perception de la victime qui détermine la réalité d'une intimidation.

3. Le harcèlement se caractérise par un comportement non souhaité, malvenu ou déplacé qui produit chez une personne un sentiment d'humiliation, d'intimidation ou d'offense. Le harcèlement peut être lié à l'origine ethnique, au genre, à l'orientation sexuelle, au handicap ou à tout autre caractère d'une personne, y compris le fait qu'elle puisse s'être plainte.

4. Les employeurs ont, de manière générale, une obligation légale d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être de leurs employés. Cela comprend le fait d'identifier tout acte d'intimidation et de harcèlement et de prendre des mesures pour l'empêcher ou le faire cesser. Les employés doivent généralement prendre raisonnablement soin de leur santé et de leur sécurité, de même que de la santé et de la sécurité des autres personnes qui pourraient être affectées par leur conduite sur leur lieu de travail.

5. Ces dernières années, l'intimidation et le harcèlement ont été davantage reconnus dans la profession médicale. Les preuves sont là : un comportement perturbateur, inapproprié et le harcèlement existent dans le milieu médical. Des recherches internationales ont montré que l'intimidation dans la profession n'est pas liée à la spécialité ou au sexe. Elle est répandue et touche toutes les spécialités et tous les niveaux d'ancienneté, même s'il est juste de dire que l'intimidation se manifeste le plus souvent par le fait d'un employé en poste depuis assez longtemps envers un collègue plus jeune. Le caractère très hiérarchisé de la médecine et l'inégalité des

pouvoirs inhérente à cette hiérarchie créent cependant une culture de l'intimidation et du harcèlement qui, dans certains cas, se généralise et s'institutionnalise.

6. L'intimidation sur le lieu de travail peut avoir des conséquences telles qu'une moindre satisfaction au travail, une dépression, de l'anxiété et de l'absentéisme, qui tous ont des conséquences négatives sur la stabilité du personnel et la qualité des soins.

RECOMMANDATIONS

7. L'AMM ne saurait excuser l'intimidation ou le harcèlement sous aucun prétexte. Sensibiliser sur les attitudes inappropriées, les comportements perturbateurs et sur le harcèlement dans la profession médicale est une étape majeure vers leur suppression. L'AMM considère que c'est une question de professionnalisme et encourage les associations médicales nationales, les facultés de médecine, les employeurs et les universités de médecine à créer et à mettre en œuvre des politiques de lutte contre l'intimidation et le harcèlement.

8. L'AMM recommande aux associations médicales nationales de reconnaître et si possible de promouvoir les principes suivants :

   8.1. L'intimidation sur le lieu de travail médical est un comportement totalement dépourvu de professionnalisme et destructeur qui ne devrait pas être toléré.

   8.2. Des mesures devraient être prises pour empêcher, faire face, signaler et éliminer l'intimidation à tous les niveaux.

   8.3. Les observateurs ont aussi la responsabilité d'intervenir.

   8.4. Les jeunes médecins peuvent être confrontés à des obstacles majeurs pour parler de l'intimidation exercée par des collègues seniors dont par exemple la peur d'un blocage de leur carrière.

   8.5. Le professionnalisme n'est pas simplement la manière dont nous traitons nos patients, mais la manière dont nous nous traitons mutuellement, entre professionnels. Agir avec professionnalisme signifie aussi être vigilant et intervenir pour le bien de tous.

   8.6. L'intimidation n'est pas une attitude professionnelle, elle va à l'encontre des fondements de la profession et soulève la question de l'aptitude à la pratique médicale.

   8.7. Les soins de santé requièrent de bonnes équipes. Éliminer l'intimidation sécurise l'environnement de l'équipe et l'environnement médical pour les patients.

   8.8. Il est de la responsabilité des gestionnaires de maintenir un bon environnement de travail et d'adresser tous les signes d'harcèlement et d'intimidation. Il devrait y avoir aucune tolérance de l'intimidation et du harcèlement.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LES CONFLITS ARMÉS

Adoptée par la 68e Assemblée Générale de l'AMM à Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Les devoirs des médecins en temps de conflit armé sont énoncés dans la prise de position de l'AMM sur les principes éthiques de soins de santé en temps de conflit armé et autres urgences ainsi que dans les règles de l'AMM en temps de conflit armé et autres situations de violence.

2. Les médecins devraient encourager les politiciens, les gouvernements et les autres détenteurs du pouvoir à davantage prendre conscience des conséquences, notamment sanitaires, de leurs décisions de provoquer ou de poursuivre un conflit armé.

3. Le conflit armé porte atteinte à la santé des individus et des populations ainsi qu'aux infrastructures essentielles, y compris les établissements de soins, les habitations, les systèmes d'approvisionnement eau potable et les réseaux d'assainissement. Il dégrade aussi l'environnement. De telles destructions d'infrastructures indispensables ont des conséquences délétères sur la santé : malnutrition, maladies infectieuses, maladies d'origine hydrique comme le choléra et la fièvre typhoïde. La guerre détruit en outre les infrastructures de travail, y compris les usines, les fabriques et l'agriculture. La réparation de ces infrastructures ne peut commencer qu'une fois le conflit terminé.

4. Les guerres débutent pour de multiples raisons. Les efforts pour éviter les conflits sont souvent insuffisants et inadéquats. Les dirigeants des pays peuvent ne pas chercher toutes les alternatives. Il est toujours souhaitable d'éviter la guerre et de rechercher d'autres solutions.

5. Il est essentiel que ceux qui prétendent qu'une guerre est « juste » comprennent qu'il s'agit d'une situation rare et extrême qui ne doit pas être exagérément invoquée. Le concept de « guerre juste » ne saurait être utilisé pour légitimer la violence.

6. La guerre et les autres formes de conflits armés ont tendance à aggraver les souffrances des plus pauvres et à contribuer à causer les déplacements d'un grand nombre de personnes à l'intérieur de leur pays et à créer des réfugiés.

7. Les médecins devraient chercher, au cours des conflits, à influencer les parties afin de soulager les souffrances des populations.

RECOMMANDATIONS

1. Pour l'AMM, le conflit armé devrait toujours être l'ultime recours. Les médecins et leurs associations médicales nationales devraient alerter les gouvernements et les acteurs non gouvernementaux au sujet des conséquences humaines de la guerre.

2. Les médecins devraient encourager les politiciens, les gouvernements et les autres décideurs à davantage prendre conscience des conséquences de leurs décisions liées à un conflit armé.

3. L'AMM affirme que les conflits armés produisent toujours des souffrances humaines considérables. Les États, les gouvernements et les autres autorités, y compris les acteurs non gouvernementaux, s'engageant dans un conflit armé doivent assumer leurs responsabilités quant aux conséquences de leurs actions et être prêts à assumer ces conséquences devant des cours de justice et des tribunaux internationaux, notamment. L'AMM recommande en outre aux autorités de reconnaître ces faits et de coopérer pour que les responsables répondent de leurs actions.

4. L'AMM affirme que l'impact d'un conflit armé est particulièrement fort sur les femmes et les populations vulnérables, dont les enfants, les jeunes, les personnes âgées et les membres les plus pauvres de la société. Les médecins devraient chercher à assurer que l'allocation des ressources en soins médicaux n'a pas d'impact discriminatoire.

5. Les médecins doivent sans cesse rappeler aux détenteurs du pouvoir la nécessité de satisfaire les besoins fondamentaux des personnes qui se trouvent dans des zones touchées et troublées par les conflits.

6. À la fin d'un conflit, il convient de reconstruire en priorité les infrastructures nécessaires à une vie saine dont les logements et les réseaux d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable et en nourriture. S'ensuivront la réfection des écoles et des locaux professionnels.

7. L'AMM demande que les parties en conflit respectent le droit humanitaire international applicable et n'utilisent pas les établissements de santé comme quartiers militaires, ni ne ciblent ces établissements de santé, le personnel soignant ou les véhicules sanitaires. Les parties en conflit ne sauraient non plus restreindre l'accès des personnes blessées et des patients aux soins, comme le prévoit la Déclaration de l'AMM sur la protection des personnels de santé dans des situations de violence.

8. Les médecins devraient travailler avec les organisations humanitaires et d'autres agences pour veiller à ce que les parties au conflit protègent l'intégrité des familles et, dans la mesure du possible, écartent les populations des dangers directs et immédiats.

9. Les médecins devraient garder à l'esprit la prévalence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et d'autres problèmes psychologiques et psychosomatiques d'après conflit et fournir aux combattants et aux civils un accès adéquat aux soins et aux traitements.

10. Les médecins, y compris les médecins légistes devraient aider les familles à veiller à

ce que les tentatives d'identification des personnes manquantes et décédées ne soient pas détournées par les forces de l'ordre.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM RELATIVE À L'UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DU CANNABIS

Adoptée par la 68e Assemblée Générale de l'AMM à Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Le terme « cannabis » est un terme générique scientifique pour parler de préparations psychoactives de la plante cannabis sativa, qui pousse à l'état sauvage dans de nombreuses régions du monde et que l'on connaît sous bien d'autres noms tels que : « marijuana », « marie-jeanne », « weed », « beuh », « hashish » ou « chanvre ».

2. Le cannabis médical fait référence à l'utilisation du cannabis et de ses constituents,, naturels ou de synthèse pour traiter les maladies ou soulager les symptômes, sous contrôle médical; il n'existe toutefois pas de définition consensuelle.

3. Le cannabis récréatif fait référence à l'utilisation du cannabis dans le but de modifier l'état mental d'une personne au niveau de ses émotions, de ses perceptions et de ses sentiments à des fins récréatives.

4. Cette prise de position de l'AMM vise à se prononcer sur la législation concernant le cannabis médical et à mettre en évidence les effets indésirables liés à son utilisation à des fins récréatives.

5. L'utilisation du cannabis récréatif est une importante question sanitaire et sociale dans le monde entier. C'est la drogue illicite la plus fréquemment utilisée dans le monde. L'Organisation mondiale de la santé estime que près de 147 millions de personnes soit 2,5% de la population mondiale consomment du cannabis alors que 0,2% consomment de la cocaïne et 0,2% des opiacés1.

6. L'AMM s'oppose à l'utilisation du cannabis récréatif en raison de ses graves effets indésirables tels que le risque accru de psychose, d'accidents mortels de la route, de dépendance ainsi que de troubles d'apprentissage du langage oral, de la mémoire et de l'attention. L'utilisation du cannabis avant 18 ans multiplie par deux le risque de troubles psychotiques4. Partout dans le monde la disponibilité toujours plus grande du cannabis ou de ses dérivés dans les produits alimentaires tels que les sucreries et les « concentrés » qui attirent beaucoup les enfants et adolescents requiert une grande vigilance et une réglementation.

7. Les associations médicales nationales devraient soutenir des stratégies de prévention et de réduction de l'utilisation du cannabis récréatif.

8. Données scientifiques pour une utilisation thérapeutique du cannabis

8.1. Les cannabinoïdes sont des composants chimiques du Cannabis sativa qui contiennent des éléments structurels similaires ; certains d'entre eux agissent sur les cellules humaines réceptrices du cannabinoïde. Conceptuellement les cannabinoïdes activant ces récepteurs (1) existent naturellement dans le corps humain comme d'autres neurotransmetteurs endogènes ; (2) existent naturellement dans la plante de cannabis (phytocannabinoïdes) et (3) sont des préparations pharmaceutiques contenant soit des cannabinoïdes synthétiques (tel que Delta9-Tetrahydrocannabinol, [dronabinol, Marinol™] ou un composant apparenté, nabilone [Cesamet™] ou des extraits de phytocannabinoïdes (nabiximols [Sativex™]).

8.2. Parmi les phytocannabinoïdes trouve à l'état naturel le Cannabis sativa, delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), le principal cannabinoïde bioactif et le principal constituant psychoactif alors que le cannabidiol (CBD) est le second le plus abondant. CBD manque d'importantes propriétés psychoactives mais peut avoir des propriétés analgésiques et anticonvulsivantes.

8.3. Le système endocannabinoïde humain est censé être un médiateur des effets psychoactifs du cannabis. Il est impliqué dans divers processus physiologiques dont l'appétit, la sensation de douleur, l'humeur et la mémoire. Le fort potentiel thérapeutique sur le plan médical et pharmacologique du système endocannabinoïde a été largement reconnu.

8.4. Les bénéfices médicaux du cannabis signalés dans la littérature scientifique font l'objet d'un vaste débat sur le plan mondial. On a utilisé le cannabis pour traiter de graves spasticités dans de multiples scléroses, des douleurs chroniques, des nausées et vomissements dus à des produits cytotoxiques et des pertes d'appétit et une cachexie liées au SIDA. D'après les données, certains cannabinoïdes sembleraient efficaces pour traiter les douleurs chroniques, notamment en tant que solution alternative ou complémentaire à l'utilisation des opiacés là où l'on peut éviter le développement d'une tolérance aux opiacés et leur suppression. Les données en faveur d'une utilisation thérapeutique du cannabis sont pauvres ou peu nombreuses et ne vont pas toutes dans le même sens. On peut l'expliquer en partie par l'interdiction de l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques. Sa classification comme substance illégale dans de nombreux pays a limité la recherche clinique de haute qualité.

8.5. Les effets indésirables à court terme du cannabis médical sont bien documentés. Les effets indésirables à long terme sont en revanche moins bien compris, notamment le risque de dépendance et de maladies cardiovasculaires. Les effets du cannabis suscitent en outre des préoccupations au sujet des personnes vulnérables comme les adolescents et les femmes qui allaitent.

8.6. En dépit des faibles données scientifiques à l'appui de son intérêt médical, l'utilisation thérapeutique du cannabis a été légalisée dans plusieurs pays. Dans d'autres, l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques est interdit ou en débat.

9. Les professionnels de la médecine peuvent se retrouver pris dans un dilemme médico-légal en tentant de trouver un équilibre entre leur responsabilité éthique vis-à-vis des patients pour lesquels le cannabis peut être un traitement efficace et leur respect de la

législation locale. Ce dilemme peut se présenter à la fois avec des patients qui peuvent médicalement bénéficier de la prise de cannabis et ceux qui ne le peuvent pas, mais font pression sur le médecin pour s'en faire prescrire.

RECOMMANDATIONS

10. Recherche sur le cannabis

10.1. À la lumière des faibles données scientifiques sur les effets et l'efficacité thérapeutiques du cannabis, il conviendrait de mener des recherches plus approfondies sur un échantillon plus important de personnes avant que les gouvernements ne puissent décider de légaliser l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques. Les critères de comparaison doivent intégrer les normes actuelles de traitement. Il convient que ces recherches accrues soient convenablement soutenues et qu'elles portent en outre sur les conséquences sociales, économiques et sur la santé publique du cannabis.

10.2. Les gouvernements devraient envisager de réformer les lois régissant l'achat et la possession de cannabis à des fins de recherche afin de permettre des études fiables et de recueillir davantage de données scientifiques sur les effets sanitaires et les bénéfices thérapeutiques du cannabis.

11. Des les pays où l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques est légalisée, il conviendrait d'appliquer les règles suivantes :

11.1. Règles pour les producteurs et les produits :

11.1.1. La fourniture à des fins thérapeutiques de produits à base de la plante cannabis doit être conforme à la Convention unique des Nations unies sur les narcotiques du 30 mars 1961 dont les règles de la Convention sur la production, le négoce et la distribution. Il est ainsi essentiel que le cannabis présent dans les produits délivrés pour un usage thérapeutique soit fourni et manipulé conformément aux dispositions de la Convention.

11.1.2. Les dispositions doivent prévoir que les plantes de cannabis soient conformes à des exigences de qualité appropriées sur le plan de la culture et de la normalisation. Les produits dérivés du cannabis doivent avoir une indication spécifique (intervalle) des ingrédients y compris la teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et cannabidiol (CBD) et bien préciser les indications.

11.2. Règles de prescription et de délivrance du cannabis à des fins thérapeutiques :

11.2.1. Le cannabis doit être prescrit à des fins thérapeutiques par un médecin/prescripteur autorisé conformément aux données scientifiques les plus pertinentes et à la législation du pays concernant les médicaments.

11.2.2. Il est recommandé de traiter les patients avec des médicaments classiques approuvés avant de recourir au cannabis.

11.2.3. Chaque médecin doit assumer la responsabilité de sa décision de traiter

avec des produits dérivés du cannabis, conformément aux données les plus probantes disponibles et aux indications spécifiques énoncées dans le pays.

11.2.4. Le cannabis utilisé à des fins thérapeutiques ne doit être délivré qu'en pharmacie ou par des distributeurs agréés conformément à la législation du pays en matière de médicaments.

11.2.5. Des mesures de contrôle efficaces doivent être mises en place pour empêcher une utilisation illicite du cannabis prévu pour une utilisation thérapeutique.

11.2.6. Il est nécessaire de mettre en place des systèmes de surveillance afin d'effectuer un suivi de la prévalence de l'utilisation du cannabis et des tendances en la matière.

12. Lors de l'examen des politiques et des législations concernant le cannabis, les gouvernements, les associations médicales nationales, les décideurs politiques et les autres parties concernées dans le domaine de la santé devraient mettre l'accent et évaluer les effets sur la santé et les bénéfices thérapeutiques sur la base tout en reconnaissant les divers facteurs contextuels tels que la capacité de régulation, le rapport coût/efficacité, les valeurs sociétales, la situation sociale du pays et l'impact de la santé publique sur la population dans son ensemble.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LA COOPÉRATION DES ASSOCIATIONS MÉDICALES NATIONALES PENDANT UN CONFLIT OU DANS LA PÉRIODE SUIVANT UN CONFLIT

Adoptée par la 68e Assemblée Générale de l'AMM à Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. À travers l'histoire, il y a eu des conflits politiques au cours desquels les médecins et leurs instances professionnelles ont adopté et consolidé les politiques de leurs gouvernements respectifs en violation des normes éthiques médicales. Il y a aussi eu des cas où les médecins eux-mêmes se sont engagés dans des activités criminelles et ont rallié des idéologies dépourvues d'éthique. Même aujourd'hui, les conflits moraux et politiques peuvent conduire les médecins et leurs organisations à faire fi des obligations éthiques.

2. Pour éviter de telles violations du comportement éthique, les médecins et leurs organisations ont la responsabilité de se placer au-dessus des conflits nationaux, de favoriser le soutien professionnel mutuel et de baser leurs actions sur les plus hautes normes éthiques médicales y compris sur l'obligation primaire du médecin envers la santé de ses patients.

3. Toutes les associations médicales nationales et leurs membres ont l'obligation de préserver l'éthique de la médecine, de faire preuve d'une absolue franchise et honnêteté vis-à-vis des conflits passés et actuels ainsi que de sauvegarder les leçons tirées de toutes les formes de comportement ne respectant pas l'éthique. Cela inclut de toujours s'engager pour les droits humains, de rejeter explicitement toute forme de discrimination, qu'elle soit fondée sur l'appartenance ethnique, la religion, le genre ou l'orientation sexuelle ou autre et d'affronter les manquements moraux de la profession médicale.

4. Les médecins ont une obligation professionnelle et éthique à s'élever au-dessus des intérêts ethniques et nationaux. Les associations médicales ont un rôle à jouer pour combler l'écart entre les différents groupes humains grâce à leurs codes médicaux et éthiques, sans égard pour la politique, la religion, l'ethnie ou le contexte social. Le savoir-faire médical tel qu'il est représenté dans les associations médicales pourrait être un facteur puissant de rétablissement du respect des droits humains en général en temps de guerre et d'autres conflits.

RECOMMENDATIONS

5. L'Association médicale mondiale demande expressément aux associations médicales nationales de :

   5.1. Se réunir régulièrement dans un esprit de coopération durable et amicale ;

   5.2. Prendre l'initiative d'inviter des collègues des associations médicales des pays en conflit dans le but de rétablir un contact et une coopération entre ces associations ;

   5.3. S'impliquer dans un échange véritable d'expérience et de connaissances avec la communauté médicale régionale et mondiale afin de préserver les normes éthiques et de soin les plus exigeantes ;

   5.4. Veiller à ce que toutes les générations de médecins – y compris celles qui n'ont jamais été impliquées dans de mauvaises actions – soient conscientes de l'importance vitale de l'éthique médicale et des conséquences terribles de son non-respect. Pour ce faire, il convient d'intégrer ces principes à la formation médicale basique (voir la Résolution de l'AMM sur l'inscription de l'éthique médicale et des droits de l'homme au programme des écoles de médecine du monde entier) et à la formation continue tout au long de la carrière des médecins ;

   5.5. Reconnaître leur obligation de travailler ensemble et avec d'autres autorités compétentes pour ne jamais oublier les dérives de l'éthique médicale ou les violations des droits humains et ainsi prévenir leur réapparition ;

   5.6. Promouvoir la préservation et le développement de relations constructives au sein de la profession médicale, même après de regrettables conflits passés ou des conflits présents. Pour y parvenir, il est particulièrement important de s'impliquer dans une communication permanente empreinte de collégialité professionnelle.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LES ÉPIDÉMIE ET PANDÉMIES

Adoptée par la 68e Assemblée Générale de l'AMM à Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. L'histoire démontre que de nouvelles maladies peuvent émerger et d'anciennes resurgir sans que l'on puisse les prévoir. Les déplacements rapides des personnes et des biens à travers le monde entraînent la propagation des infections à un rythme sans précédent. Les systèmes de santé doivent alors relever le défi et réagir en temps utile. L'identification rapide et la réaction appropriée à de telles épidémies ou pandémies doivent être le souci de tous les pays, avec une communication et une collaboration efficaces entre eux.

2. Les épidémies peuvent être provoquées par toute une série d'agents infectieux aux méthodes de transmission différentes. Ces maladies peuvent s'autolimiter, s'accompagner de peu de symptômes manifestes ou avoir des conséquences à court ou à long terme, parfois graves. Des pathologies relativement mineures seront éventuellement mortelles pour certains individus vulnérables. Les personnes âgées et les très jeunes enfants, ainsi que ceux dont l'immunité est compromise en font partie.

3. Investir dans les systèmes de santé publique améliorera la capacité à détecter et à contenir efficacement des épidémies rares ou inhabituelles. Les services de santé publique essentiels sont nécessaires pour dépister, enquêter et réagir à toutes les épidémies. Un programme de surveillance mondial plus efficace permettra de mieux réagir face aux maladies infectieuses, de mieux détecter et identifier de nouvelles maladies ou des maladies émergentes. Les épidémies et pandémies se propagent potentiellement plus vite dans les pays où les systèmes de santé publique sont systématiquement sous-financés et sous-développés.

RECOMMANDATIONS

OSM et les gouvernements nationaux

4. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est chargée de coordonner la réponse internationale aux épidémies et pandémies. Elle a établi des phases permettant une approche progressive à la préparation, à la planification et à la réponse face à une épidémie évolutive. L'AMM fait les recommandations suivantes :

   4.1. L'OMS devrait s'assurer du recueil de l'ensemble des données sur le développement des maladies infectieuses et leur propagation et de la coopération avec les organisations humanitaires et non gouvernementales ainsi qu'avec les

gouvernements locaux et nationaux qui suivent la situation dans des zones où la documentation est limitée. Un système mondial de recueil des données et de surveillance est essentiel pour dépister les maladies infectieuses et leurs conséquences.

4.2. L'OMS devrait travailler étroitement avec les centres de contrôle des maladies d'Atlanta et d'Europe (CDC et CDC-E) et leurs homologues nationaux, ainsi qu'avec d'autres agences de santé publique régionales afin d'analyser les rapports sur les modifications des modèles pathologiques et de déclarer les épidémies et pandémies dès leur identification. L'émergence et l'identification peuvent se dérouler sur des échelles de temps différentes.

4.3. L'OMS et d'autres devraient travailler avec les gouvernements nationaux et les groupements internationaux de gouvernements afin de coordonner les réponses aux maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes.

4.4. L'OMS devrait collaborer avec les Associations médicales nationales et les autres autorités sanitaires afin d'assurer la mise à disposition de données cliniques précises et actualisées auprès des médecins et des prestataires de soins.

4.5. Au moment de l'émergence ou de la réapparition d'infections, l'OMS et d'autres agences des Nations unies doivent veiller à la mise à disposition d'informations faciles à comprendre et dans la langue locale auprès de toutes les personnes des zones touchées, en travaillant avec les gouvernements et d'autres partenaires. Il convient que les populations reçoivent notamment des informations sur la prévention des maladies et les pratiques optimales d'hygiène et de prévention des infections.

4.6. Lorsque les maladies provoquent des anomalies congénitales, les gouvernements doivent apporter un soutien aux familles touchées.

4.7. Il conviendrait de créer un groupe de spécialistes de la santé publique à même d'apporter une aide au cours d'une urgence sanitaire et obtenir le soutien de tous les gouvernements.

Ces spécialistes et d'autres médecins devraient être préparés à se mettre à la disposition de la lutte contre toute épidémie, en fonction de leurs compétences.

Associations médicales nationales (AMN)

5.1 Les AMN devraient clairement identifier leurs responsabilités au cours d'une épidémie ainsi que l'ampleur de leur participation dans leur processus de planification nationale des épidémies. Ces responsabilités devraient inclure la communication des informations vitales au public et notamment aux professionnels de santé.

5.2 Le cas échéant, les AMN devraient proposer des formations et des outils d'assistance clinique aux médecins et aux associations médicales régionales, en travaillant avec les autorités sanitaires et les établissements de formation.

5.3 Les AMN devraient être préparées à plaider pour un financement adéquat de leur

gouvernement, qui serait destiné à soutenir la main d'œuvre sanitaire et à se préparer à une épidémie.

Médecins

6.1 Les médecins devraient être suffisamment formés sur les risques de transmission, sur le contrôle des infections et sur la gestion concomitante des maladies chroniques au cours d'une épidémie.

6.2 Les médecins étant les premiers à intervenir, ils doivent demeurer impliqués dans la planification locale des épidémies, à toutes les étapes de la lutte contre les épidémies.

6.3 Les médecins devraient prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger leur propre santé et celle de leur personnel et de leurs collègues.

6.4 Les médecins doivent aider au recueil de données de base qui permettent de réaliser le suivi de l'épidémie, tout en préservant la confidentialité de ces informations et en protégeant les personnes vulnérables.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LE RÔLE DES MÉDECINS DANS LA LUTTE CONTRE L'EXPLOITATION DANS LE CADRE DES ADOPTIONS

Adoptée par la 68e Assemblée Générale de l'AMM à Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. L'article 21 de la Convention internationale des droits de l'enfant de l'UNICEF comporte un appel en faveur d'un processus d'adoption digne et transparent dans lequel l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale.

2. La Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (Convention de La Haye sur l'adoption) visent à établir des règles afin d'assurer que tout processus d'adoption internationale se déroule dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Les principes qui y sont énoncés forment le fondement des pratiques d'adoption internationale dans le monde entier.

3. Les médecins peuvent être amenés à rencontrer des enfants qui vont être adoptés avec leurs parents, leurs tuteurs ou les parents qui vont les adopter. Les médecins pouvant faire face aux conséquences de l'exploitation lorsqu'elle a lieu dans le cadre d'une adoption, leur rôle est essentiel pour garantir le respect des droits de l'enfant et notamment de l'article 21 de la Convention de l'UNICEF sur les droits de l'enfant. Il convient que les professionnels sachent ce que devrait être un processus d'adoption légal est nécessaire pour protéger les droits et la santé des enfants.

RECOMMANDATIONS

4. L'AMM condamne toute forme d'exploitation dans le cadre de l'adoption d'un enfant. Les pratiques inadmissibles comptent les actes criminels, y compris la traite des enfants et les crimes sexuels.

5. L'AMM appelle les associations médicales nationales et les médecins à participer activement à la prévention de l'exploitation dans les pratiques d'adoption.

6. Les médecins doivent être formés à la nature et à l'importance de leur rôle pendant le processus d'adoption. Les médecins doivent posséder de solides connaissances en matière de pratiques d'exploitation dans le cadre d'une adoption et doivent pouvoir trouver les ressources qui les aideront à identifier une victime et à prendre les mesures qui s'imposent.

7. Les médecins qui sont en contact avec des familles qui adoptent un mineur doivent fortement les encourager à vérifier que les pratiques d'adoption sont conformes à la législation et à la règlementation applicable dans leur juridiction.

8. L'AMM soutient que les familles qui envisagent d'adopter doivent être informées de l'existence de réseaux qui pourraient exploiter des mineurs dans le cadre de l'adoption, notamment lorsque l'adoption doit se dérouler entre différents environnements juridiques nationaux.

9. Les médecins ayant une raison légitime de soupçonner que l'un de leurs patients, enfant ou adulte, pourrait être associé à des pratiques d'exploitation dans le cadre d'une adoption doivent le signaler aux autorités compétentes, telles que définies par la législation nationale.

10. Les médecins doivent être formés à l'existence d'outils, y compris des tests ADN, qui peuvent aider à identifier les membres de la famille d'enfants qui ont été adoptés.

11. L'AMM encourage toutes les activités scientifiques et professionnelles qui pourraient contribuer aux efforts des autorités pour prévenir toute pratique d'exploitation dans le cadre d'une adoption.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Adoptée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

1. L'expiration des brevets portant sur certains biomédicaments 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 dans des organismes vivants, il peut exister des différences mineures entre ces derniers et leur biomédicament de référence, tous les médicaments biologiques partageant la caractéristique de variabilité mineure. La fabrication de médicaments biosimilaires tend à être plus complexe que celle de molécules chimiques. Dès lors, la substance active dans le médicament biosimilaire peut comporter un degré mineur de variabilité. Les médicaments biologiques innovants varient également d'un lot à l'autre, c'est pourquoi les médicaments biosimilaires ne sont pas forcément substituables aux biomédicaments de référence, même après avoir été agréés par les autorités compétentes.

3. Les médicaments biosimilaires ne sont pas 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. Alors que les médicaments génériques sont interchangeables, ce n'est pas forcément le cas des médicaments biosimilaires.

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 car il est désormais possible d'obtenir un produit d'une efficacité similaire à celle d'un médicament de référence, à moindre coût.

6. Les médicaments biosimilaires permettront en outre à davantage de 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 ou dans des situations où il n'a pas été démontré que les médicaments biosimilaires sont cliniquement équivalents au médicament biologique d'origine. La décision de prescrire ou non des médicaments biosimilaires ou de faire passer un patient du biomédicament d'origine à un médicament biosimilaire doit être prise par le médecin et non par une compagnie d'assurance.

RECOMMANDATIONS

1. Les associations médicales nationales devraient travailler avec leurs gouvernements à l'élaboration 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 s'efforcer d'assurer que l'autonomie des médecins est préservée pour ce qui est de la prescription d'un médicament biologique.

4. Le cas échéant, les associations médicales nationales devraient militer contre toute autorisation accordée aux compagnies d'assurance et aux mutuelles exigeant l'interchangeabilité des médicaments biosimilaires et des biomédicaments de référence et pour une réglementation sûre relative à l'interchangeabilité des médicaments biosimilaires lorsque cela est autorisé.

5. Les médecins doivent assurer que les dossiers médicaux des patients indiquent exactement le médicament biosimilaire prescrit et administré.

6. Les médecins ne sauraient prescrire un médicament biosimilaire à des patients traités avec succès avec le biomédicament de référence, à moins que l'équivalence clinique entre les deux n'ait été clairement démontrée et que les patients n'aient donné leur accord après avoir été adéquatement informés. Aucune substitution ne devrait avoir lieu entre des médicaments biosimilaires et d'autres médicaments sans le consentement du médecin traitant.

7. Les médecins devraient s'efforcer d'améliorer leur compréhension des différences entre les produits biosimilaires qui sont très similaires au biomédicament original ou interchangeable avec lui et sensibiliser le grand public aux questions relatives aux produits biosimilaires et à l'interchangeabilité, tout en militant pour un étiquetage clair des produits biosimilaires.

8. Les médecins doivent rester vigilants et signaler au fabricant, ainsi qu'aux autorités compétentes, tout effet indésirable rencontré par les patients qui utilisent un biomédicament original ou un produit biosimilaire.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LA CRÉATION ET LA PROMOTION D'UN CARNET DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Adoptée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

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 (OMD). 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).

Le carnet de santé maternelle et infantile est un livret complet à conserver chez soi, conçu pour contenir toutes les informations de santé nécessaires et les antécédents de santé de la mère et de l'enfant. Y figurent les informations relatives à la grossesse, l'accouchement, les périodes néonatale et de prime enfance, la croissance de l'enfant et les vaccinations. Ce carnet favorise l'intégration des services de soins de santé maternels, néonataux et infantiles. Non seulement il contribue à l'éducation à la santé mais il aide les femmes et les familles à s'approprier ces questions.

En 1948, le Japon est devenu le premier pays au monde à créer et à distribuer le carnet de santé maternelle et infantile, afin de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant.

Il en existe désormais des versions dans près de quarante pays, toutes adaptées à la culture locale et au contexte socio-économique. Il existe de multiples sortes de carnets de santé et de supports éducatifs relatifs à la santé des mères et des enfants dans de nombreux pays. L'utilisation des carnets de santé maternelle et infantile 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, l'accouchement et la période suivant la naissance.

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 des patientes et des jeunes patients et aux données rassemblés dans le carnet. L'utilisation du carnet de santé seul n'améliore pas les indicateurs de santé. Ses bénéfices sont tangibles lorsque les femmes et les enfants ont accès à des soins de santé adaptés sur la base des informations compilées dans le carnet. C'est pourquoi l'utilisation de ce carnet devrait être partagée au niveau mondial.

Au Japon, c'est la version numérique du carnet qui se généralise progressivement. Le carnet numérique doit être utilisé d'une manière qui permette de protéger la confidentialité des informations de santé du patient. Certaines crèches et écoles primaires exigent d'avoir accès au carnet de santé dans le cadre du processus d'admission dans l'établissement, faisant peser sur les parents et les médecins une pression susceptible de les faire modifier les informations figurant dans le carnet.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM recommande à ses associations membres d'encourager les autorités de santé et les institutions sanitaires de leur pays à fournir des informations facilement accessibles et intelligibles sur la santé maternelle et infantile. Le carnet de santé maternelle et infantile ou son équivalent peuvent être des outils efficaces pour améliorer la continuité des soins et assurer la promotion de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

2. L'AMM recommande que les membres constituants et les professionnels de la médecine favorisent l'adaptation à leur environnement et l'utilisation d'un tel carnet, ou son équivalent, 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 des zones les plus isolées ou sous dotées.

3. La confidentialité des informations de santé et la vie privée des mères et des enfants doit être strictement protégée lorsqu'un carnet de santé maternelle et infantile ou des documents de même type sont utilisés. Un tel carnet doit servir exclusivement à améliorer la santé et le bien-être des mères, des nouveau-nés et des enfants. Il ne saurait être utilisé dans le cadre de procédures d'admission dans un établissement de garde ou scolaire.

4. Les associations qui comptent parmi les membres constituants devraient promouvoir la recherche locale afin d'évaluer l'utilisation de carnets de santé maternelle et infantile, ou son équivalent, et proposer des recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins dans leur pays.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LA PLACE DES FEMMES DANS LA MÉDECINE

Adoptée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

1. 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 l'égalité des genres. La présente prise de position propose des mécanismes permettant d'identifier et de surmonter les obstacles qui produisent une discrimination entre les sexes.

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 plusieurs dizaines d'années et dépasse même souvent les 50 %.

3. Cette évolution doit être soutenue par des mesures adéquates telles que :

   - Mettre davantage l'accent sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, tout en favorisant l'évolution professionnelle du ou de la médecin ;
   - Encourager les femmes à briguer des postes de direction, d'encadrement et des postes universitaires ;
   - Eliminer 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.

4. 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.

RECOMMANDATIONS

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 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, à obtenir des postes d'enseignants-chercheurs et à décrocher des postes universitaires, de 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.

8. 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 privée

9. Les médecins sont invités à reconnaître qu'un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée bénéficie à tous les médecins, mais que les femmes peuvent être confrontées à des difficultés particulières dans ce domaine en raison des attentes sociales relatives au rôle selon le genre, attentes qui doivent être combattues pour corriger ce déséquilibre. Les employeurs dans le domaine des soins de santé peuvent démontrer leur leadership et contribuer à l'amélioration de la situation comme suit:

   - Garantir aux femmes en congé maternité l'accès à tous les droits et bénéfices qui leur sont dus ;
   - Mettre en place des mesures encourageant les hommes et les femmes à prendre un congé parental, afin que les femmes soient en mesure de poursuivre leurs carrières et les hommes de consacrer du temps de qualité à leurs familles.

10. 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.

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.

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.

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.

14. 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

15. Il 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.

16. Il incombe aux employeurs d'évaluer les 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.

17. Les médecins enceintes doivent disposer des mêmes possibilités de formation continue que les autres médecins.

18. 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 avoir le droit de reprendre leur ancien poste après leur congé parental sans craindre de perdre ce poste.

20. 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.

21. 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.

22. Les lieux de travail devraient comporter des locaux adéquats pour les femmes qui allaitent, y compris des lieux calmes, propres et privées, spécialement réservés à l'allaitement, le recours au tire-lait et la conservation du lait.

Changements de la culture organisationnelle

23. 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.

24. Les hôpitaux et les autres établissements qui emploient des médecins devraient disposer d'une culture organisationnelle compatible avec une vie de famille.

Planification des effectifs et recherche

25. 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 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.

26. Les gouvernements devraient investir dans des recherches visant à identifier les facteurs qui poussent les femmes et les hommes 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.

27. 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 dans le domaine médical.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM
SUR
LE TOURISME MÉDICAL

Adoptée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

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 élective 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 des 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 règlementations 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 ainsi qu'une législation 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. 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 images diagnostiques 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 de 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.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Adoptée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

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 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 pour mettre en échec les déterminants sociaux de la santé et notamment réduire les inégalités de santé.

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.

3. L'AMM reconnaît les efforts importants consentis par les Nations unies avec l'adoption le 25 septembre 2015 de la résolution « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ». 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 proclame l'importance d'efforts mondiaux en faveur du développement durable et l'impact qu'ils peuvent avoir sur l'humanité.

4. 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 à l'horizon 2030. L'AMM constate que bien que seul le troisième objectif soit spécifiquement centrés sur la santé, la plupart renferment d'importants composants relatifs à la santé.

5. L'AMM reconnaît que tous 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. 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.

6. L'AMM souligne la nécessité de compter sur des collaborations et des travaux intersectoriels pour atteindre ces objectifs et considère que les questions de santé doivent être prises en compte dans tous les ODD, et pas uniquement dans le troisième ODD consacré à la santé.

PRIORITÉS DE LA POLITIQUE

7. Reconnaissance des questions de santé dans toutes les politiques et des déterminants sociaux de la santé/approche sociale globale;

8. Certains domaines sont essentiels à la réalisation de l'Objectif de développement durable n° 3:

   - 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 ;
   - La lutte contre la résistance antimicrobienne ;
   - La sécurité et le bien-être du personnel de santé.

9. Harmonisation des politiques 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.

10. L'AMM s'engage à soutenir la mise en œuvre des trois autres accords mondiaux relatifs au processus de développement durable :

    - 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 ;
    - L'Accord de Paris, qui est le 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 réchauffement bien en deçà du dépassement de 2°C des niveaux préindustriels ;
    - 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 gouvernements locaux, le secteur privé et d'autres parties prenantes.

RECOMMANDATIONS ET ENGAGEMENTS

11. L'AMM s'engage à travailler avec d'autres organisations intergouvernementales, y compris les Nations unies, 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.

12. 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.

13. L'AMM recommande que les associations médicales nationales créent des stratégies relatives au recueil de données, à la mise en œuvre, au renforcement des capacités et au plaidoyer, aux fins d'une meilleure cohérence entre les politiques et pour augmenter autant que possible la mise en œuvre du Programme à l'horizon 2030 aux niveaux national et mondial.

14. L'AMM recommande en outre que les associations médicales nationales collaborent avec les banques de développement, les ONG, les organisations intergouvernementales et d'autres parties prenantes qui travaillent également à mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment dans leur propre pays.

15. L'AMM encourage les Nations unies et 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.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR L'UTILISATION DE L'INTELLIGENCE AUGMENTÉE DANS LES SOINS MÉDICAUX

Adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PRÉAMBULE

L'intelligence artificielle (IA) est la possibilité pour une machine de simuler un comportement intelligent, une caractéristique qui lui permet de fonctionner de manière appropriée et avec anticipation dans son environnement. Le terme « intelligence artificielle » recouvre tout un éventail de méthodes, de techniques et de systèmes. Parmi les exemples courants de systèmes d'intelligence artificielle, on trouve le traitement automatique du langage naturel (TALN), la vision par ordinateur et l'apprentissage automatique. Dans les soins de santé comme en d'autres domaines, les solutions d'intelligence artificielle mettent en œuvre une combinaison de ces systèmes et méthodes.

(Note : un glossaire figure en annexe de cette prise de position).

Dans le domaine des soins de santé, le terme le plus adapté est « intelligence augmentée », une autre conceptualisation qui reflète plus exactement l'objectif de ces systèmes, qui est de coexister avec la prise de décision humaine (1). Dès lors, dans cette prise de position, IA se réfère à l'intelligence augmentée.

Un système d'intelligence artificielle utilisant l'apprentissage automatique emploie un algorithme programmé pour apprendre (« algorithme d'apprentissage ») à partir de données appelées « données d'apprentissage ». L'algorithme d'apprentissage ajuste ensuite automatiquement le modèle d'apprentissage automatique sur la base des données d'apprentissage qu'il a reçues. Un système d'apprentissage automatique non supervisé met à jour le modèle sans intervention humaine à mesure qu'il reçoit de nouvelles données, alors que l'apprentissage automatique supervisé ne met pas à jour le modèle en traitant automatiquement de nouvelles données. Dans les soins de santé, il est important de savoir si l'algorithme d'apprentissage est supervisé ou non, c'est-à-dire s'il continue à apprendre une fois intégré à la pratique clinique afin d'évaluer la qualité, la sécurité ou les biais du système. Il est essentiel d'être capable de remonter à la source des données d'apprentissage pour comprendre le risque associé à l'intégration de systèmes d'intelligence augmentée dans les soins de santé pour des personnes dont les caractéristiques sont significativement différentes de celles qui sont présentes dans les données d'apprentissage.

L'intelligence augmentée dans les soins de santé désigne généralement des méthodes, des outils et des solutions appliquées aux établissements de soins de santé et aux soins aux

patients. Outre les applications cliniques, il existe de nombreuses autres applications de l'intelligence augmentée aux soins de santé : activités commerciales, recherche, administration des soins de santé et santé de la population.

Les concepts d'intelligence augmentée et d'apprentissage automatique ont très tôt intéressé les prestataires de soins de santé, mais la terminologie se rapportant à ces concepts n'est souvent pas très établie. D'aucuns voient en l'intelligence augmentée la panacée technique, mais la réalisation des promesses de l'intelligence augmentée pourrait réserver des difficultés, qu'elles soient dues à la nécessité de faire évoluer la supervision règlementaire pour assurer la sécurité et l'efficacité clinique, le manque de normes communément acceptées, les questions de responsabilité, la nécessité de définir des lois et règlementations claires eu égard à l'utilisation des données et l'absence de terminologie et de définitions communément établies.

Parmi les usages les plus prometteurs de l'intelligence augmentée dans le domaine des soins de santé, on peut citer l'analyse prédictive, la médecine de précision et le soutien aux décisions cliniques. Ces domaines connaissent des progrès et les investissements dans l'intelligence augmentée sont en hausse depuis plusieurs années [1]. Actuellement les systèmes d'intelligence augmentée appliqués aux soins de santé ont commencé à produire des résultats intéressants dans les domaines de la reconnaissance de formes, le TALN et l'apprentissage en profondeur (« deep learning »). Les systèmes d'apprentissage automatique sont conçus pour identifier les données douteuses et éviter de se fonder sur ces données. Toutefois, les systèmes d'intelligence augmentée ne sauraient remplacer la relation entre médecin et patient. Ces systèmes doivent améliorer les soins médicaux prodigués par le médecin et non remplacer ce dernier.

Les systèmes d'intelligence augmentée doivent être transparents, reproductibles et fiables, à la fois aux yeux des soignants et à ceux des patients. Les systèmes doivent être centrés sur les besoins des usagers. Leur facilité d'emploi et leur efficacité doivent être évaluées par des participants qui soient représentatifs des usagers finaux. Les médecins seront plus enclins à recourir à des systèmes d'intelligence augmentée flexibles qui peuvent être intégrés à leurs pratiques et les perfectionner, tout en améliorant les soins dispensés aux patients.

Perspectives

L'intelligence augmentée appliquée aux soins de santé peut offrir un ensemble d'outils transformationnels aux médecins et aux patients et pourrait rendre les soins de santé plus sûrs et plus efficaces. L'automatisation de processus hospitaliers et administratifs pourrait accroître la productivité des médecins. L'exploration de données pour extraire des données exactes et utiles au bon moment pourrait permettre d'améliorer les dossiers médicaux électroniques et l'accès aux informations utiles concernant le patient. Les résultats de l'exploration de données pourraient en outre permettre de mettre au jour des tendances qui serviraient à informer l'attribution de ressources et les décisions relatives à leur utilisation. L'analyse de toutes les données connues sur un patient pourrait permettre un meilleur diagnostic et un traitement plus adapté ou plus commode. L'expérience du patient, sa sécurité et son adhésion au traitement pourraient également s'en trouver améliorées.

Les applications de l'intelligence augmentée dans la formation des futurs médecins sont multiples et comprennent la formation continue, la simulation de situations, l'assistance à

l'apprentissage et l'accompagnement des étudiants et des internes ainsi que la mise à disposition d'outils objectifs d'évaluation des compétences. De telles applications pourraient contribuer à personnaliser l'enseignement médical et à faciliter l'apprentissage autonome, individuel ou en groupe.

Outre les médecins, nombre d'acteurs et de décideurs participent à influencer l'évolution de l'intelligence artificielle dans le domaine des soins de santé, par exemple les associations médicales, les entreprises, les gouvernements et le secteur des technologies de pointe. Les médecins disposent d'une occasion exceptionnelle d'informer et d'influencer de manière positive les discussions et les débats ayant actuellement cours au sujet de l'intelligence augmentée. Ils ont tout intérêt à intervenir dans ces discussions pour assurer que leurs points de vue soient entendus et pris en compte dans ces technologies en plein essor.

Écueils

Les développeurs des systèmes d'intelligence augmentée appliquée aux soins de santé et les autorités de règlementation doivent assurer l'information en bonne et due forme des parties concernées et déterminer les avantages, les limites et la juste portée de ces systèmes. Les médecins, eux ont besoin de comprendre les méthodes et systèmes d'intelligence augmentée afin de se fonder sur des recommandations cliniques. Les étudiants en médecine et les médecins en activité doivent être formés aux possibilités et aux limites des systèmes d'intelligence augmentée dans le cadre des soins de santé, leur implication étant essentielle à la bonne évolution du secteur. Les systèmes d'intelligence augmentée doivent toujours être conformes aux valeurs professionnelles et aux règles déontologiques ayant cours dans la profession médicale.

La protection de la confidentialité des données du patient, leur maîtrise et leur possession est au fondement de la relation de confiance qui unit le patient à son médecin. L'anonymisation des données ne protège pas suffisamment les informations relatives à un patient dans la mesure où il suffit de trois points de données aux algorithmes d'apprentissage automatique pour identifier une personne dans d'immenses corpus de données complexes. Il convient de répondre aux attentes actuelles des patients en matière de confidentialité de leurs données personnelles et à cette fin élaborer de nouveaux modèles de bonne gestion des données et du consentement. On recherche actuellement des solutions techniques viables pour limiter les risques afférents à ces systèmes. Elles sont indispensables si les systèmes d'intelligence augmentée sont appelés à se généraliser dans les soins de santé.

La structure et l'intégrité des données sont aujourd'hui les points faibles auxquels il convient de remédier dès la conception des systèmes d'intelligence augmentée. Les ensembles de données sur lesquels sont entraînés les systèmes d'apprentissage automatique sont créés par des humains et sont susceptibles de refléter leurs préjugés et leurs erreurs. C'est pourquoi ces systèmes peuvent normaliser des erreurs et des biais présents dans leur corpus de données. Les minorités peuvent s'en trouver désavantagées : il existe en effet moins de données sur les populations minoritaires. Il convient également d'examiner la manière dont sera évaluée l'exactitude d'un modèle et donc d'analyser minutieusement les ensembles de données d'entraînement et les relations qui les lient aux ensembles de données utilisées pour évaluer les algorithmes.

La généralisation des systèmes d'intelligence augmentée se heurte en outre à des questions de responsabilité. À mesure que des modèles de supervision existants et nouveaux se constituent au sein des systèmes d'intelligence artificielle, les meilleurs connaisseurs de ces systèmes et donc les mieux placés pour en atténuer les risques seront ceux qui les ont développés. Les développeurs des systèmes d'intelligence augmentée appliqués aux soins de santé et ceux qui ont commandé de tels systèmes doivent être comptables des évènements néfastes qui résulteraient d'un mauvais fonctionnement ou de résultats inexacts. Les médecins trouvent souvent les dossiers médicaux électroniques peu ergonomiques. Des systèmes conçus pour permettre les soins en équipe et d'autres types de déroulement des tâches se révèlent souvent inadaptés. Outre les facteurs humains, la conception et le développement des systèmes d'intelligence augmentée dans les soins de santé doivent sérieusement prendre en compte le déploiement approprié de tels systèmes. Tous les systèmes ne sont pas exploitables partout, du fait des variations des sources de données.

Des travaux sont en cours pour faire progresser la législation relative aux systèmes d'intelligence augmentée appliquée aux soins de santé et leur supervision, notamment dans les domaines des normes relatives aux soins médicaux, des droits de propriété intellectuelle, des procédures de certification ou des règlementations gouvernementales et des considérations éthiques et légales.

RECOMMANDATIONS

L'AMM devrait :

- reconnaître le potentiel des systèmes d'intelligence augmentée appliquée aux soins de santé en matière d'amélioration de l'état de santé des patients et de satisfaction professionnelle des médecins, à condition que ces systèmes soient conformes aux principes d'éthique médicale, de confidentialité des données relatives aux patients et de non-discrimination ;
- soutenir le processus de fixation de priorités des systèmes d'intelligence augmentée appliqués aux soins de santé ;
- encourager les possibilités de formation des patients, médecins, étudiants en médecine, administrateurs de santé et tous les autres professionnels de santé pour promouvoir une meilleure compréhension des nombreux aspects, positifs et négatifs de l'intelligence augmentée dans les soins de santé.

L'AMM invite instamment ses organisations membres à :

- trouver des occasions de faire connaître les points de vue des médecins sur l'élaboration, la conception, la validation et la mise en œuvre de l'intelligence augmentée dans les soins de santé ;
- défendre l'implication directe des médecins dans le développement et la gestion des systèmes d'intelligence augmentée appliquée aux soins de santé et une supervision institutionnelle et professionnelle appropriée aux fins de produits et services d'intelligence augmentée sûrs, efficaces, équitables, éthiques et accessibles ;

- défendre la transparence, la reproductibilité et la fiabilité de tous les systèmes d'intelligence augmentée en matière de soins de santé tant pour les soignants que pour les patients.
- défendre la primauté de la relation entre médecin et patient dans le développement et la mise en œuvre de systèmes d'intelligence augmentée appliqués aux soins de santé.

(1) Aux fins de la présente prise de position, le terme « intelligence augmentée dans les soins de santé » fait référence à un système qui enrichit le travail des cliniciens mais ne s'y substitue pas.

ANNEXE: GLOSSAIRE DES TERMES RELATIFS À L'INTELLIGENCE AUGMENTÉE DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ

Algorithme : ensemble d'instructions détaillées et ordonnées qui sont suivies par un ordinateur pour résoudre un problème mathématique ou réaliser un processus informatique.

Intelligence artificielle : ensemble de méthodes informatiques utilisées pour produire des systèmes qui réalisent des tâches témoignant d'un comportement intelligent indistinct d'un comportement humain.

Intelligence augmentée (IA) : conceptualisation de l'intelligence artificielle centrée sur le rôle d'assistance de cette dernière et conçue pour concourir à l'intelligence humaine plutôt que pour la remplacer.

Vision informatique : champ scientifique interdisciplinaire traitant de la manière dont des ordinateurs peuvent permettre une compréhension fine des images ou vidéos numériques et visant à automatiser des tâches dont est capable l'organe visuel humain.

Exploration de données : sous-champ interdisciplinaire de l'informatique et de la statistique dont le but général est d'extraire des informations (en utilisant des méthodes intelligentes) d'un corpus de données et de les transformer en une structure compréhensible pour un usage ultérieur.

Apprentissage automatique : étude scientifique d'algorithmes et de modèles statistiques utilisés par des systèmes informatiques afin de réaliser des tâches spécifiques de manière efficace avec le minimum d'intervention humaine et sans instruction précise, en apprenant des données et de l'identification de formes.

Traitement automatique du langage naturel (TALN) : sous champ de l'informatique, de l'ingénierie de l'information et de l'intelligence artificielle étudiant les interactions entre les langages informatiques et humains, notamment la manière de programmer des ordinateurs pour traiter et analyser de grandes quantités de données relatives au langage naturel.

Données d'entraînement : ensemble de données utilisées pour former un algorithme. Il s'agit généralement d'un certain pourcentage d'un corpus de données accompagné d'un dispositif de test. De manière générale, meilleures sont les données d'entraînement, plus l'algorithme est performant. Une fois l'algorithme entraîné, il est généralement évalué grâce au dispositif de test. L'ensemble du système d'entraînement doit être étiqueté ou enrichi pour accroître la fiabilité et l'exactitude de l'algorithme.

Référence

[1] CB Insights, The Race for AI: Google, Baidu, Intel, Apple in a Rush to Grab Artificial Intelligence Startups. https://www.cbinsights.com/research/top-acquirers-ai-startups-ma-timeline/ (en anglais).

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LA CONSOMMATION DE BOISSONS SUCRÉES ET CONTENANT DES SUCRES AJOUTÉS

Adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PRÉAMBULE

Les maladies non transmissibles constituent les principales causes de décès dans le monde. Chaque année ce sont près de 40 millions de personnes qui meurent des suites de l'une de ces pathologies [1], qui trouvent principalement leur origine dans un régime alimentaire déséquilibré et la sédentarité. Une consommation élevée de sucres libres est souvent associée aux maladies non transmissibles en raison de ses liens avec l'obésité et une alimentation de mauvaise qualité.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la consommation de sucres libres, c'est-à-dire les sucres ajoutés aux aliments et aux boissons par les personnes qui fabriquent, cuisinent ou consomment le produit, conduit à un apport énergétique excessif, ce qui se traduit par une augmentation de la masse corporelle.

L'OMS définit les sucres libres comme : « tous les sucres ajoutés aux aliments et aux boissons pendant leur fabrication, ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops, les jus de fruits et les jus de fruits à base de concentré ».

Le sucre s'est très largement répandu et sa consommation mondiale est passée de 130 millions de tonnes à 178 millions de tonnes par an au cours de la dernière décennie4.

La consommation excessive de sucre libre, notamment sous la forme de boissons sucrées, menace la qualité de l'alimentation sur le plan des nutriments : elle contribue à l'apport énergétique global sans ajouter de nutriments spécifiques. Elle contribue ainsi à une prise de poids malsaine et à un risque accru de problèmes dentaires, d'obésité ou de maladie non transmissible. On trouve parmi les boissons contenant des sucres ajoutés tous types de boissons contenant des sucres libres (qu'il s'agisse de monosaccharides ou de disaccharides), y compris les boissons sans alcool, les jus de fruits et de légumes ou les boissons qui en contiennent, les concentrés liquides ou en poudre, les eaux aromatisées, les boissons énergisantes, les boissons à base de thé ou de café prêtes à boire et les boissons lactées aromatisées.

L'OMS recommande de réduire l'absorption de sucre à 5 % des apports énergétiques totaux, soit près de six petites cuillers par jour et de ne pas dépasser les 10 % d'apports énergétiques totaux [2].

Selon une méta-analyse menée aux États-Unis, l'élasticité de la consommation de boissons sucrées par rapport au prix de vente est de -1,21, ce qui signifie qu'une augmentation du prix de 10 % occasionne une réduction de la consommation de 12,1 %. Ainsi, au Mexique une taxe sur le sucre a permis de faire diminuer la consommation de boissons contenant des sucres ajoutés.

Les données et les expériences observées dans le monde entier montrent qu'une taxe sur le sucre fonctionne mieux si elle fait partie d'une série d'interventions visant à s'attaquer au problème de l'obésité et des maladies chroniques associées. Ces interventions comprennent la régulation des publicités pour la nourriture, l'étiquetage des produits, les campagnes de sensibilisation et les subventions aux produits alimentaires sains.

RECOMMANDATIONS

L'Association médicale mondiale (AMM) et ses membres constituants devraient :

- Appeler les gouvernements nationaux à mettre fin au faible coût des sucres libres et des boissons contenant des sucres ajoutés par une taxation du sucre. Le produit de cette taxe devrait être alloué à la promotion de la santé et à des programmes de santé publique axés sur la prévention visant à réduire l'obésité et les maladies non transmissibles dans leur pays.
- Encourager les fabricants de produits alimentaires à indiquer clairement la teneur en sucre de leurs produits et exhorter leur gouvernement à imposer un tel étiquetage ;
- Exhorter leur gouvernement à règlementer de manière stricte la publicité pour les aliments et boissons sucrées destinée aux enfants ;
- Demander instamment aux gouvernements nationaux de restreindre la mise à disposition de boissons et de produits sucrés dont la teneur en sucres libres est élevée dans les établissements scolaires et de santé et de les remplacer par des alternatives plus saines.

Les membres constituants de l'AMM et les médecins qui les composent devraient travailler avec les parties prenantes nationales afin de :

- Militer pour une alimentation saine et durable limitant la consommation de sucres libres à moins de 5 % des apports énergétiques totaux ;
- Encourager les formations en nutrition et les programmes de développement des compétences sur la préparation de repas équilibrés avec des aliments sans sucres ajoutés ;
- Créer ou soutenir les campagnes sur les habitudes alimentaires saines afin de réduire la consommation de sucre ;
- Militer pour une approche exhaustive, multidisciplinaire et intersectorielle de la réduction de la consommation de sucre.

Références

[1] http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

[2] WHO Guideline: Sugars Intake for Adults and Children 2015

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR LA NÉCESSITÉ POUR TOUS DE RECEVOIR DES INFORMATIONS DE SANTÉ

Adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PRÉAMBULE

La constitution de l'OMS prévoit que « l'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé ». Il est essentiel que le grand public, les patients et le personnel de santé aient accès à des informations de santé pertinentes, fiables, objectives, à jour et fondées sur des données scientifiques, et ce dans tous les aspects de la santé, notamment (sans s'y limiter) la formation dans le domaine de la santé, l'information des choix, l'évolution professionnelle, la sécurité et l'efficacité des services de santé et les politiques de santé publique.

Le manque d'accès aux informations de santé constitue une cause importante de morbidité et de mortalité, notamment dans les pays à revenu faible et moyen, ainsi que parmi les personnes vulnérables de tous les pays.

Les informations de santé ne sont utiles que si elles sont pertinentes, appropriées, opportunes, à jour, compréhensibles et exactes. Elles couvrent un large spectre de sujets tels que les pathologies, les traitements, les services, ainsi que la promotion et la préservation de la santé.

La compréhension de la manière dont fonctionnent les services de santé et dont il convient de les utiliser dépend largement de la maîtrise de ces informations. Les professionnels de santé ont besoin d'avoir accès à des formations adéquates et d'une aide pour communiquer avec les patients non initiés ou qui ont des difficultés à comprendre les informations de santé, par exemple en raison d'un handicap.

Des milliers d'enfants et d'adultes dans le monde meurent simplement parce qu'ils n'ont pas bénéficié d'une intervention basique qui aurait pu leur sauver la vie. Certaines de ces interventions auraient pu être réalisées localement, mais elles n'ont pas eu lieu pour des raisons d'indécision, de retard, d'erreur de diagnostic ou de traitement inadapté. L'absence d'intervention vitale basique touche plus communément les personnes défavorisées d'un point de vue socioéconomique.

Les enfants souffrant de diarrhée aiguë, par exemple, sont régulièrement victimes de parents qui pensent qu'ils doivent éviter les liquides ou de soignants qui pensent qu'ils doivent recevoir des antibiotiques plutôt que d'être réhydratés par voie orale. Ces idées

fausses, très répandues, causent chaque jour des milliers de décès évitables à travers le monde.

Les gouvernements ont l'obligation morale d'assurer que les citoyens, les patients et le personnel de santé ont accès aux informations de santé dont ils ont besoin pour préserver leur propre santé et la santé des personnes qui sont sous leur responsabilité. Cette obligation comprend le fait d'assurer une formation adéquate, tant sur la forme et que sur le fond, qui leur permette d'identifier et d'utiliser ces informations efficacement.

Le grand public, les patients et le personnel de santé ont besoin d'un accès simple et fiable à des informations de santé pertinentes dans le cadre d'un processus d'apprentissage tout au long de la vie afin d'améliorer leur compréhension et de prendre des décisions éclairées et en toute conscience sur leur santé, les choix thérapeutiques qui s'offrent à eux et les soins qu'ils reçoivent. Ces groupes ont besoin que ces informations leur soient communiquées dans leur propre langue, sous une forme et d'un niveau technique qui les rendent compréhensibles, avec une bonne indication des services dont ils ont besoin. Ces mesures doivent tenir compte des caractéristiques, des coutumes et des croyances de la population à laquelle ces informations s'adressent et prévoir un système de retour d'information. Le grand public, les patients et les familles ont besoin d'informations qui soient adaptées à leur contexte précis et à leur situation, qui peuvent changer au fil du temps. Ils ont besoin de conseils sur la manière et le moment de prendre d'importantes décisions de santé, à savoir lorsqu'il est encore temps de réfléchir, de comprendre et de discuter de la question.

Offrir au grand public, aux patients et au personnel soignant les informations dont ils ont besoin est une condition sine qua non pour la réalisation d'une couverture santé universelle de qualité et des objectifs de développement durable des Nations unies (ODD). La cible 3.8 des ODD, consacrée à la couverture santé universelle, vise spécifiquement à assurer à tout le monde un « accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». La réalisation de cet objectif suppose le renforcement des capacités des citoyens et des patients ainsi que du personnel soignant, par la communication des informations dont ils ont besoin et l'exercice de leurs droits et responsabilités de consulter, d'utiliser et de fournir les services appropriés pour prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les pathologies.

La compilation et la mise à disposition d'informations scientifiques pertinentes dépend de l'intégrité de l'ensemble du système d'informations relatives à la santé, qui rassemble, entre autres, les chercheurs, les éditeurs, les réviseurs, les producteurs de contenu à destination des utilisateurs finaux (y compris, mais sans s'y limiter, les éditeurs universitaires, les enseignants et formateurs, les journalistes), les professionnels de l'information, les décideurs, les médecins de première ligne et les représentants des citoyens.

RECOMMANDATIONS

Consciente de ces éléments, l'Association médicale mondiale et ses membres constituants, au nom des médecins qui les composent, apportent leur soutien et s'engagent à prendre les mesures suivantes :

1. promouvoir les initiatives visant à améliorer l'accès à des informations de santé fondées scientifiquement, opportunes et actuelles à destination des professionnels de santé, des patients et du grand public en vue de contribuer au processus de prise de décision, au changement de comportement, tant pour ce qui est du mode de vie que de l'orientation vers des soins de santé et d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients, mettant ainsi en œuvre le droit à la santé.

2. promouvoir des bonnes pratiques et des normes éthiques à destination des fournisseurs d'informations aux fins de garantir des informations de qualité, fiables, produites avec le concours des médecins, des autres professionnels de santé et des représentants des patients.

3. soutenir les recherches visant à identifier les aides et les obstacles à la mise à disposition des informations relatives aux soins de santé, y compris les moyens d'améliorer la production et la diffusion des informations scientifiques à destination des citoyens et des patients comme des professionnels de santé, ainsi que les mesures qui permettront d'accroître la maîtrise de ces sujets et d'aider à trouver et à interpréter ces informations.

4. assurer que les professionnels de santé, aient accès à des informations fondées scientifiquement sur le diagnostic et le traitement des pathologies communes, y compris des informations impartiales sur les médicaments. Il convient à cet égard de porter une attention particulière aux professionnels de santé assurant les soins primaires dans les pays à revenu faible ou moyen.

5. combattre les mythes et les fausses informations en matière de soins de santé par le biais de données scientifiques et cliniques validées et en exhortant les médias à rendre compte des questions sanitaires de manière responsable. Cela suppose l'étude des croyances en matière de santé qui sont ancrées dans des différences culturelles et sociologiques. Cela permettra d'améliorer l'efficacité des activités de promotion de la santé et de permettre la diffusion d'informations de santé vers des groupes correctement ciblés au sein de la population.

6. inviter instamment les gouvernements à reconnaître l'obligation morale qui leur incombe de prendre des mesures visant à améliorer la mise à disposition et l'utilisation d'informations scientifiquement fondées en matière de soins de santé, parmi lesquelles :

   - la mise à disposition de ressources aux fins de sélectionner, compiler, intégrer et orienter des informations et connaissances scientifiquement validées. Ces ressources devraient être adaptées aux différents destinataires ciblés ;

   - l'adoption de mesures visant à accroître la disponibilité des informations de santé destinées au personnel de santé et aux patients des centres de santé ;

   - l'exploitation au mieux des technologies de communication modernes et des réseaux sociaux ;

   - l'adoption de politiques à même de soutenir les efforts visant à accroître la disponibilité et l'utilisation d'informations de santé fiables.

7. inviter instamment les gouvernements à apporter le soutien politique et financier nécessaire à l'OMS pour assurer un accès aux informations stratégiques et fiables sur les questions concernant la santé des personnes, sur la base du programme de travail général de l'OMS pour la période 2019-2023.

PRISE DE POSITIONDE L'AMM SUR L'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'ÂGE DES DEMANDEURS D'ASILE MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

PRÉAMBULE

Les déplacements de population dus à la guerre, à la violence ou aux persécutions ont des conséquences multiples pour l'ensemble de la communauté mondiale. Les réfugiés, c'est-à-dire les personnes qui ont été forcées de fuir leur pays d'origine pour ces raisons, doivent généralement se soumettre à des procédures rigoureuses visant à déterminer leur statut légal selon la législation du pays dans lequel elles demandent asile.

Un nombre croissant de réfugiés sont classés « mineurs non accompagnés », une catégorie qui regroupe les enfants et les jeunes adultes de moins de 18 ans qui ont été séparés de leur famille ou qui ont fui leur pays d'origine sans elle. En raison de leur particulière vulnérabilité, les réfugiés mineurs non accompagnés sont éligibles à des protections spéciales, telles que décrites dans la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant, qui prévoit que l'intérêt supérieur de l'enfant soit une considération primordiale à tous les stades du cycle de déplacement.

Compte tenu des différences de traitement et de protection entre les demandeurs d'asile adultes et ceux qui sont mineurs non accompagnés, les pays d'accueil ont intérêt à vérifier l'âge des demandeurs d'asile, hors de tout contexte judiciaire. Certains demandeurs d'asile cependant ne disposent pas de papiers permettant de confirmer leur âge ou sont issus de pays qui n'ont pas mis en place de registre national des naissances. En cas de doutes sur la minorité ou la majorité d'un demandeur d'asile, par exemple si l'authenticité des papiers disponibles est sujette à caution ou s'il existe une raison de penser que l'apparence physique du demandeur témoigne d'une différence entre l'âge indiqué et son âge réel, les autorités compétentes peuvent recourir à des méthodes, médicales ou non, d'évaluation de l'âge du demandeur.

Les évaluations médicales de l'âge sont menées par des professionnels de la médecine et peuvent prendre la forme d'examens radiographiques de la mâchoire, de la main ou du poignet, d'une tomodensitométrie de la clavicule ou encore de l'examen des caractéristiques sexuelles secondaires pour déterminer l'étape de la puberté du demandeur. Ces examens et d'autres, ont cependant suscité des préoccupations éthiques : ils peuvent potentiellement mettre en danger la santé des personnes examinées et porter atteinte à l'intimité et à la dignité de jeunes gens qui ont parfois déjà été gravement traumatisés [1]. En outre, l'exactitude et la fiabilité des méthodes d'évaluation médicale de l'âge disponibles font l'objet de données contradictoires. La marge d'erreur de ces méthodes est

en tout cas significative [2]. Par exemple, certaines études ne tiennent pas compte des éventuels retards de maturation du squelette causés par la malnutrition, alors que ce seul facteur peut se traduire par l'affectation erronée du patient à une catégorie de demandeurs d'asile [3]. Les évaluations comparatives sont en outre empêchées par un manque d'images étalons pour certaines régions du monde [4]. L'évaluation erronée de l'âge d'une personne peut avoir sur elle des conséquences déterminantes et parfois très indirectes sur les plans administratif et éthique.

Les recommandations suivantes s'appliquent explicitement et exclusivement aux cas qui ne relèvent pas du système pénal.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM reconnaît qu'il est parfois nécessaire d'évaluer l'âge d'un demandeur d'asile afin d'assurer que les mineurs non accompagnés reçoivent les protections qui leur sont accordées par les droits international et nationaux.

2. L'AMM recommande que les évaluations médicales de l'âge ne soient réalisées que dans des cas exceptionnels et une fois que toutes les méthodes non médicales ont été épuisées. L'AMM reconnaît que les méthodes non médicales, comme le fait de questionner un enfant sur des évènements traumatisants, peuvent également avoir des conséquences négatives et doivent donc être employées avec de grandes précautions. Chaque cas doit être évalué avec attention en tenant compte de l'ensemble des circonstances et principalement des preuves disponibles.

3. L'AMM affirme que dans les cas où il est inévitable de procéder à une évaluation médicale de l'âge, il convient de placer la santé, la sécurité et la dignité du jeune demandeur d'asile au cœur des priorités. Les examens physiques doivent être menés par un médecin qualifié ayant une expérience appropriée des examens pédiatriques, conformément aux normes d'éthique médicale les plus strictes, dans le respect du principe de proportionnalité, de l'exigence d'un consentement éclairé et en tenant compte des sensibilités culturelles et religieuses et de l'éventuelle barrière de la langue. Le demandeur d'asile doit toujours être informé que l'examen est mené dans le cadre d'une procédure visant à déterminer son âge et non de lui dispenser des soins de santé.

4. L'AMM souligne que toutes les méthodes médicales qui pourraient présenter un risque pour la santé du demandeur, comme les examens radiologiques sans indication médicale ou qui pourraient porter atteinte à la dignité ou à l'intimité de personnes potentiellement traumatisées, comme des examens des parties génitales, doivent être évitées.

5. L'AMM souligne que les certificats médicaux indiquant les résultats des examens visant à déterminer l'âge d'un demandeur d'asile doivent faire figurer les informations relatives à l'exactitude et à la fiabilité des méthodes utilisées et les marges d'erreur applicables.

6. L'AMM invite instamment ses membres constituants à développer ou à promouvoir le développement de recommandations transdisciplinaires qui fassent état des bases

scientifiques ainsi que des aspects éthiques et légaux de l'évaluation médicale de l'âge des demandeurs d'asile, y compris les éventuels risques pour la santé et les conséquences psychologiques associés à certaines procédures.

7. L'AMM souligne que dans les cas où les doutes relatifs à l'âge d'un demandeur d'asile ne pourraient être levés avec certitude, l'incertitude subsistante doit être interprétée en faveur du demandeur d'asile.

Références

[1] Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2016): « Stellungnahme Medizinische Altersschätzung bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen ». Deutsches Ärzteblatt 2016; A1-A6. /Comité central d'éthique de l'Association médicale allemande : prise de position de l'AMM sur l'évaluation médicale de l'âge des réfugiés mineurs non accompagnés.

[2] Separated Children in Europe Programme (2012): Position Paper on Age Assessment in the Context of Separated Children in Europe. http://www.scepnetwork.org/p/1/82/fr, consulté le 3/7/2018.

[3] Sauer PJJ, Nicholson A, Neubauer D, On behalf of the Advocacy and Ethics Group of the European Academy of Paediatrics (2016): Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated, European Journal of Pediatrics 175, (3): 299–303.

[4] Aynsley-Green et al. (2012): Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control, British Medical Bulletin 2012; 102: 39.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LES SANCTIONS OU BOYCOTTS ACADEMIQUES

Adoptée par la 40e Assemblée Médicale Mondiale, Vienne, Autriche, Septembre 1988
et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et réaffirmée par la 200e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège, Avril 2015

ATTENDU QUE

les sanctions ou boycotts académiques sont des mesures discriminatoires portant sur les libertés académiques, professionnelles et scientifiques qui excluent ou empêchent des médecins et d'autres de participer à des réunions professionnelles, scientifiques, culturelles ou autres manifestations favorisant l'échange d'informations et de connaissances, le but de ces restrictions étant de s'élever contre les mesures politiques ou sociales de certains gouvernements et

ATTENDU QUE

ces restrictions sont en contradiction directe avec les principaux objectifs de l'AMM, à savoir, atteindre les normes internationales les plus élevées en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical et d'éthique médicale et

ATTENDU QUE

ces restrictions nuisent aux soins de santé, surtout pour les plus démunis, et entravent donc l'objectif de l'AMM qui est d'obtenir les meilleurs soins de santé possibles pour tous les peuples du monde;

ATTENDU QUE

ces restrictions entraînent une discrimination parmi les médecins et les patients en fonction de doctrines politiques ou de décisions adoptées par leurs gouvernements et qu'elles sont donc en opposition avec la Déclaration de Genève de l'AMM, la Déclaration sur la Non Discrimination vis-à-vis des Medecins en Matiere d'Affiliation et d'Activites Professionnelles, et la Déclaration sur la liberté de participer aux réunions médicales et

ATTENDU QUE

la première règle de la pratique médicale est de "primum non nocere", c'est-à-dire, d'abord, ne pas nuire,

IL A DONC ETE DECIDE QUE L'AMM

considérerait l'application de telles restrictions comme des décisions arbitraires et politiques visant à refuser l'échange international des connaissances et à mettre à l'index certains médecins ou groupements de médecins en raison de leur nationalité ou de la politique de leurs gouvernements. L'AMM est fermement opposée à de telles restrictions et invite les Associations Médicales Nationales à résister à l'application de ces mesures par tous les moyens à leur disposition et à défendre la Déclaration sur la Non Discrimination vis-à-vis des Medecins en Matiere d'Affiliation et d'Activites Professionnelles et la Déclaration sur la liberté de participer aux réunions médicales.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LES EMBARGOS ECONOMIQUES ET LA SANTÉ

Adoptée par la 49e Assemblée générale Hambourg, Allemagne, Novembre 1997
et réaffirmée par la 58e Assemblée Générale de l'AMM, Copenhague, Danemark, Octobre 2007
et réaffirmée avec une révision mineure par la 207e session du Conseil de l'AMM, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

RECONNAISSANT QUE :

Chacun a le droit de préserver sa santé;

Rappelant les normes du droit international des droits humains et notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte sur les droits économiques, sociaux et culturels, qui en son article 12 énonce que les États parties au Pacte « reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » ;

L'AMM invite instamment les associations médicales nationales à assurer que les gouvernements qui emploient des sanctions économiques à l'encontre d'autres Etats respectent les exceptions prévues pour les médicaments, les fournitures médicales et les denrées alimentaires de base. Les exonérations ne sauraient être exploitées à des fins inappropriées.

RÉSOLUTION DE SOUTIEN DE L'AMM À LA CONVENTION D'OTTAWA

(Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction)
Adoptée par la 50e Assemblée Médicale Mondiale, Ottawa, Canada, Octobre 1998
amendée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et réaffirmée par la 209e session du Conseil de l'AMM, Riga, Lettonie, Avril 2018

L'Association Médicale Mondiale:

- exprime son soutien à la Convention d'Ottawa (connue aussi sous le nom de Convention sur l'interdiction des mines terrestres) et
- demande à ses Associations Médicales Nationales Membres de faire pression sur leurs gouvernements pour qu'ils signent et ratifient la convention.
- demande à ses Associations Médicales Nationales Membres de faire pression sur leurs gouvernements pour qu'ils cessent la fabrication, la vente, le déploiement et l'utilisation des mines terrestres.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA MAIN D'OEUVRE MÉDICALE

Adoptée par la 50e Assemblée Générale de l'AMM, Ottawa, Canada, Octobre 1998
et amendée par la 60e Assemblée Générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009

PRÉAMBULE

La santé de nos pays dépend de notre capacité à maintenir la population en bonne santé. Les soins de santé constituent un droit fondamental des individus. Ces soins sont fonction de l'accès au personnel médical hautement qualifié et aux autres professionnels de santé. Les systèmes de santé fonctionnant bien sont dépendants de ces ressources humaines. Une planification complète et à grande échelle au niveau national s'impose pour qu'un pays dispose d'une main d'œuvre médicale dans tous les domaines de la médecine à même de répondre aux besoins de santé actuels et futurs de toute la population du pays.

Actuellement, la pénurie en ressources humaines dans le domaine de la santé est importante. Elle existe dans tous les pays mais de manière plus prononcée dans les pays en voie de développement où les ressources humaines dans le domaine de la santé sont moindres.

Le problème est aggravé par le fait que de nombreux pays n'ont pas investi correctement dans l'éducation, la formation, le recrutement et la préservation de leur main d'œuvre médicale. La population vieillissante dans les pays développés se reflète également au niveau de la main d'œuvre médicale. La plupart des pays développés résolvent leur pénurie de main d'œuvre médicale en attirant des professionnels de santé issus des pays en voie de développement pour renforcer leurs propres systèmes de santé.

L'émigration des professionnels de santé des pays en voie de développement vers les pays développés a également paralysé ces dix dernières années les systèmes de santé des pays en voie de développement. La réalité économique avec l'insuffisance de ses investissements, et l'inadéquation de ses établissements et le manque de soutien des professionnels de santé ont contribué à cette émigration.

L'Organisation Mondiale de la Santé, consciente que la grave pénurie de main d'œuvre médicale nuit à la délivrance des soins de santé basiques et vitaux, a créé des structures telle que l'Alliance Mondiale de la main d'œuvre dans le secteur de la santé sous la forme d'un partenariat visant à identifier et à mettre en place des solutions aux problèmes de main d'œuvre dans le secteur de la santé. L'OMS encourage la création et l'intégration

d'assistants médicaux/cliniques au sein de la main d'œuvre médicale pour partiellement résoudre la pénurie.

RECOMMANDATIONS:

Consciente que les systèmes de santé ont besoin d'un effectif approprié de professionnels de santé qualifiés et compétents, l'Association Médicale Mondiale fait appel à toutes les Associations Médicales Nationales pour participer et contribuer à répondre à ces nécessités et pour:

1. Demander à leurs gouvernements respectifs d'allouer des ressources financières suffisantes pour l'enseignement, la formation, l'évolution, le recrutement et la presservation des médecins afin de répondre aux besoins médicaux de toute la population de leurs pays.
2. Demander à leurs gouvernements respectifs de veiller à ce que l'enseignement, la formation et l'évolution de professionnels de santé soient en adéquation avec les standards et les normes les plus élevés possible, y compris:
    - la formation et l'évolution des assistants médicaux/cliniques là où cela est possible et opportun, et
    - la fixation précise du champ d'exercice et les conditions requises pour un soutien et une supervision corrects.
3. Demander à leurs gouvernements respectifs de veiller à ce que des ratios équilibrés existent entre la population et la main d'œuvre médicale à tous les niveaux, ainsi que des mécanismes pour résoudre le problème de l'accès limité aux soins dans les zones rurales et reculées, en se basant sur les normes et standards internationaux reconnus lorsque ces derniers existent;
4. Prendre des mesures pour attirer et soutenir les jeunes dans leurs pays à choisir la profession médicale et également demander à leurs gouvernements respectifs de prendre de telles mesures;
5. Plaider activement en faveur de programmes qui assureront la préservation des médecins dans leurs pays respectifs et veiller à ce que les gouvernements reconnaissent cette nécessité;
6. Demander à leurs gouvernements d'améliorer l'environnement professionnel du personnel soignant (y compris l'accès aux établissements, aux équipements, aux protocoles thérapeutiques et au soutien professionnel), la rémunération des médecins, le cadre de vie des médecins et le plan de carrière de la main d'œuvre médicale à tous les

niveaux;

7. Plaider en faveur de protocoles d'entente transparents entre les pays pour lesquels la migration des professionnels de santé qualifiés est préoccupante, enrôler là où cela est possible les AMN des pays d'origine et des pays hôtes pour aider ces médecins.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR L'INSCRIPTION DE L'ETHIQUE MÉDICALE ET DES DROITS DE L'HOMME AU PROGRAMME DES ECOLES DE MÉDECINE DU MONDE ENTIER

Adoptée par la 51e Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale,
Tel Aviv, Israël, Octobre 1999
et révisée par la 66e Assemblée générale, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

Les écoles de médecine sont conçues pour préparer les étudiants en médecine à la profession de médecin. De plus en plus au-delà des connaissances essentielles biomédicales et cliniques, les facultés incluent des connaissances en matière d'évaluation critique et de réflexion. Ces qualifications supplémentaires contribuent à ce que les futurs médecins comprennent et évaluent l'importance des publications relatives aux preuves issues des travaux de recherche. Ils sont aussi en mesure de définir leur pratique par rapport aux normes et standards nationaux et internationaux.

L'anatomie, la physiologie et la biochimie sont fondamentales pour comprendre le corps humain, son fonctionnement, ses faiblesses ou ses dysfonctionnements et pour savoir comment utiliser différents mécanismes de réparation des structures et des fonctions déficientes. Il est tout autant nécessaire que les médecins en formation comprennent le contexte social, culturel et environnemental dans lesquels ils exerceront. Cela passe par une solide compréhension des déterminants sociaux de la santé.

Entre dans l'éthique médicale le contrat social passé entre les professions de santé et les entreprises pour lesquelles elles travaillent, basé sur des principes établis, sur les limites s'appliquant aux soins médicaux. Il comporte également un système ou un ensemble de principes applicable aux nouveaux traitements ou aux autres interventions cliniques avant de décider de leur acceptation dans la pratique médicale. L'éthique médicale, le devoir des médecins vis-à-vis des patients et les droits des patients en tant que citoyens s'imbriquent d'une manière complexe.

Dans le même temps, les médecins sont confrontés à des défis et des opportunités en lien avec les droits humains de leurs patients et des populations, par exemple lorsqu'ils imposent des traitements sans leur consentement. Ils seront souvent les premiers à relever et à répertorier la violation de ces droits par les autres, y compris l'état. Le médecin observateur endosse alors des responsabilités très spécifiques.

Les médecins ont le devoir d'utiliser leurs connaissances pour améliorer le bien-être et la santé des patients et de la population. Cela signifie prendre en compte les changements

sociétaux et sociaux, notamment la législation et la réglementation. Tout cela n'est possible que si les médecins ont une vue holistique des critères cliniques et éthiques.

Les médecins devraient faire pression auprès des gouvernements pour que la législation relaie les principes de la pratique médicale.

Au vu de la nature intrinsèque de l'éthique médicale lorsqu'il s'agit d'établir la pratique médicale d'une manière acceptable pour la société et sans que cette pratique viole les droits humains civils, politiques et les autres droits humains, il est essentiel que tous les médecins soient formés à une évaluation éthique de tous les cas cliniques qu'il sont susceptibles de rencontrer tout en comprenant leur rôle qui est de protéger les droits individuels.

La capacité des médecins à agir et à intervenir d'une manière respectueuse des valeurs du patient est une condition sine qua non pour la réussite du traitement. Les médecins doivent aussi être capables de travailler réellement en équipe avec d'autres professionnels de santé dont d'autres médecins.

Lorsque les médecins ne reconnaissent pas leurs obligations éthiques vis-à-vis des patients et des communautés, ils portent atteinte à la réputation des médecins à la fois localement et mondialement. Il est donc essentiel d'enseigner à tous les médecins la compréhension et le respect de l'éthique médicale et des droits humains, dès le début de le début de leurs études de médecine.

Dans de nombreux pays, l'éthique et les droits humains font intégralement partie du cursus médical mais pas dans tous. Trop souvent cet enseignement est assuré par des volontaires et peut faire défaut si ces volontaires ne sont pas en capacité ou pas disponibles ou bien si l'enseignement est idiosyncratique ou basé sur des scenarios cliniques non appropriés.

L'enseignement de l'éthique médicale devrait devenir obligatoire et faire partie des examens au cours du cursus dans toutes les écoles de médecine.

RECOMMANDATIONS

- L'AMM insiste sur la nécessité d'un enseignement obligatoire de l'éthique médicale et des droits humains dans toutes les écoles de médecine et d'une intégration de l'éthique médicale dans les examens. Cet enseignement devrait se poursuivre à tous les stades de l'enseignement postuniversitaire et de la formation continue.
- L'AMM pense que les écoles de médecine devraient s'assurer qu'elles sont suffisamment compétentes pour enseigner l'éthique et les droits humains et pérenniser ces cours.
- L'AMM demande que l'éthique médicale et les droits humains fassent partie de la formation médicale postuniversitaire et de la formation permanente.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
L'UTILISATION ABUSIVE DE LA PSYCHIATRIE

Adoptée par la 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington 2002
et révisée par la 63e Assemblée générale, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

L'Association Médicale Mondiale (AMM) note avec inquiétude que, dans de nombreux pays, des dissidents politiques, des praticiens de diverses religions et des militants sociaux sont détenus dans des établissements psychiatriques et sont l'objet de traitements injustifiés à des fins répressives et non à des fins thérapeutiques dans le cadre d'une maladie psychiatrique avérée.

L'AMM

- déclare que ces détentions et ces traitements non justifiés sont abusifs, contraires à l'éthique et inacceptables;
- invite les médecins et les psychiatres à s'abstenir de prendre part à ces pratiques;
- invite les AMN à soutenir leurs membres qui refusent toute participation à ces pratiques et
- invite les gouvernements à cesser de détourner la médecine et la psychiatrie de leur finalité et les organisations non gouvernementales ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé à œuvrer pour que cessent ces abus et
- Lance un appel aux gouvernements pour la défense du Pacte International des Nations Unies relatif aux droits civils et politiques qui stipule que «Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi.»

- déclare que ces détentions et ces traitements non justifiés sont abusifs, contraires à l'éthique et inacceptables;
- invite les médecins et les psychiatres à s'abstenir de prendre part à ces pratiques;
- invite les AMN à soutenir leurs membres qui refusent toute participation à ces pratiques et
- invite les gouvernements à cesser de détourner la médecine et la psychiatrie de leur finalité et les organisations non gouvernementales ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé à œuvrer pour que cessent ces abus et
- Lance un appel aux gouvernements pour la défense du Pacte International des Nations Unies relatif aux droits civils et politiques qui stipule que «Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi.»

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LES DROITS DES FEMMES AUX SOINS DE SANTÉ ET LA CORRÉLATION EXISTANTE AVEC LA PRÉVENTION DE L'INFECTION VIH TOUCHANT LA MÈRE ET L'ENFANT

Adoptée par la 53e Assemblée Générale de l'AMM, Washington, Octobre 2002
et modifiée par la 64 e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PREAMBULE

Dans de nombreuses régions du monde, la prévalence de l'infection VIH ne cesse d'augmenter. L'un des Objectifs du millénaire pour le développement (MDG 6) cible spécifiquement la lutte contre VIH/SIDA, la malaria et d'autres maladies. L'objectif 2015 est de freiner l'infection VIH/SIDA et de commencer à inverser la propagation du VIH/SIDA. De plus, on espérait avoir réalisé en 2010 un accès universel au traitement du VIH/SIDA pour tous ceux le demandant. Une résolution des NU en décembre 2012 a déclaré que le monde devait établir des programmes d'Accès à la Santé Universel après 2015 lorsque les MDG seront terminés.

VIH/SIDA est une maladie touchant de manière disproportionnée les personnes dans leurs années de fertilité même si aujourd'hui il y a également de nombreuses personnes touchées plus âgées en raison de la meilleure prise en charge de la pathologie. De plus, ceux qui ont été infectés dans leur enfance vont bientôt atteindre la maturité pour leur reproduction.

Dans les pays développés, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues par injection constituent un groupe à risques majeur pour le VIH. Toutefois, dans les pays en voie de développement les femmes courent des risques en raison de contacts hétérosexuels avec des partenaires infectés. En 2011 près de 58% des personnes vivant avec le VIH dans l'Afrique subsaharienne étaient des femmes, soit près de 13,6 millions de femmes atteintes du VIH et du SIDA pour 9,9 millions d'hommes (UNAIDS 'Global Fact Sheet 2012: World AIDS Day 2012).

Sans le VIH, la mortalité maternelle dans le monde serait 20% plus faible (Murray et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980~2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5).

L'infection VIH augmente par 22 le risque de cancer invasif du col de l'utérus, stade 2. Des preuves tendraient à montrer que la thérapie antirétrovirale diminue le risque. De ce fait, une prise en charge appropriée du VIH pourrait avoir un impact à long terme sur d'autres aspects de la santé des femmes.

L'AMM considère que l'accès aux soins, les stratégies à la fois thérapeutiques et préventives, sont des droits humains fondamentaux. Cela donne obligation aux instances

gouvernementales de faire en sorte que ces droits humains soient totalement respectés et préservés. Les inégalités entre les sexes doivent être combattues et éradiquées. Cela devrait toucher tous les aspects des soins de santé.

La promotion et la protection des droits de reproduction des femmes sont décisives pour réussir à combattre et éliminer la pandémie VIH/SIDA.

Il est reconnu que bon nombre des MDG portent sur le pouvoir d'action des femmes et la promotion de leur rôle dans la société et en particulier en matière de soins de santé. On sait que les MDG 5B notamment promeuvent un accès universel à la santé de reproduction y compris l'accès à la contraception, à la réduction du taux de natalité parmi les adolescentes, à la couverture des soins prénataux et à la prise en compte des besoins non satisfaits en matière de planning familial. De plus, les MDG 3 faisant la promotion de l'égalité des sexes et du pouvoir d'action des femmes ainsi que les MDG 1 et 2 joueront un rôle sur le statut des femmes et donc de leur accès aux soins et la promotion de la santé.

RECOMMANDATIONS

L'AMM demande à toutes les associations membres d'encourager leurs gouvernements à mener et à promouvoir les actions suivantes:

1. Développement des programmes de pouvoir d'action donné aux femmes de tous les âges afin que les femmes ne subissent pas de discrimination et bénéficient d'un accès universel et gratuit à l'éducation en matière de santé procréative et de formation en dynamique de vie. Il est ainsi recommandé de lancer et d'activer des campagnes dans les media, les réseaux sociaux et les programmes populaires à la radio et à la télévision afin d'éradiquer les mythes, la stigmatisation et les stéréotypes susceptibles de dégrader ou de déshumaniser les femmes. Cela doit inclure des campagnes contre la mutilation génitale et les mariages forcés d'adolescents et grossesses non désirées. De plus, la promotion d'une contraception disponible pour les femmes, selon leur choix, sans nécessairement avoir besoin de l'avis de leurs partenaires et l'existence de tests et de traitement pour le HIV sont essentielles pour la santé procréative. Il est important aussi de donner les moyens économiques aux populations contaminées pour la prévention, leur traitement et suivi médical.
2. Les femmes doivent avoir sans discrimination le même accès que les hommes à l'éducation, à l'emploi, à l'indépendance économique, à l'information sur les soins et les services de santé.
3. La législation, les politiques et les pratiques facilitant la reconnaissance et le respect total des droits humains et la liberté fondamentale des femmes devraient être mises en place ou révisées là où nécessaire. Il est essentiel que les femmes puissent agir pour ce qui concerne leurs enfants, leur situation financière et leur avenir.
4. Tous les gouvernements devraient établir des programmes assurant un traitement prophylactique sous la forme d'antirétroviraux aux femmes qui ont été violées ou abusées sexuellement. Un accès universel et gratuit à la thérapie antirétrovirale doit être assuré à toutes les femmes infectées par le VIH.
5. Les femmes séropositives qui sont enceintes devraient bénéficier de conseils et d'un accès à la prophylaxie ou au traitement antirétroviral afin que le VIH ne soit pas transmis de la mère à l'enfant.

RESOLUTION DE L'AMM
SUR
LA PROCLAMATION D'UNE JOURNEE ANNUELLE
DE L'ETHIQUE MEDICALE

Adoptée par la 54e Assemblée Générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Septembre 2003
et réaffirmée par la 194e Session du Conseil de l'AMM, Bali, Indonésie, Avril 2013

Considérant que l'Association Médicale Mondiale fait de la défense de l'éthique médicale une de ses missions principales et qu'elle a tenu sa première Assemblée générale le 18 septembre 1947, il est résolu que les AMN sont invitées à célébrer le 18 septembre comme "Journée de l'éthique médicale".

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LA RESPONSABILITE DES MEDECINS DANS LA DOCUMENTATION ET LA DENONCIATION DES ACTES DE TORTURE OU DES TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DEGRADANTS

Adoptée par la 54e Assemblée Générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Septembre 2003 et amendée par la 58e Assemblée Générale de l'AMM, Copenhague, Danemark, Octobre 2007

L'Association Médicale Mondiale,

1. Vu le préambule de la Charte des Nations Unies du 26 juin 1945 proclamant solennellement la foi des peuples des Nations Unies dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine,

2. Vu le préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 qui énonce que la méconnaissance et le mépris des droits de l'homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité,

3. Vu l'article 5 de la même déclaration exprimant que nul ne sera soumis à la torture, ni à des traitements cruels, inhumains et dégradants,

4. Vu la Convention américaine des droits de l'homme adoptée par l'Organisation des Etats américains le 22 novembre 1969 et entrée en vigueur le 18 juillet 1978, ainsi que la Convention interaméricaine contre la torture entrée en vigueur le 28 février 1987,

5. Vu la Déclaration de Tokyo, adoptée par l'A.M.M. en 1975, qui réaffirme l'interdiction de toute forme de participation médicale ou de présence médicale dans le cadre de tortures ou de traitements inhumains ou dégradants,

6. Vu la Déclaration de Hawaï , adoptée par l'Association Mondiale de Psychiatrie) en 1977,

7. Vu la Déclaration de Koweït adoptée par la Conférence internationale des associations médicales islamiques en 1981,

8. Vu les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier aux médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1982, et notamment le principe n°2 qui stipule: "il y a violation flagrante de l'éthique médicale… si des membres des professions de santé, en particulier des médecins, se livrent activement ou passive-

ment à des actes par lesquels ils se rendent co-auteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou qui constituent une tentative de perpétration…",

9. Vu la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 1984 et entrée en vigueur le 26 juin 1987,

10. Vu la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, adoptée par le Conseil de l'Europe le 26 juin 1987 et entrée en vigueur le 1er février 1989,

11. Vu la Résolution sur les droits de l'homme adoptée par l'Association Médicale Mondiale à Rancho Mirage en octobre 1990 lors de la 42e Assemblée générale et amendée par les 45e, 46e et 47e Assemblées générales,

12. Vu la Déclaration de Hambourg, adoptée par l'Association Médicale Mondiale en novembre 1997 lors de la 49e Assemblée générale et qui appelle les médecins à s'élever individuellement contre les mauvais traitements, et les organisations médicales nationales et internationales à soutenir les médecins dans ces actions,

13. Vu le Protocole d'Istanbul (Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants), adopté par l'Assemblée generale des Nations Unies le 4 décembre 2000.

14. Vue la Convention sur les droits de l'enfant, adoptée par les Nations Unies le 20 novembre 1989 et entrée en vigueur le 2 septembre 1990 et

15. Vue la Déclaration de l'Association Médicale Mondiale de Malte sur les grévistes de la faim, adoptée par la 43e Assemblée Médicale Mondiale à Malte en novembre 1991 et amendée par l'Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, en 2006

CONSIDÉRANT

1. Qu'une documentation prudente et ample ainsi qu'une dénonciation par les médecins des cas de torture et de leurs auteurs participe à la préservation de l'intégrité physique et psychique des victimes, et d'une façon générale, à la lutte contre une atteinte majeure à la dignité humaine,

2. Que les médecins, en constatant les séquelles et en traitant les victimes de la torture, soit peu après ou ultérieurement, représentent des témoins privilégiés de cette atteinte aux droits de l'homme,

3. Que les victimes, du fait des séquelles psychologiques dont elles souffrent ou des pressions qui s'exercent sur elles, sont souvent dans l'incapacité d'exprimer elles-mêmes des plaintes contre les auteurs des sévices qu'elles ont subis,

4. Que le fait de ne pas documenter et dénoncer des actes de torture peut s'assimiler à une forme de tolérance à l'égard de celle-ci et de non-assistance à l'égard de ses vic-times,

5. Que cependant il n'est pas fait régulièrement et explicitement mention dans les codes professionnels d'éthique médicale et dans les textes législatifs de l'obligation faite aux médecins de documenter, signaler ou dénoncer des faits de torture ou de traitement inhumain ou dégradant dont ils ont connaissance.

RECOMMANDE QUE LES ASSOCIATIONS MÉDICALES NATIONALES

1. Tentent d'assurer aux détenus ou aux victimes de tortures ou de cruauté ou de mauvais traitements des soins immédiates et indépendants. Tentent de veiller à ce que les médecins incluent une évaluation et une documentation des symptômes de torture ou de mauvais traitement dans les dossiers médicaux, en prenant les précautions procédurales nécessaires afin de ne pas mettre en danger les détenus.

2. Travaillent à une plus grande sensibilisation au Protocole d'Istanbul et à ses principes sur l'investigation et la documentation concrètes des actes de torture et d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ce travail doit être fait au niveau du pays en ayant recours à différentes méthodes pour diffuser les informations; y compris la formation, les publications et Internet.

3. Assurent la diffusion du Protocole d'Istanbul auprès des médecins

4. Forment davantage les médecins pour qu'ils sachent identifier les différents types de torture, en recensant les symptômes physiques et psychologiques propres au mode de torture et en s'aidant des techniques de documentation prévues dans le Protocole d'Istanbul pour établir une documentation utilisable en tant que preuve dans le cadre de procédures judiciaires ou administratives.

5. Permettent que soit établie une meilleure corrélation entre les examens cliniques, la connaissance des méthodes de torture et les allégations des patients sur les abus commis.

6. Facilitent l'établissement de rapports médicaux de grande qualité sur les victimes de la torture pour soumission aux corps judiciaires et administratifs.

7. Veillent au mieux à ce que les médecins respectent le consentement éclairé et évitent de mettre en danger des individus en documentant des stigmates de torture et de mauvais traitement.

8. Veillent à ce que les médecins incluent l'évaluation et la documentation des symptômes de torture ou de mauvais traitement dans les dossiers médicaux, avec les précautions procédurales nécessaires pour ne pas mettre en danger les détenus.

9. Appuient l'adoption dans leur pays de règles déontologiques et de dispositions législatives:

   - visant à affirmer l'obligation éthique des médecins de signaler ou de dénoncer les

actes de torture ou les traitements cruels, inhumains ou dégradants dont ils ont connaissance. Le signalement ou la dénonciation sera effectué, selon les circonstances, auprès d'autorités nationales ou internationales, médicales, judiciaires, auprès d'organisations non gouvernementales ou auprès de la Cour pénale internationale. Les médecins useront ici de leur pouvoir d'appréciation, tout en gardant en mémoire le paragraphe 68 du Protocole d'Istanbul;

- instituant à cet effet une exception éthique et législative au secret professionnel permettant au médecin de procéder au signalement de mauvais traitements, dans la mesure du possible avec le consentement du sujet, mais sans le consentement explicite de la victime lorsque celle-ci est incapable de s'exprimer librement;
- prévenant le médecin d'éviter de mettre en danger les personnes en signalant nominément une victime privée de liberté, subissant des contraintes ou des menaces ou dont la situation psychologique est compromise.

10. Mettent à leur disposition toutes informations utiles sur les procédures de signalement à destination notamment des autorités nationales, des organisations non gouvernementales ainsi que de la Cour Pénale Internationale.

Protocole d'Istanbul, paragraphe 68: Il arrive aussi que deux obligations morales s'opposent. Les instruments nationaux et les codes d'éthique imposent de rendre compte à une instance compétente de tout acte de torture ou autre mauvais traitement. Dans certains pays, ce devoir est confirmé par la législation nationale. Dans certains cas, toutefois, les intéressés refusent qu'on les examine à ces fins ou qu'on divulgue les informations recueillies lors de l'examen, en général par crainte de représailles à leur encontre ou contre leur famille. Les professionnels de la santé sont alors écartelés entre deux responsabilités : vis à vis de leur patient vis à vis de la société dans son ensemble, dans l'intérêt de laquelle il importe que justice soit rendue et que les tortionnaires soient châtiés. Face à de tels dilemmes, l'obligation de ne pas causer de préjudice au patient doit prévaloir. Les professionnels de la santé doivent donc chercher des solutions permettant de servir la justice sans avoir à violer le secret professionnel, en sollicitant si besoin est l'avis d'organisme dignes de confiance (selon les cas, ils pourront faire appel à leur association médicale nationale ou à des organisations non gouvernementales). Parfois, on parvient cependant à convaincre le patient de consentir à la divulgation d'informations le concernant, sous certaines réserves.

RESOLUTION DE L'AMM SUR LA NON-COMMERCIALISATION DES ELEMENTS HUMAINS DE REPRODUCTION

Adoptée par la 54e Assemblée générale de l'AMM, Helsinki, Septembre 2003
et révisée par la 65e Assemblée générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

PREAMBULE

Les progrès rapides des technologies biomédicales ont entrainé une forte augmentation de la procréation assistée qui a tendance à être faiblement régulée. Même si de nombreux gouvernements ont des lois interdisant la commercialisation du matériel de reproduction, la plupart n'ont pas réussi à empêcher universellement la vente d'ovules, de sperme et d'embryons humains sur Internet et ailleurs. La valeur marchande du matériel humain dont les cellules, les tissus et le tissu cellulaire peut être lucrative, créant en cela un conflit potentiel pour les médecins et les autres entre les intérêts économiques et les obligations éthiques professionnelles.

Dans l'optique de cette résolution, le matériel humain de reproduction est constitué de gamètes et d'embryons.

Selon l'OMS, le mercantilisme des matériaux de transplantation « est une politique ou une pratique par laquelle les cellules, les tissus ou les organes sont traités comme des produits de consommation, pouvant être achetés ou vendus ou utilisés pour obtenir du matériel humain. » [1]

Le principe selon lequel « le corps humain et ses parties ne doit pas en tant que tel donner lieu à des gains financiers » [2] figure dans de nombreuses déclarations et recommandations internationales.[3] La Prise de position de l'AMM sur le don et la transplantation d'organes humains datant de 2006 et la Prise de position de l'AMM sur le don d'organes et de tissus datant de 2012 demandent une interdiction de la vente d'organes et de tissus à des fins de transplantation. La prise de position de l'AMM sur les technologies de procréation assistée (2006) stipule également que de l'argent ou des avantages de même nature ne doivent pas être proposés pour inciter aux dons de matériel humain de reproduction.

Les mêmes principes devraient s'appliquer à l'utilisation de matériel humain de reproduction dans le domaine de la recherche médicale. Dans son rapport sur les aspects éthiques de la recherche sur les cellules embryonnaires humaines le Comité International de Bioéthique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO IBC) stipule que le transfert d'embryons humains ne doit pas donner lieu à une transaction commerciale et que des mesures doivent être prises pour décourager toute incitation financière.

Il est important de faire la distinction entre la vente de services de procréation assistée clinique qui est légale et la vente de matériel humain de reproduction qui habituellement est illégale. Compte tenu de la nature spécifique des embryons humains, la commercialisation de gamètes est différente de celle d'autres cellules et tissus, le sperme et les ovules pouvant en effet créer un enfant si la fécondation est réussie.

Avant de faire don de matériel humain de reproduction, le donneur doit donner son consentement éclairé sans aucune contrainte. Pour cela, il faut que le donneur soit considéré en pleine possession de ses moyens et ait reçu toutes les informations disponibles concernant l'intervention et ses résultats. Si des recherches doivent être menées sur le matériel, elles doivent faire l'objet d'un processus de consentement distinct respectant les dispositions de la Déclaration d'Helsinki de l'AMM. Il ne doit y avoir aucune incitation à faire un don ni aucune offre de compensation.

La compensation financière versée à des personnes pour des pertes économiques, des frais ou des désagréments associés au prélèvement de matériel de reproduction donné devrait être distinguée du paiement lié à l'acquisition de matériel de reproduction.

RECOMMENDATIONS

- Les Associations Médicales Nationales (AMN) devraient faire pression auprès de leurs gouvernements pour interdire les transactions commerciales d'ovules, de sperme et d'embryons humains et de tout matériel humain à des fins de reproduction.

- Les médecins impliqués dans la collecte et l'utilisation d'ovules, de sperme et d'embryons devraient établir un protocole afin de garantir que le materiel est acquis de manière correcte avec le consentement et l'autorisation des individus donneurs. En procédant ainsi, ils sont en mesure de respecter le principe éthique de non commercialisation de matériel humain de reproduction.

- Les médecins devraient consulter les donneurs potentiels avant le don afin de s'assurer de leur consentement libre et éclairé.

- Les médecins devraient respecter la prise de position de l'AMM sur les conflits d'intérêt lorsqu'ils ont en charge des patients qui sont en demande de services de procréation.

---

[1] Glossaire de termes et définitions sur les donations et transplantations, OMS, novembre 2009
[2] Convention européenne sur les Droits de l'Homme et la biomédecine - Article 21 – Prohibition des gain financiers
[3] Déclaration d'Istanbul, principe 5

RESOLUTION DE L'AMM
SUR
LES STANDARDS GENERAUX WFME POUR L'AMELIRATION DE LA QUALITE DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL

Adoptée par la 55e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Japon, Octobre 2004
et réaffirmée par la 197e Session du Conseil de l'AMM, Tokyo, Japon, Juin 2014

L'AMM:

- Reconnaît la nécessité et l'importance de bons standards généraux pour améliorer la qualité de l'enseignement médical;
- Atteste de la relation spéciale de l'AMM avec la World Federation for Medical Education (WFME), liée au fait d'avoir été l'un des fondateurs de la Fédération;
- Reconnaît être représentée au Conseil Exécutif de la WFME et à ce titre co-responsable du Projet WFME sur les standards internationaux de l'enseignement médical, en cours depuis 1997 [1];
- Reconnaît la récente progression de la trilogie WFME de documents sur les standards généraux pour l'amélioration de qualité de l'enseignement médical, recouvrant l'enseignement médical de base[2] et universitaire[3] ainsi que de la formation continue des docteurs en médecine [4];
- Reconnaît avoir approuvé[5] les standards généraux WFME lors de la conférence mondiale sur l'enseignement médical: Global Standards in Medical Education for Better Health Care, à Copenhague, au Danemark en mars 2003[6];

Et par la présente:

- Encourage et soutient le travail en cours pour la mise en place de la Trilogie des Documents WFME sur les Standards Généraux pour l'Enseignement Médical.

---

[1] The Executive Council, The World Federation for Medical Education: International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools´ educational programmes. A WFME position paper. Med Ed 1998; 32: 549-558.
[2] World Federation for Medical Education: Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen 2003. http://www.wfme.org
[3] World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen 2003. http://www.wfme.org
[4] World Federation for Medical Education: Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Copenhagen 2003. http://www.wfme.org
[5] J.P. de V. van Niekerk. WFME Global Standards receive ringing endorsement. Med Ed, 2003; 37: 586-587.
[6] WFME website: http://www.wfme.org

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
L'APPLICATION DE LA CONVENTION CADRE DE L'OMS SUR LA LUTTE ANTITABAC

Adoptée par la 170e Session du Conseil de l'AMM à Divonne les Bains, France, 15 Mai 2005
et révisée par la 67eAssemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

L'Association Médicale Mondiale :

Reconnaît le rôle essentiel des professionnels de la santé dans la lutte anti tabac et exhorte les Associations Médicales Nationales à utiliser la Journée Mondiale Sans Tabac chaque année pour plaider en faveur de mesures pour la lutte anti-tabac

Confirme l'importance de la Convention Cadre de l'OMS sur la lutte antitabac (CCLAT) en tant que mécanisme de protection des populations contre une exposition et une dépendance au tabac

Encourage les Etats membres de la Convention à reconnaître (ratifier, accepter, approuver, confirmer ou souscrire) le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac

Encourage les Associations Médicales Nationales à travailler assidûment et énergiquement afin que leurs gouvernements au minimum mettent en place les mesures énoncées dans la CCLAT

Exhorte les gouvernements à instaurer des réglementations et d'autres mesures décrites dans la CCLAT. Les gouvernements devraient également interdire de fumer dans les lieux publics et les locaux professionnels en tant qu'intervention urgente de santé publique. Les gouvernements devraient aussi étudier des mesures supplémentaires notamment les mesures de la lutte contre le tabac qui se sont avérées efficaces dans d'autres pays

Encourage vivement les gouvernements à établir une méthode distincte sécurisant le financement adéquat pour la lutte contre le tabac et la recherche.

Exhorte les gouvernements à favoriser un accès aux conseils et services pour un arrêt du tabac à tous les fumeurs dont les enfants

Reconnaît le rôle essentiel des professionnels de la santé dans l'éducation sanitaire publique et dans la promotion de l'arrêt du tabac.

Exerce un suivi très étroit des tactiques de l'industrie du tabac afin d'éviter toute menace à l'encontre des personnes et des communautés

Contribue aux améliorations et à l'actualisation des règlementations internationales de lutte contre le tabac si nécessaire.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
L'ASSISTANCE MÉDICALE PENDANT LES VOYAGES EN AVION

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et révisée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

INTRODUCTION

1. Pour des déplacements lointains, l'avion est le mode de transport préféré des gens dans le monde entier. Ce mode de transport étant de plus en plus pratique et accessible, le nombre de passagers augmente. De plus, les vols long courrier se démocratisant de plus en plus, la probabilité d'une urgence médicale pendant ces vols est plus élevée.

2. L'environnement dans les avions commerciaux n'est pas propice à la prestation de soins médicaux de qualité, notamment en cas d'urgence médicale. Le bruit, le mouvement de l'avion, l'espace très confiné, la présence d'autres passagers éventuellement en état de stress ou apeurés par la situation, l'insuffisance ou l'absence complète de matériel de diagnostic et de traitement ainsi que d'autres facteurs peuvent souvent générer des conditions extrêmement difficiles pour établir un diagnostic ou traiter. Même le professionnel de santé le plus expérimenté qui soit se trouvera probablement en difficulté dans un tel environnement.

3. La plupart des compagnies aériennes demandent du personnel navigant formé aux premiers secours. En outre, beaucoup d'entre elles prennent en charge certaines qualifications plus approfondies et transportent également certains médicaments et équipements d'urgence à bord. Quelques transporteurs ont même la possibilité d'assurer à distance la lecture d'un ECG et des services d'assistance médicale. La norme (obligatoire) de l'organisation de l'aviation civile internationale (OACI) prévoit que les avions disposent de fournitures médicales, mais leur nature exacte et leur quantité font l'objet de recommandations non obligatoires. Les exigences applicables à chacune des compagnies aériennes sont définies par les autorités nationales chargées de l'aviation civile. Les exigences relatives au programme de formation de l'équipage en cabine sont également définies par ces autorités nationales, les normes de l'OACI à ce sujet prévoyant que l'opérateur (la compagnie aérienne) crée et tienne à jour un programme de formation agréé par l'État dans lequel il est immatriculé.

4. Même bien formé, le personnel navigant n'a souvent que des connaissances et une expérience limitées et ne peut fournir la même assistance qu'un médecin ou d'autres professionnels de santé agréés. Dans certains endroits, les médecins peuvent actuellement suivre des formations médicales spécifiques aux urgences en avion.

5. Les médecins hésitent souvent à fournir une assistance du fait de l'incertitude

entourant leur responsabilité légale, notamment sur les vols internationaux ou les vols dans l'espace aérien des États-Unis. Bien que de nombreuses compagnies aériennes proposent une assurance de responsabilité pour les professionnels médicaux et les profanes qui proposent leur aide pendant un vol, ce n'est pas toujours le cas et même si cette assurance existe, ses termes ne peuvent pas toujours être correctement expliqués et compris lors d'une situation d'urgence médicale. Les conséquences financières et professionnelles des procès intentés contre des médecins qui ont offert leur assistance peuvent être très lourdes même si les cas effectivement observés sont très limités. La législation du « bon samaritain » devrait être adoptée dans toutes les juridictions afin de permettre aux médecins de prodiguer des soins d'urgence au cours des vols sans crainte de poursuites juridiques.

6. D'importantes mesures ont été prises pour protéger la vie et la santé des passagers aériens mais la situation est encore loin d'être idéale et doit encore être améliorée. Bon nombre de problèmes pourraient être allégés par de simples mesures prises à la fois par les compagnies aériennes et les législateurs, idéalement en collaboration mutuelle et avec l'Association Internationale du Transport Aérien (AITA ou IATA en anglais) afin de parvenir à des politiques et des programmes coordonnés et basés sur un consensus international.

7. Les associations médicales nationales ont un rôle de leadership important à jouer pour promouvoir des mesures visant à améliorer la disponibilité et l'efficacité des soins médicaux pendant les vols. Il incombe aux médecins qui voyagent de décider s'ils font ou non savoir à l'équipage qu'ils sont disponibles pour fournir si nécessaire une assistance médicale.

RECOMMANDATIONS

8. C'est pourquoi l'Association Médicale Mondiale demande à ses membres d'inciter les compagnies aériennes nationales, en particulier celles assurant des vols commerciaux à longue et moyenne distance à prendre les mesures suivantes:

8.1 Equiper les avions avec des équipements et des médicaments médicaux d'urgence qui:

8.1.1 Sont conditionnés d'une façon normalisée et facilement identifiables ;

8.1.2 Sont accompagnés d'informations et d'instructions en anglais ainsi que dans les principales langues des pays de départ ; et

8.1.3 Incluent des DEA qui sont considérés comme faisant partie de l'équipement standard pour les soins avancés de maintien des fonctions vitales et assurent qu'au moins un membre de l'équipage est formé à l'utilisation du modèle particulier de DEA fourni.

8.2 Fournir une assistance médicale que l'on puisse contacter par radio ou téléphone soit pour aider le personnel de bord soit pour assister un professionnel de santé bénévole s'il s'en trouve un disponible et acceptant de fournir son aide sur le vol.

8.3 Mettre en place des plans d'urgence médicale pour guider le personnel navigant à répondre aux besoins médicaux des passagers.

8.4 Donner des instructions médicales et logistiques suffisantes au personnel de bord, allant au déjà de la formation classique aux premiers secours, afin qu'il puisse mieux répondre aux besoins des passagers et aider les professionnels médicaux qui se portent volontaires pendant les urgences.

8.5 Fournir une assurance suffisamment complète aux professionnels médicaux et aider le personnel non médical à se protéger des actions en dommages et responsabilités (d'ordre matériel et immatériel) consécutifs à un diagnostic et à un traitement en vol

8.6 Lobbying pour des lois de Bon samaritain.

9. L'Association Médicale Mondiale demande à ses membres d'inciter leurs législateurs et autorités de l'aviation nationales à fournir des rapports annuels sur les accidents médicaux en vol, basés sur des modèles normalisés pour tout incident médical nécessitant la délivrance de premiers secours ou toute autre assistance médicale et/ou modifiant les plans de vol.

10. L'Association Médicale Mondiale demande à ses membres d'inciter leurs législateurs à légiférer pour assurer l'immunité juridique des médecins fournissant une assistance d'urgence adéquate au cours d'incidents médicaux en vol.

11. En l'absence d'immunité judiciaire applicable aux médecins, la compagnie devrait accepter toutes les conséquences juridiques et financières liées à toute assistance fournie par un médecin.

12. L'Association Médicale Mondiale demande à ses membres de :

12.1 Se mobiliser afin que les défis possibles liés aux urgences médicales en vol soient abordés lors des sessions de formation ordinaires des médecins qui portent sur les soins d'urgence ;

12.2 Informer les médecins sur les possibilités de formation ou promouvoir l'instauration de programmes de formation lorsqu'ils n'existent pas;

12.3 Encourager les médecins à réfléchir à la question de savoir s'ils souhaitent ou non se faire connaître spontanément avant le départ comme volontaires pour apporter une aide en cas d'urgence médicale, et

12.4 Encourager les médecins à discuter des problèmes éventuels avec leurs propres patients à haut risque pour qu'ils demandent une assistance médicale en vol avant de prendre l'avion.

12.5 Encourager les médecins à vérifier si leur assurance de responsabilité comporte une garantie relative à ce type d'assistance.

12.6 Informer et encourager les médecins à assister à des formations sur ce sujet de

façon à pouvoir prendre des décisions éclairées lorsqu'ils déclarent leurs patients aptes à prendre l'avion.

13. L'Association Médicale Mondiale demande à l'AITA de poursuivre l'établissement de normes précises dans les domaines suivants et si besoin est, de travailler avec les gouvernements à la mise en place de ces normes en tant qu'obligations légales:

13.1 Équipements médicaux et médicaments à bord pour les moyens et longs courriers;

13.2 Normes de conditionnement et d'étiquetage, y compris des descriptions et instructions dans les langues requises;

13.3 Procédures d'urgence médicale et programmes de formation pour le personnel médical.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA SÉCURITÉ DES ENFANTS PENDANT LES VOYAGES EN AVION

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et réaffirmée par la 203e Session du Conseil de l'AMM, Buenos Aires, Argentine, Avril 2016

1. Considérant que l'avion est un mode de transport commun et que beaucoup de gens de tout âge l'utilisent tous les jours;

2. Considérant que pour les passagers adultes, les normes de sécurité en avion sont maintenant très élevées;

3. Considérant que pendant les voyages en avion, les procédures de sécurité strictes en vigueur augmentent considérablement dans les situations d'urgence les chances de survie des adultes bien attachés;

4. Considérant que pendant les situations d'urgence en avion, les nourrissons et les enfants ne bénéficient pas toujours de mesures de sécurité correctes et adaptées;

5. Considérant que des systèmes de fixation et de sécurité pour les nourrissons et les enfants ont été testés avec succès pour limiter les risques de blessures au cours de situations d'urgence en avion;

6. Considérant que des systèmes de fixation pour enfants ont été agréés sur les avions classiques destinés au transport de personnes et mis en place avec succès par plusieurs compagnies aériennes;

Dans ces conditions, l'Association Médicale Mondiale

1. Exprime une grande inquiétude sur le fait que des systèmes de sécurité corrects pour les nourrissons et les enfants n'aient pas été mis en place partout;

2. Appelle toutes les compagnies aériennes à prendre des mesures immédiates pour fournir des systèmes de fixation sûrs pour les enfants, soigneusement testés et normalisés;

3. Appelle toutes les compagnies aériennes à former leur personnel à la manipulation et à l'usage corrects des systèmes de fixation pour enfants; et

4. Demande l'établissement d'une norme ou de spécifications universelles pour le test et la fabrication de systèmes de fixation pour les enfants; et

5. Exhorte les législateurs et les autorités chargées de la sécurité aérienne à:

   a. demander pour les nourrissons et les enfants, sous la forme d'une loi, des systèmes de fixation individuels et sûrs approuvés pour une utilisation dans les avions classiques destinés au transport de personnes;
   b. veiller à ce que les compagnies aériennes fournissent des systèmes de fixation pour les enfants ou acceptent que les passagers utilisent leur propre système si celui-ci est agréé pour l'avion en question;
   c. interdire l'usage de "ceintures de sécurité à passant" fréquemment utilisées pour attacher les nourrissons et les enfants dans les avions.
   d. fournir des informations sur la sécurité des nourrissons et des enfants à bord des avions à tous les passagers des compagnies aériennes.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LES ESSAIS NUCLÉAIRES DE LA CORÉE DU NORD

Adoptée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et réaffirmée par la 203e Session du Conseil de l'AMM, Buenos Aires, Argentine, Avril 2016

EN RAPPELANT la Déclaration de l'AMM sur les Armes nucléaires, adoptée à l'Assemblée Générale de l'AMM à Ottawa, Canada, en octobre 1998;

L'AMM:

1. Dénonce les essais nucléaires de la Corée du Nord effectués dans une période de vigilance mondiale accrue sur les essais et les arsenaux nucléaires;

2. Appelle à un arrêt immédiat des essais d'armes nucléaires; et

3. Demande à toutes les Associations Médicales Nationales membres de faire pression auprès de leurs gouvernements afin qu'ils comprennent les conséquences néfastes sur la santé et l'environnement des essais et de l'utilisation des armes nucléaires.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA TUBERCULOSE

Adoptée par la 57e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006
et révisée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la tuberculose est une menace considérable pour la santé publique dans le monde. Les pays du Sud-Est asiatique et d'Afrique sont les plus touchés.

2. Dans les pays en voie de développement, l'incidence de la tuberculose a augmenté de façon spectaculaire en raison de la prévalence élevée du VIH/SIDA. Les migrations de populations, l'urbanisation et la surpopulation accrues aggravent encore le phénomène. L'incidence et la gravité de la maladie sont étroitement associées aux conditions de vie sociales et économiques au sein d'une population.

3. L'émergence de souches de la bactérie tuberculosis résistantes aux médicaments de première intention est devenue une menace majeure pour la santé publique, sous les formes de la tuberculose multi résistante (MDR-TB) et ultrarésistante (XDR-TB). Cette résistance croissante de la maladie aux médicaments antimicrobiens est complexe et trouve son origine dans de multiples facteurs, ce qui nécessite l'adoption d'une approche multisectorielle. Les souches MDR-TB et XDR-TB constituent une menace considérable à la promotion et à la sécurité de la santé mondiale.

4. La sensibilisation de la communauté, l'éducation à la santé et la promotion de la santé sont aujourd'hui des outils essentiels de la prévention de la tuberculose.

5. Le dépistage des groupes à haut risque (tels que les personnes vivant avec le VIH/SIDA) et des populations vulnérables (migrants, prisonniers, personnes sans domicile fixe) doit être considéré dans chaque contexte épidémiologique national comme un composant de la prévention de la tuberculose. Il est également recommandé de procéder à un dépistage systématique auprès de toutes les personnes ayant été en contact avec les personnes infectées.

6. Le diagnostic rapide à l'aide de tests moléculaires et un traitement quotidien précoce et rigoureusement supervisé devraient contribuer à stopper la propagation de la maladie.

7. La vaccination BCG (vaccin bilié de Calmette et Guérin) dès que possible après la naissance devrait se poursuivre, conformément aux critères de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (IUATLD), jusqu'à ce qu'un

nouveau vaccin plus efficace soit disponible.

8. L'intensification de la recherche et de l'innovation sont également considérés comme des impératifs dans la lutte contre l'épidémie et les formes résistantes de la maladie qui émergent actuellement.

RECOMMENDATIONS

9. L'Association médicale mondiale (AMM), en consultation avec l'OMS et les autorités sanitaires nationales et internationales poursuivra son travail de sensibilisation de la population sur les symptômes de la tuberculose et de renforcement des capacités du personnel soignant pour identifier précocement les personnes atteintes de la tuberculose, établir un diagnostic et assurer un traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), ou un autre traitement adapté.

10. L'AMM soutient la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose de l'OMS, sa vision, ses objectifs et ses étapes intermédiaires.

11. L'AMM soutient les appels en faveur de moyens financiers, matériels et humains adéquats pour la recherche sur la tuberculose et le VIH/SIDA et la prévention de ces maladies, y compris du personnel soignant bien formé et des infrastructures de santé publique adaptées. L'AMM participera avec des professionnels de santé à l'information sur la tuberculose et sur son traitement.

12. Il convient que les professionnels de santé aient accès à tous les équipements médicaux et de protection dont ils ont besoin afin de limiter le risque d'infection et de propagation de la maladie.

13. L'AMM encourage la poursuite des efforts de renforcement des capacités des professionnels de santé pour l'emploi de méthodes diagnostiques rapides, pour accroître la disponibilité de ces méthodes dans le secteur public comme dans le secteur privé et pour une meilleure gestion de la tuberculose, y compris ses formes multi-résistante et ultra-résistante.

14. L'AMM appelle les associations médicales nationales à soutenir le programme national de lutte contre la tuberculose de leur pays en sensibilisant les professionnels de santé à la prise en charge de la tuberculose et au signalement rapide des cas de tuberculose au sein de la population.

15. L'AMM demande aux associations médicales nationales de promouvoir les méthodes de prévention de la tuberculose telles que l'hygiène respiratoire, les mesures d'hygiène en cas de toux et l'élimination sûre des expectorations.

16. Il convient que les associations médicales nationales encouragent leurs membres à signaler en temps utile aux autorités compétentes tous les patients chez qui on a diagnostiqué la tuberculose ou qui ont été placé sous traitement antituberculeux à des fins de dépistage de sujets contacts et à réaliser un suivi adéquat de ces patients jusqu'à la fin du traitement.

17. En outre, les Membres constituant devraient encourager une pharmacovigilance

efficace ainsi qu'un suivi et une gestion actifs de la sécurité des médicaments antituberculeux afin de détecter, de traiter et de signaler tout cas présumé ou confirmé de toxicité médicamenteuse. Les associations médicales nationales sont également invitées à encourager leurs membres à contribuer activement à ces systèmes de gestion.

18. Les associations médicales nationales devraient coordonner leurs actions et celles de leur programme national de lutte contre la tuberculose et promouvoir les lignes directrices qui ont été adoptées auprès de tous leurs membres.

19. L'AMM appuie les efforts de l'OMS et appelle tous les gouvernements, les communautés, la société civile et le secteur privé à agir ensemble pour éliminer totalement la tuberculose dans le monde.

RÉSOLUTION SUR L'ABUS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE DROITS DE L'HOMME AU ZIMBABWE

Adoptée par la 58e Assemblée Générale de l'AMM, Copenhague, Danemark, Octobre 2007
et réaffirmée par la 206e Session du Conseil de l'AMM, Livingstone, Zambia, Avril 2017

PRÉAMBULE

Au vu des informations et des rapports sur la violation systématique et répétée des droits de l'homme, le non respect du droit à la santé au Zimbabwe, l'incapacité à fournir des ressources essentielles pour la délivrance des soins médicaux basiques, la dégradation de l'état de santé de la population du Zimbabwe, les doubles loyautés et les menaces à l'encontre du personnel de santé tentant de préserver son indépendance clinique, le refus d'accès aux soins pour les personnes accusées d'être associées aux partis politiques d'opposition et l'augmentation de la torture organisée par l'état, l'AMM souhaite réitérer son soutien et son engagement sur les points suivants:

L'attachement au principe de l'Organisation Mondiale de la Santé « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »
La défense de l'objectif fondamental des médecins qui est de soulager la détresse des patients et de ne pas laisser les considérations personnelles, collectives ou politiques prévaloir sur cet objectif
Le soutien de la fonction des médecins qui est de placer les droits de l'homme au premier plan de leurs obligations professionnelles vis-à-vis des patients
Le soutien des médecins persécutés pour fidélité à l'éthique médicale

RECOMMANDATION

Dans ces conditions, l'Association Médicale Mondiale consciente de l'effondrement du système de soins et de la crise sanitaire du Zimbabwe, fait appel à ses associations médicales nationales pour:

1. Dénoncer publiquement les abus en matière de droits de l'homme et les violations du droit à la santé au Zimbabwe

2. Protéger activement les médecins menacés ou intimidés pour leurs actions conformes à leurs obligations éthiques et professionnelles

3. S'associer à l'association médicale du Zimbabwe (ZiMA) afin de garantir l'autonomie de la profession médicale au Zimbabwe

4. Demander et aider la ZiMA à faire appel à une mission d'inspection internationale au Zimbabwe, en tant que mesure d'urgence pour s'occuper de la santé et des besoins

sanitaires de la population du Zimbabwe.

De plus, l'AMM encourage la ZiMA, en tant que membre de l'AMM, à:

1. Confirmer son adhésion aux Déclarations de l'AMM de Tokyo, de Hambourg et de Madrid ainsi qu'à la prise de position de l'AMM sur l'accès aux soins de santé.

2. Faciliter un environnement où toute la population du Zimbabwe a un accès identique à des soins et à des traitements médicaux de qualité, quelle que soit son affiliation politique.

3. S'engager à éradiquer la torture et les traitements inhumains et dégradants infligés à la population du Zimbabwe

4. Réaffirmer sa défense de l'indépendance clinique des médecins qui soignent tous les citoyens du Zimbabwe

5. Obtenir et à diffuser des informations véridiques et nécessaires sur l'état des services de santé au Zimbabwe

6. Plaider pour que les droits de l'homme fassent partie du cursus médical tout comme les obligations éthiques des médecins qui sont de conserver une totale indépendance clinique vis-à-vis des patients en situation vulnérable.

L'AMM encourage la ZimA à rechercher de l'aide pour réaliser ce qui précède en se rapprochant de l'AMM, de l'Association Médicale du Commonwealth et des AMM des pays voisins ainsi qu'à donner des informations régulières sur les progrès accomplis.

RESOLUTION DE L'AMM
SUR
LE SOUTIEN AUX ASSOCIATIONS MEDICALES
EN AMERIQUE LATINE ET AUX CARAÏBES

Adoptée par la 58e Assemblée Générale de l'AMM, Copenhague, Danemark, Octobre 2007 et réaffirmée avec une révision mineure par la 207e session du Conseil de l'AMM, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

Des rapports sérieux font état d'accords entre le gouvernement cubain et certains gouvernements d'Amérique Latine et des Caraïbes pour fournir du personnel de santé cubain destiné à remplir les fonctions de médecins dans ces pays, court-circuitant en cela les systèmes mis en place pour protéger les patients et dont le but est de contrôler l'autorisation d'exercer et les compétences des médecins.

L'Association médicale mondiale (AMM) est très préoccupée par les risques encourus par les patients du fait de ces pratiques médicales non réglementées et rappelle sa prise de position sur les directives éthiques pour le recrutement des médecins au niveau international, qui contient les recommandations suivantes : « les médecins qui, à titre permanent ou temporaire, exercent leur profession dans un autre pays que leur pays d'origine doivent être traités sur un même pied d'égalité que les autres médecins du pays » (paragraphe 7) et « rien ne doit empêcher les pays de signer, conformément au droit international et en bonne connaissance des règles internationales sur les droits de l'homme, des accords bilatéraux et des accords de compréhension mutuelle pour assurer une coopération utile en matière de prestation de soins de santé, y compris les échanges de médecins » (paragraphe 8).

Dans ces régions, il existe déjà des associations médicales dûment déclarées et légales qui sont chargées du recensement des médecins et qui doivent être consultées par leurs ministres de la santé respectifs.

En conséquence, l'AMM:

1. Condamne toute action menée par les gouvernements en matière de politiques et de pratiques contournant ou court-circuitant les normes reconnues pour l'exercice de la médecine et la délivrance de soins médicaux.

2. Demande aux gouvernements d'Amérique Latine et des Caraïbes de travailler avec les associations médicales pour toutes les questions ayant trait à la certification des médecins et à la pratique de la médecine et de respecter le rôle et les droits de ces associations médicales et l'autonomie de la profession médicale.

3. Au vu de la gravité de la situation, demande instamment aux gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes de respecter le Code international d'éthique

médicale de l'AMM, les déclarations de l'AMM sur la régulation assurées par la profession, sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique ainsi que la prise de position de l'AMM sur les directives éthiques pour le recrutement des médecins au niveau international, qui fixent des règles pour la pratique médicale des médecins dans le monde entier.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA COLLABORATION ENTRE LA MÉDECINE HUMAINE ET VÉTÉRINAIRE

Adoptée par la 59e Assemblée Générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
et réaffirmée avec une révision mineure par la 210e Session du Conseil, Reykjavik, Islande, Octobre 2018

PRÉAMBULE

La plupart des maladies infectieuses humaines existantes, y compris les agents bioterroristes, sont des zoonoses. Les zoonoses peuvent par définition infecter aussi bien les animaux et que les humains. De par leur nature même, la médecine humaine et la médecine vétérinaire sont complémentaires et en synergie pour faire face, maîtriser et prévenir toute infection d'une espèce à l'autre par les maladies zoonotiques.

La collaboration et la communication entre la médecine humaine et la médecine vétérinaire ont été très limitées au cours des dernières décennies. Les défis du 21e siècle imposent toutefois une collaboration entre les deux médecines : le risque de maladies zoonotiques est en effet accru par la mondialisation des échanges et les changements climatiques, ainsi que par les changements de comportement des humains.

L'initiative dite « One Health » en cours d'exécution vise à améliorer la vie de toutes les espèces, par la prise en compte à la fois de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire(1). « One Health » vise à promouvoir et à établir un dialogue et une étroite collaboration entre la médecine humaine, la médecine vétérinaire et toutes les sciences de la santé apparentées afin de renforcer l'efficacité de la santé publique humaine et des soins de santé modernes pour les humains (et les animaux), par le biais d'une recherche biomédicale comparée.

L'Association médicale mondiale reconnaît l'impact des animaux et des soins vétérinaires sur la santé et les maladies humaines, au travers de ses propres politiques actuelles, notamment de sa prise de position sur l'utilisation des animaux dans la recherche biomédicale, sur la résistance aux antibiotiques et sur la pandémie de grippe aviaire. L'AMM reconnaît également l'impact des changements climatiques sur la santé par le biais de sa déclaration sur la santé et le changement climatique. L'AMM travaille déjà avec d'autres professions de santé y compris les dentistes, les infirmières et les pharmaciens par l'intermédiaire de l'Alliance mondiale des professionnels de santé.

RECOMMANDATIONS

L'Association médicale mondiale devrait :

- soutenir la collaboration entre médecine humaine et médecine vétérinaire ;
- soutenir le concept d'efforts éducatifs communs entre les facultés de médecine humaine et les écoles vétérinaires ;
- encourager les efforts communs en matière de soins cliniques par l'évaluation, le traitement et la prévention de la transmission des maladies d'une espèce à l'autre ;
- soutenir les efforts de santé publique en matière de surveillance et de maîtrise des maladies pouvant se transmettre d'une espèce à l'autre, en particulier par l'identification précoce des maladies et de leurs canaux de propagation ;
- soutenir les efforts collectifs pour la mise au point, l'adoption et l'évaluation de méthodes de dépistage, de médicaments, de vaccins, de systèmes de surveillance et de politiques pour la prévention et la maîtrise des maladies qui se transmettent d'une espèce à l'autre ;
- engager un dialogue avec l'Association mondiale vétérinaire (AMV) au sujet des stratégies favorisant la collaboration entre les professions médicales vétérinaires et humaines sur le plan de la formation, des soins cliniques, de la santé publique et de la recherche biomédicale ;
- encourager les associations médicales nationales à nouer un dialogue avec leurs confrères vétérinaires au sujet de stratégies de collaboration entre les professions médicales humaines et vétérinaires dans leurs propres pays.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA LÉGISLATION CONTRE L'AVORTEMENT AU NICARAGUA

Adoptée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009
et révisée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

CONSIDÉRANT,

qu'en 2006, le Nicaragua a adopté un code pénal criminalisant l'avortement quelles que soient les circonstances, y compris tout traitement médical d'une femme enceinte qui aurait pour conséquence la mort ou une lésion de l'embryon ou du fœtus ;

que selon le Fonds des Nations unies pour la population, en dépit d'une amélioration des indicateurs nationaux relatifs à la santé sexuelle et reproductive, le Nicaragua présente toujours les taux de grossesses chez les adolescentes et de mortalité maternelle parmi les plus élevés d'Amérique, notamment au sein des populations rurales pauvres.

Cette législation :

- a un impact négatif sur la santé des femmes au Nicaragua et provoque le décès, pourtant évitable, de femmes et de l'embryon ou fœtus qu'elles portent ;
- fait courir aux médecins le risque d'être emprisonnés pour avoir fait avorter des femmes, même dans le seul but de leur sauver la vie, à moins qu'ils n'aient respecté les protocoles obstétriques de 2006 du ministère de la Santé du Nicaragua (MINSA), qui ne prévoient pourtant que les cas d'urgence ;

exige des médecins qu'ils signalent à la police les femmes et les jeunes filles soupçonnées d'avortement, en contradiction avec le secret médical qui s'impose à eux, les plaçant au cœur d'un conflit entre la loi et l'éthique médicale ;

La prise de position de l'AMM sur l'interruption médicale de grossesse d'octobre 2018 prévoit que : « 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 la vie privée. Les associations médicales nationales devraient militer pour que les politiques sanitaires nationales défendent ces principes ».

L'AMM réaffirme sa résolution sur la pénalisation de la pratique médicale d'octobre 2013, dans laquelle elle recommande à ses membres qu'ils « s'opposent à l'intrusion des gouvernements dans la pratique de la médecine et dans la décision d'apporter des soins, y compris s'agissant de la possibilité pour les gouvernements de définir une pratique médicale appropriée par application de sanctions pénales ».

EN FOI DE QUOI, l'Association médicale mondiale et ses membres constituants demandent expressément au gouvernement du Nicaragua d'abroger cette disposition du Code pénal criminalisant l'avortement et d'adopter à sa place une législation qui encourage et protège les droits fondamentaux des femmes, leur dignité et leur santé, y compris leur accès aux soins de santé reproductifs et qui autorise les médecins à remplir leurs obligations conformément à l'éthique médicale, en particulier le secret médical.

RÉSOLUTION DE L'AMM D'URGENCE DÉFENDANT LES DROITS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS EN RÉPUBLIC ISLAMIQUE D'IRAN

Adoptée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009

CONSIDERANT QUE,

Les médecins dans la République Islamique d'Iran ont reporté:

Des pratiques troublantes de personnes blessées envoyées en prison sans traitement médical correct et sans l'accord du médecin traitant;

Le fait que des médecins seraient empêchés de traiter les patients;

Des inquiétudes s'agissant de la véracité de la documentation relative au décès de patients et des médecins forcés de cautionner des documents falsifiés;

L'existence de cadavres et de prisonniers politiques et religieux gravement blessés qui auraient été admis dans des hôpitaux avec des traces de torture brutale dont des abus sexuels.

DANS CES CONDITIONS, L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

1. Réaffirme sa Déclaration de Lisbonne: Déclaration sur les droits du patient, qui stipule que si jamais une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de son droit aux soins médicaux, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer.

2. Réaffirme sa Déclaration de Hambourg: Déclaration sur le Soutien aux Médecins qui Refusent toute Participation ou Caution à l'Utilisation de la Torture ou autre Forme de Traitement Cruel, Inhumain ou Dégradant, qui encourage les médecins à respecter leur serment de servir l'humanité et à résister aux pressions qui seraient contraires aux principes éthiques régissant leurs activités.

3. Réaffirme sa Déclaration de Tokyo: Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement, qui:

   - Interdit aux médecins de participer ou même d'être présents pendant des actes de torture ou d'autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants;
   - Qui stipule que les médecins doivent garder le respect absolu de la vie humaine même sous la menace et ne pas faire usage de connaissances médicales contraire aux lois de l'humanité.

4. Réaffirme sa Résolution sur la responsabilité des médecins dans la documentation et la dénonciation des actes de torture ou des traitements cruels, inhumains ou dégra-dants qui:

   - Stipule que les médecins doivent essayer de veiller à ce que les détenus ou les victimes de la torture ou de cruauté ou de mauvais traitements aient un accès à des soins de santé immédiats et indépendants;
   - Stipule qu'il faut veiller à ce que les médecins incluent une évaluation et une documentation des symptômes de torture ou de mauvais traitement dans les dos-siers médicaux, en prenant les précautions procédurales nécessaires afin de ne pas mettre en danger les détenus.

5. Se réfère au Code International d'Ethique Médicale de l'AMM, qui stipule que les médecins se consacreront en toute indépendance professionnelle et morale à la pre-station de soins compétents avec compassion et respect pour la dignité humaine.

6. Demande expressément au gouvernement de la République Islamique d'Iran de res-pecter le Code International d'Ethique Médicale et les normes inclues dans les décla-rations ci-dessus mentionnées qui engagent les médecins.

7. Demande expressément aux Associations Médicales nationales d'exprimer leur sou-tien à cette résolution.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LE TRANSFERT DE TÂCHES DEPUIS LA PROFESSION MÉDICALE

Adoptée par la 60e Assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, Octobre 2009
et réaffirmée par la 212e session du Conseil de l'AMM, Santiago, Chili, Avril 2019

1. Le terme "Transfert des tâches" est utilisé dans le secteur de la santé pour décrire une situation dans laquelle une tâche normalement assurée par un médecin est déléguée à un professionnel de santé dont le niveau de formation et d'expérience est moindre ou différent ou à une personne spécialement formée pour effectuer une tâche donnée sans posséder la formation médicale officielle. Le transfert des tâches existe à la fois dans les pays confrontés à une pénurie de médecins et dans ceux non confrontés à une telle pénurie

2. La pénurie de travailleurs qualifies du fait de l'émigration ou d'autres facteurs est un facteur essential à l'origine du transfert des tâches. Dans les pays confrontés à une grave pénurie de médecins, on peut éventuellement recourir au transfert des tâches pour former des professionnels de santé ou des profanes à effectuer des tâches généralement considérées comme étant du ressort des médecins. La raison invoquée pour un tel transfert de tâches est que le service ne serait sinon pas fourni à ceux qui en ont besoin. Dans ces pays, le transfert des tâches cible les populations extrêmement vulnérables et vise à palier la pénurie de professionnels de santé ou de faire face à des questions sanitaires spécifiques telle que VIH. Dans les pays où la pénurie de médecins est dramatique, de nouvelles structures constituées de travailleurs sanitaires ont été mises en place. Toutefois, ces personnes assumant les tâches des médecins n'ont pas les vastes connaissances et l'expérience des médecins et doivent effectuer leurs tâches selon des protocoles sans avoir les compétences, l'expérience et le jugement professionnel pour prendre les bonnes décisions en cas de complications ou d'autres imprévus. Cette pratique peut s'avérer judicieuse dans des pays où sans le transfert des tâches, aucun soin ne serait prodigué mais devrait être étendue aux pays où la situation n'est pas la même.

3. Dans les pays où ne règne pas une grave pénurie de médecins, le transfert des tâches peut exister pour diverses raisons d'ordre social, économique, professionnel, parfois avec pour prétexte l'efficacité, le fait de vouloir faire des économies ou pour d'autres raisons non fondées. Les professions cherchant à étendre ou à protéger leur domaine traditionnel peuvent inciter ou empêcher le transfert des tâches. Il peut être instauré par les autorités sanitaires, par des professionnels de santé suppléants et parfois par les médecins eux-mêmes. Le transfert des tâches peut être le fait des progrès de la technologie médicale qui standardisent la mise en œuvre et l'interprétation de certaines tâches et permettent ainsi de faire effectuer ces dernières par des non professionnels de santé ou des assistants techniques en lieu et place des médecins. Cela s'est produit

en principe à l'initiative ou en coopération étroite avec la profession médicale. Il faut toutefois reconnaître que la médecine ne peut jamais être considérée uniquement comme une discipline technique.

4. Le transfert des tâches peut avoir lieu au sein d'une équipe médicale déjà en place, avec pour effet une redistribution des rôles et des fonctions assurés par les membres de l'équipe. Il peut aussi générer de nouveaux personnels dont la fonction est d'assister d'autres professionnels de santé, notamment les médecins, et du personnel formé pour assurer des tâches spécifiques de manière autonome.

5. Même si le transfert des tâches peut parfois s'avérer nécessaire et parfois améliorer la qualité des soins cliniques, il comporte des risques importants. Parmi ces risques, le principal est la détérioration de la qualité des soins, en particulier si le jugement médical et la décision médicale sont délégués. Hormis le fait que le patient peut éventuellement être soigné par un professionnel moins expérimenté, certains critères de qualité sont aussi mis en cause y compris la raréfaction des contacts entre le patient et le médecin, un service fragmenté et inefficace, un manque de véritable suivi, un diagnostic et un traitement inadéquats et une incapacité à gérer les complications.

6. De plus, le transfert des tâches qui déploie du personnel d'assistanat peut éventuellement augmenter la demande en médecins. Les médecins auront de plus en plus de responsabilités en tant que formateurs et superviseurs ce qui leur laissera peu de temps pour leurs nombreuses autres tâches comme par exemple soigner des patients en direct. Ils peuvent aussi endosser davantage de responsabilité professionnelle et/ou juridique pour les soins prodigués par les travailleurs de santé sous leur supervision.

7. L'Association Médicale Mondiale exprime sa grande inquiétude sur le fait que le transfert des tâches puisse être instauré par les autorités sanitaires sans consultation des médecins et de leurs associations professionnelles.

RECOMMENDATIONS

8. De ce fait, l'Association Médicale Mondiale recommande que toutes les Associations Médicales Nationales soutiennent et promeuvent les directives suivantes:

   8.1 Les soins continus de qualité ainsi que la sécurité des patients ne doivent jamais être compromis et devraient constituer la base pour toutes réformes et législations se rapportant au transfert de tâches.

   8.2 Les propres tâches des médecins étant transférées, ces derniers ainsi que leurs associations professionnelles devraient être consultés et étroitement impliqués dès le départ dans toutes les considérations relatives à la mise en place du transfert des tâches, notamment dans la réforme de la législation et de la réglementation. Les médecins pourraient éventuellement étudier une nouvelle structure d'assistants sous leur autorité et en accord avec les principes de sécurité et dans le respect de la qualité des soins aux patients.

8.3 Les normes d'assurance qualité et les protocoles thérapeutiques doivent être définis, mis en place et supervisés par les médecins. Les systèmes d'accréditation devraient être conçus et instaurés en simultané avec la mise en place du transfert des tâches afin d'assurer la qualité des soins. Il convient de définir clairement les tâches que seuls les médecins peuvent accomplir. La responsabilité du diagnostic et de la prescription devrait notamment être soigneusement étudiée.

8.4 Dans les pays où règne une grave pénurie de médecins, le transfert des tâches devrait être envisagé comme une solution provisoire avec une stratégie de sortie bien définie. Toutefois, dans les pays où cette solution sera probablement de longue durée, il convient alors de mettre en place une stratégie durable.

8.5 Le transfert des tâches ne devrait pas remplacer la création de systèmes de santé durables et fonctionnant à plein temps. Le personnel d'assistance ne devrait pas être engagé au détriment de professionnels de santé sans emploi ou sous-employés. Le transfert des tâches ne devrait pas remplacer l'éducation et la formation des médecins. L'objectif devrait être de former et d'employer des travailleurs plus qualifiés plutôt que de transférer des tâches à des travailleurs moins qualifiés.

8.6 Le transfert des tâches ne devrait pas être entrepris ou considéré uniquement comme une mesure d'économie car les économies dégagées par le transfert des tâches restent à prouver et parce que les solutions justifiées par la baisse des coûts ont peu de chance de donner de bons résultats pour les patients. Les avantages économiques du transfert des tâches devraient être bien analysés afin d'évaluer les résultats en matière de santé, de rapport coûts/bénéfices et de productivité.

8.7 Le transfert des tâches devrait être complété par des mesures d'incitation pour la préservation des professionnels de santé comme par ex. une augmentation de leur salaire et une amélioration de leurs conditions de travail.

8.8 Les raisons sous tendant la nécessité de transférer les tâches variant d'un pays à l'autre et de ce fait des solutions convenant à un pays ne peuvent pas convenir automatiquement à d'autres.

8.9 L'impact du transfert des tâches sur le fonctionnement global des systèmes de santé n'est pas clair. Il conviendrait d'évaluer l'impact du transfert des tâches au niveau du patient et au niveau de la santé ainsi que sur l'efficacité de la fourniture de soins. Lorsque le transfert des tâches est appliqué notamment en réponse à des questions de santé spécifiques, comme par ex. le VIH, il conviendrait d'évaluer régulièrement et de suivre de près l'ensemble du système de santé. Un tel travail est essentiel afin de s'assurer que ces programmes améliorent la santé des patients.

8.10 Le transfert des tâches doit être étudié et évalué indépendamment, pas sous les auspices de ceux désignés pour assurer ou financer les mesures de transfert des

tâches.

8.11 Le transfert des tâches n'est qu'une réponse à la pénurie de main d'œuvre dans le secteur de la santé. D'autres méthodes comme par ex. le fait de travailler en collaboration ou en équipe devraient être parallèlement développées.et considérées comme la référence absolue. Le transfert des tâches ne devrait pas remplacer la création d'équipes de santé solidaires et interactives, coordonnées par un médecin où chaque membre peut apporter sa propre contribution aux soins prodigués.

8.12 Pour assurer le succès d'un travail en collaboration, il faut améliorer la formation au leadership et au travail d'équipe. Chacun doit bien comprendre ce pour quoi l'autre est formé et ce qu'il est capable de faire. De même, chacun doit savoir de quoi il est responsable. Tout le monde doit accepter d'utiliser une terminologie bien précise.

8.13 Le transfert des tâches devrait être précédé par une étude, une analyse et une discussion systématique des besoins, des coûts et des bénéfices potentiels. Il ne devrait pas être instauré uniquement en réaction à d'autres évolutions dans le système de santé.

8.14 Une recherche doit être conduite afin d'identifier les modèles de formation éprouvés. Le travail devra être aligné sur divers modèles actuellement en place. La recherche devrait également s'axer sur la collecte et le partage des informations, des preuves et des résultats. La recherche et l'analyse doivent être approfondies et les médecins doivent être impliqués.

8.15 Lorsque le cas s'y prête, les Associations Médicales Nationales devraient coopérer avec les associations d'autres professionnels de santé pour établir les infrastructures inhérentes au transfert des tâches. L'AMM devra envisager d'établir une structure pour le partage des informations sur cette question au sein de laquelle les membres pourront discuter des évolutions dans leur pays et des conséquences sur les soins.

RESOLUTION DE L'AMM
SUR
LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS

Adoptée par la 61e Assemblée Générale de l'AMM, Vancouver, Canada, Octobre 2010

PRÉAMBULE

Depuis le début de leurs études et tout au long de leur carrière professionnelle, les médecins acquièrent les connaissances, la formation et les compétences requises afin de traiter leurs patients avec le plus haut niveau de soins et de compétence.

Les médecins établissent le diagnostic le plus précis et le traitement le plus efficace pour soigner la maladie ou soulager ses effets en tenant compte de l'état général du patient.

Les produits pharmaceutiques sont souvent une composante essentielle de l'approche thérapeutique. Afin de pouvoir prendre de bonnes décisions conformes aux principes éthiques et professionnelles de pratique médicale, le médecin doit connaître et comprendre totalement les principes de la pharmacologie et les éventuelles interactions entre différents médicaments et leurs effets sur la santé du patient.

La prescription de médicaments est une intervention clinique importante qui devrait être précédée de multiples procédures, intégrées pour évaluer le patient et déterminer le diagnostic clinique correct. Ces procédures comportent:

- Faire le point sur l'état de santé actuel et effectuer une anamnèse;
- La capacité à établir un diagnostic différentiel;
- Comprendre les multiples maladies, chroniques et complexes, en jeu;
- Faire un bilan des médicaments actuellement administrés avec succès ou supprimés précédemment et avoir connaissance des possibles interactions.

Des médicaments mal prescrits sans de bonnes connaissances et un diagnostic correct peuvent causer de sérieux dommages à la santé du patient. Au vu des graves conséquences possibles pouvant résulter d'une décision thérapeutique inappropriée, l'AMM affirme les principes suivants pour que les traitements soient de grande qualité et que la sécurité des patients soit assurée:

PRINCIPES

La prescription de médicaments devrait reposer sur un diagnostic correct de l'état de santé du patient et devrait être effectuée par ceux qui ont suivi avec succès un cursus complet sur les mécanismes de la maladie, les méthodes de diagnostic et le traitement médical de la maladie en question.

Les ordonnances établies par les médecins sont vitales pour la sécurité des patients et la sécurité est essentielle pour préserver la relation de confiance entre les patients et leurs médecins.

Même si les infirmières et les autres travailleurs de santé coopèrent au niveau du traitement global des patients, le médecin est la personne la plus qualifiée pour prescrire des médicaments d'une manière autonome. Dans certains pays, la législation peut éventuellement autoriser d'autres professionnels à prescrire des médicaments dans certaines situations particulières, généralement avec une formation et un enseignement complémentaires et le plus souvent sous une supervision médicale. Dans tous les cas, le médecin doit demeurer responsable du traitement. Le système médical de chaque pays devrait assurer la protection des intérêts et de la sécurité des patients dans le cadre du diagnostic et du traitement des patients. Si un système n'est pas en mesure de respecter ce cadre basique pour des raisons sociales, économiques ou des raisons incontournables, tous les efforts devront être entrepris pour améliorer la situation et restaurer la sécurité des patients.

RESOLUTION DE L'AMM
SUR
LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES FEMMES ET DES JEUNES FILLES

Adoptée par la 61e Assemblée Générale de l'AMM, Vancouver, Canada, Octobre 2010

La violence est un phénomène institutionnalisé dans le monde entier et un sujet complexe se traduisant de multiples façons. La nature de la violence subie par les victimes dépend en partie du contexte social, culturel, politique et économique dans lequel vivent les victimes et leurs agresseurs. Il existe une violence délibérée, systématique et répandue alors que d'autres formes de violence demeurent cachées. C'est notamment le cas de la violence domestique dans les zones du monde où les femmes ont le même statut juridique que les hommes et bénéficient d'une protection légale face aux hommes violents. Culturellement cependant, elles risquent de subir une violence domestique les mettant en danger de mort.

Dans la plupart des pays, il est prouvé que les hommes peuvent être et sont souvent victimes de violence y compris de la part de leur partenaire. Statistiquement ils risquent de subir bien davantage la violence de rue. La recherche montre que les hommes vivent fréquemment ce type de violence mais que cette violence n'est pas conjuguée à des abus systématiques en termes de droits. Par conséquent, les femmes vivent des choses bien pires dans de nombreuses cultures. Cet article ne considère pas pour autant qu'il faille fermer les yeux sur la violence à l'encontre des hommes et des jeunes garçons. Les actions destinées à protéger les femmes et les jeunes filles limiteront probablement les actes de violence à l'encontre de tout le monde.

DÉFINITION DE LA VIOLENCE

Il y a plusieurs définitions de la violence (voir note de bas de page) mais il est essentiel que les différentes formes que peut prendre la violence soient reconnues par les décideurs politiques. La violence contre les femmes et les jeunes filles inclut celle au sein de la famille, de la communauté ainsi que la violence perpétrée (ou occultée) par l'état. On donne de multiples excuses à la violence généralement et spécifiquement. En termes culturels et sociétaux, ces excuses comprennent la tradition, les croyances, les mœurs, les valeurs et la religion. Même si rarement cité, la force supérieure des hommes par rapport aux femmes est aussi une cause majeure de violence.

Au sein de la famille et de la maison, la violence inclut le déni des droits et des libertés dont jouissent les hommes et les jeunes garçons. En font partie la destruction des fœtus de sexe féminin et l'infanticide des filles, le manque de soins systématique et délibéré des jeunes filles, avec en autres une alimentation insuffisante et le refus d'un accès à l'éducation[1] ainsi que la violence directe physique, psychologique et sexuelle. Certaines pratiques culturelles portant atteinte aux femmes dont la mutilation génitale féminine, le mariage forcé, la violence liée à la dot et les crimes dits « d'honneur » sont toutes des pratiques qui peuvent exister au sein des familles.

L'attitude à l'égard du viol, des violences sexuelles et du harcèlement sexuel, l'intimidation au travail ou dans l'éducation, l'esclavage moderne, la traite des femmes et la prostitution forcée sont toutes des formes de violence que certaines sociétés occultent. Une forme extrême de violence est la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre. Dans plusieurs conflits récents (dans les Balkans, au Rwanda), le viol a été associé au nettoyage ethnique et plus spécifiquement dans certains cas utilisé pour propager le SIDA dans une communauté. Le CICR a examiné la question et reconnaît que cette violence sexuelle pouvait être perpétrée communément sur les femmes et les jeunes filles[2].

La violence sexuelle ou la menace sexuelle peuvent être également utilisées à l'encontre des hommes mais culturellement les femmes sont plus touchées et plus souvent ciblées. Les conflits actuels ne reposent pas sur des batailles menées au loin; ils se concentrent de plus en plus autour de centres très peuplés ce qui expose les femmes aux soldats et aux groupes armés. Au moment d'une guerre et après une guerre, le tissu sociétal peut se désagréger ce qui vulnérabilise les femmes encore plus par rapport aux attaques de groupes.

Le manque d'indépendance économique et d'éducation basique signifie aussi que les femmes qui survivent à des actes de violence sont ou seront ou deviendront probablement plus dépendantes de la société et moins en mesure de s'auto-suffire et de contribuer à la société dans laquelle elles vivent. Sur le plan biologique et comportemental, les femmes survivent en principe aux hommes; ne pas avoir la possibilité d'être indépendante économiquement crée une société où bon nombre de femmes âgées sont économiquement dépendantes.

L'état peut fermer les yeux sur toutes ces formes de violence ou garder le silence, refusant en cela de les condamner ou de les combattre. Dans certains cas, l'état peut même légiférer pour autoriser des pratiques violentes (par exemple le viol dans le cadre du mariage) et devenir lui-même un acteur de cette violence.

Tous les êtres humains jouissent de certains droits humains fondamentaux ; les exemples de violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles ci-dessus énoncés impliquent le déni de bon nombre de ces droits et tous les mauvais traitements peuvent être examinés à la lumière de la Convention des NU sur les droits humains (et pour les enfants de la Convention sur les droits de l'enfant)[3].

En matière de santé, le déni des droits et la violence elle-même ont des conséquences pour les femmes et les jeunes filles et pour la société dont elles font partie. Au-delà des conséquences physiques et sanitaires spécifiques et directes, la façon dont sont généralement traitées les femmes et les jeunes filles peut conduire à une recrudescence de problèmes de santé mentale; le suicide est la seconde cause majeure de mort prématurée chez les femmes.

CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE

Les conséquences directes de la violence sur la santé dépendent de la nature des actes. La mutilation génitale féminine par exemple peut tuer la femme au moment où elle est perpétrée, peut rendre difficile l'élimination par le corps des déchets dont ceux de la menstruation et rendre difficile les grossesses. Elle renforce également l'idéologie qui consiste à

penser que les femmes sont la possession des hommes (en soi, une forme de mauvais traitement) et qu'ils contrôlent leur sexualité. Les viols en réunion ou d'autres formes de violence sexuelle peuvent à long terme générer des problèmes gynécologiques, urologiques et intestinaux avec entre autres apparition de fistules et d'incontinence. Tout cela ne favorise pas le soutien de la société en faveur des femmes abusées.

Les conséquences de la violence à court et long terme sur la santé mentale peuvent ensuite avoir un grave impact sur le bien-être, la joie de vivre, le rôle social et la capacité à bien soigner les personnes dépendantes.

Les médecins ont un rôle important à jouer dans le domaine de la collecte des preuves. Actuellement de nombreux pays n'ont pas de registre des naissances obligatoire ce qui rend difficile la documentation des infanticides ou de l'impact du manque de soins. Dans le même ordre d'idées, certains pays autorisent le mariage à tout âge exposant ainsi les jeunes filles à de grands risques de grossesse avant que leur corps ne soit totalement formé, sans parler des risques pour la santé mentale que cela implique. Les conséquences sanitaires de telles politiques et leur relation aux autres coûts pour la santé doivent être mieux documentées.

Leur refuser la possibilité de bien se nourrir conduit des générations de femmes en mauvaise santé, à des problèmes de croissance et de développement. Ces femmes sont alors moins en mesure de survivre à une grossesse et un accouchement ou à entretenir leurs familles. Ne pas donner un accès à l'éducation nuit à la santé de tous les membres de la famille ; une bonne éducation est un facteur majeur en ce qui concerne la qualité des soins prodigués par la mère à toute sa famille. Au-delà de ce qu'elle a de condamnable en elle-même, la violence contre les femmes est aussi dommageable socialement et économiquement pour la famille et la société. Les conséquences directes et indirectes de la violence à l'encontre des femmes sur le plan économique vont bien au delà des coûts directs pour le secteur de la santé.

Le coût et les conséquences de la violence y compris le manque de soins, à l'encontre des femmes ont été expliqués dans de nombreux forums notamment à l'OMS[4]. Les conséquences sanitaires pour les femmes, leurs enfants et donc la société sont claires et doivent être explicitées aux décideurs politiques.

QUE PEUT FAIRE L'AMM?

L'AMM a un certain nombre de politiques sur la violence dont la Prise de position de l'AMM sur la violence et la santé et la Prise de position de l'AMM sur la violence familiale. Cette présente (prise de position/résolution/déclaration) rassemble certaines de ses politiques avec un ensemble d'actions coordonnées pour l'AMM, les AMN et les médecins individuels.

Les êtres humains cherchant d'abord des avantages pour eux-mêmes, leurs familles et leurs communauté, permettre le changement, bien expliquer dès le départ les avantages du changement s'avère être une solution « gagnant-gagnant ». S'axer d'abord sur les considérations sanitaires pour les femmes, leurs enfants et la famille au sens plus large, est une méthode bien utile pour lancer le débat.

Les médecins sont bien placés pour juger des effets combinés sur la qualité de l'environnement social, culturel, économique et politique. Si toutes les personnes doivent accéder à un bon état de santé et au bien-être, il faut que tous ces facteurs fonctionnent en synergie. La vision holistique qu'ont les médecins peut servir à influencer la société et les politiques. Il faut donc absolument obtenir le soutien de la société afin d'améliorer les droits, la liberté et le statut des femmes.

ACTIONS

L'AMM:

- Fait valoir que la violence n'est pas uniquement de nature physique, psychologique et sexuelle mais s'étend aussi aux mauvais traitements tels que des pratiques culturelles et traditionnelles nuisibles et des actions comme par ex. la complicité en matière de traite des femmes et que c'est là une crise de santé publique majeure.
- Reconnaît le lien entre d'une part une meilleure éducation et les autres droits des femmes et d'autre part la santé familiale et sociétale et le bien-être. Elle met l'accent sur le fait que l'équité en matière de libertés civiles et de droits humains est une question de santé.
- Préparera un briefing et des supports de sensibilisation/défense pour les AMM à utiliser auprès des gouvernements nationaux et des groupes intergouvernemen-taux étudiant les implications de la discrimination envers les femmes et les jeunes filles sur la santé et le bien-être. Cette documentation inclura des références sur l'impact de la violence sur le bien-être familial et la stabilité financière de la so-ciété.
- Travaillera avec d'autres pour préparer et distribuer aux médecins et aux autres travailleurs sanitaires un briefing et des supports de sensibilisation/défense sur les pratiques culturelles et traditionnelles nuisibles y compris la mutilation génitale féminine, les crimes pour dot et les crimes d'honneur; Elle soulignera l'impact sanitaire et les violations des droits humains.
- Préparer des exemples pratiques de l'impact de la violence et des stratégies pour la réduire comme par ex. des directives consensuelles basées sur les meilleures preuves disponibles.
- Plaidera auprès de l'OMS, des autres agences des NU et ailleurs pour que cessent la discrimination et la violence envers les femmes.
- Travaillera avec d'autres pour préparer des matrices de supports éducatifs à l'intention des praticiens afin qu'ils puissent documenter et signaler des cas de mauvais traitements.
- Encourage les autres à créer des supports éducatifs gratuits sur Internet pour conseiller les travailleurs sanitaires situés en première ligne et confrontés à des cas de mauvais traitements, les informer de l'impact de ces mauvais traitements et des stratégies de prévention.
- Encourager la législation qui range le viol en réunion utilisé comme arme de

guerre dans la catégorie des crimes contre l'humanité, relevant de la compétence de la Cour Pénale Internationale.

LES AMN DEVRAIENT:

- Utiliser et promouvoir les supports disponibles sur la prévention et la prise en charge des conséquences de la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles et les défendre dans leur propre pays.
- Veiller à ce que les enseignants dans le domaine médical connaissent le taux de probabilité d'exposition à la violence, ses conséquences et les stratégies de prévention efficaces; y mettre l'accent dans l'enseignement universitaire, postuniversitaire et la formation permanente des travailleurs sanitaires.
- Reconnaître l'importance de comptes-rendus plus complets sur les séquelles de la violence et encourager la mise en place d'une formation sensibilisant à la vio-lence et à sa prévention. Il faudrait également mieux signaler et étudier l'inci-dence, la prévalence et l'impact sanitaire de toutes les formes de violence.
- Encourager les revues médicales à publier davantage de recherches sur les interactions complexes dans ce domaine ce qui contribuerait à une sensibilisation constante de la profession, à la création de bases solides de recherche et d'une documentation sur les formes de violence et leur incidence.
- Encourager les revues médicales à envisager de publier des articles thématiques sur la violence y compris sur le manque de soins des femmes et des jeunes filles.
- Plaider pour un enregistrement universel des naissances et une limite d'âge plus élevée pour le mariage.
- Plaider pour une application effective des droits humains universels.
- Plaider pour une éducation des parents et une assistance en matière de soins, d'alimentation, de développement, d'éducation et de protection des enfants, en particulier des filles.
- Plaider pour un suivi des statistiques sur les enfants, incluant aussi bien des indicateurs positifs que négatifs sur la santé et le bien-être et les déterminants sociaux de la santé.
- Plaider pour une législation interdisant certaines pratiques nuisibles dont la destruction des fœtus de sexe féminin, la mutilation génitale féminine, le mariage forcé et les châtiments corporels.
- Plaider pour la criminalisation du viol dans toutes les circonstances y compris au sein du mariage.
- Condamner la pratique du viol en réunion comme tactique de guerre et travailler avec d'autres pour le documenter et le signaler.
- Plaider pour la création de données sur la recherche concernant l'impact de la violence et du manque de soins sur les victimes primaires et secondaires et sur la société et pour un financement accru de ce type de recherches.
- Plaider pour la protection de ceux qui déclarent les mauvais traitements y compris des médecins et des travailleurs sanitaires.

LES MÉDECINS DEVRAIENT:

1. Utiliser les supports conçus pour leur formation pour mieux s'informer eux-mêmes des effets des mauvais traitements et des stratégies efficaces de prévention.
2. Soigner et protéger les enfants (notamment en périodes de crise), documenter et signaler tous les cas de violence envers les enfants, en veillant à préserver l'intimité du patient autant que possible.
3. Traiter et éliminer si possible les complications et les effets secondaires de la mutilation génitale féminine et adresser les patientes aux services d'entraide sociale.
4. S'opposer à la publication ou à la diffusion du nom des victimes, de leur adresse ou de leur portrait sans leur autorisation expresse.
5. Evaluer les risques de violence familiale dans le cadre d'une recherche routinière de l'histoire sociale.
6. Etre vigilant sur une dépendance à l'alcool ou à la drogue chez les femmes qui peut avoir pour origine un passé de mauvais traitements.
7. Soutenir les collègues qui s'engagent personnellement pour mettre un terme à de mauvais traitements.
8. Travailler à l'instauration d'une relation de confiance nécessaire avec les femmes et les enfants victimes de mauvais traitements, y compris le respect de la confidentialité.
9. Soutenir une action mondiale et locale pour une meilleure compréhension des conséquences sanitaires à la fois des mauvais traitements et du déni des droits ; plaider pour davantage de services aux victimes.

---

[1] A 1ère vue, la négligence ne semble pas comparable à la violence. Mais l'acceptation de la négligence et les droits moins nombreux octroyés aux femmes et petites filles constituent des facteurs majeurs renforçant une acceptation de la violence causale et systématique. En ce sens, les droits de base sont niés. Beaucoup tendent à classifier la négligence comme une forme de violence en soi.

[2] Le viol est considéré comme une arme de guerre lorsque les forces armées les utilisent aux fins de torturer, blesser, obtenir des informations, dégrader, déplacer, intimider, punir ou simplement détruire le tissu social. La simple menace de violence sexuelle peut provoquer la fuite de communautés entières – Women and War, ICRC 2008

[3] Women's Health and Human Rights: the Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law. Rebecca Cook. Presented at the 1999 Adapting to Change Core Course

[4] Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda. WHO November 2009. ISBN 978 92 4 156385 7

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
L'ACCÈS À DES TRAITEMENTS ANTI-DOULEURS APPROPRIÉS

Adoptée par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

PRÉAMBULE

Dans le monde, des dizaines de millions de personnes atteintes d'un cancer ou d'une autre maladie éprouvent des douleurs modérées à intenses sans avoir accès à un traitement approprié. Ces personnes souffrent beaucoup, souvent pendant des mois à la fin, et un grand nombre finissent par mourir dans la souffrance. Ce n'est pas nécessaire et on peut presque toujours l'éviter et le traiter. Les personnes ayant éventuellement des difficultés à exprimer correctement leur douleur comme par ex. les enfants et les personnes intellect-tuellement déficientes ou présentant des troubles de la conscience risquent tout parti-culièrement de ne pas recevoir le traitement antidouleurs approprié.

Il est important de connaître les conséquences indirectes d'un traitement inadéquat de la douleur, comme par exemple un impact économique négatif ainsi que des souffrances personnelles liées directement à l'absence de traitement de la douleur.

La plupart des souffrances peuvent être stoppées ou soulagées avec des traitements peu chers et relativement simples. Ces traitements peuvent améliorer considérablement la qualité de vie des patients.

Il est reconnu que certaines douleurs sont particulièrement difficiles à traiter et demandent la mise en œuvre de techniques complexes par exemple par des équipes pluridisciplinaires Parfois, notamment en cas de sévères douleurs chroniques, les facteurs psycho-émotion-nels sont même plus importants que les facteurs biologiques.

Le manque d'éducation des professionnels de santé en matière d'évaluation et de traite-ment de la douleur et des autres symptômes ainsi que l'inutilité des restrictions gouverne-mentales (dont l'accès aux médicaments opiacés) constituent les deux principales raisons de cette absence de traitement.

PRINCIPES

Le droit d'avoir accès à traitement de la douleur pour toutes les personnes sans discrimi-nation, comme stipulé dans les normes et directives professionnelles et les lois inter-nationales, devrait être respecté et appliqué dans les faits.

Les médecins et les autres professionnels de santé ont le devoir éthique d'évaluer correctement les douleurs subies par leurs patients et de leur proposer un traitement appro-

prié ce qui peut nécessiter la prescription de médicaments dont des analgésiques opiacés, à des doses appropriées. Cela s'applique aussi aux enfants et aux autres personnes qui ne sont éventuellement pas capables d'exprimer correctement les douleurs ressenties.

La formation sur la prise en charge de la douleur dont une formation clinique, des conférences et des cas pratiques, devrait figurer obligatoirement dans tous les cursus des médecins et des autres personnels de santé et dans leur formation continue. Une telle formation devrait comporter des thérapies de la douleur basées sur la preuve à la fois pharmacologiques et non pharmacologiques. La formation sur la thérapie antidouleur par les opiacés devrait indiquer les bénéfices et les risques d'une telle thérapie. Il faudrait souligner les problèmes de sécurité concernant la thérapie par les opiacés afin d'autoriser le recours à des doses adéquates d'analgésiques tout en limitant les conséquences négatives de la thérapie. De même la formation devrait inclure la détection de la douleur chez ceux qui ne sont éventuellement pas en mesure de l'exprimer dont les enfants et les personnes ayant des troubles cognitifs et mentalement handicapées.

Les gouvernements doivent veiller à ce que des médicaments contrôlés soient bien disponibles, dont les opiacés, pour soulager la douleur et les souffrances. Les agences gouvernementales de contrôle des médicaments devraient reconnaître les douleurs sévères et/ou chroniques comme une grave et fréquente question de santé et bien jauger le besoin de soulager la souffrance par rapport au potentiel d'usage illégal des médicaments analgésiques. Dans le cadre du droit à la santé, les individus confrontés à la douleur ont le droit à une prise en charge de la douleur appropriée, dont une médication efficace comme celle basée sur la morphine. Ne pas traiter la douleur est une violation du droit à la santé et éventuellement un acte médicalement non éthique.

De nombreux pays manquent des ressources nécessaires sur le plan économique, humain et logistique pour fournir des traitements antidouleurs optimaux à leurs populations. Les raisons amenant à ne pas soulager correctement la douleur doivent donc être totalement clarifiées et rendues publiques avant de proférer des accusations quant à la violation du droit à la santé.

Les politiques de contrôle des médicaments, nationales et internationales, devraient prendre en compte la nécessité de mettre à disposition et d'assurer l'accès à des médicaments contrôlés comme la morphine et les autres opiacés pour soulager la douleur et les souffrances et agir pour éviter l'utilisation illicite de ces substances contrôlées. - Les pays devraient revoir leurs politiques et réglementations sur le contrôle des médicaments afin qu'elles ne contiennent pas des dispositions restreignant inutilement la mise à disposition et l'accès à des médicaments contrôlés pour le traitement de la douleur. Là où existent des politiques inutiles ou disproportionnées en matière de restrictions, il conviendrait de les réviser afin d'assurer une bonne mise à disposition des médicaments contrôlés.

Tous les gouvernements devraient fournir les ressources nécessaires pour concevoir et instaurer un plan national de traitement de la douleur dont un mécanisme de suivi et une procédure de dépôt de plaintes lorsque la douleur est mal traitée.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LE BAHREIN

Adopté par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

L'Assemblée générale de l'AMM fait les constatations suivantes:

Un certain nombre de médecins, infirmières et autres professionnels de santé du Royaume de Bahreïn ont été arrêtés en mars 2011 suite aux troubles civils dans le pays puis jugés par des pouvoirs d'exception devant un tribunal spécial présidé par un juge militaire. Les 20 personnes du groupe ont été jugées coupables d'un certain nombre de faits et condamnées le 29 septembre 2011 à 15, 10 ou 5 ans de prison.

Ces procès ne respectent pas les normes internationales de procédure et notamment le fait que les accusés ne sont pas autorisés à s'exprimer pour se défendre, que les avocats ne sont pas non plus autorisés à interroger les témoins. Une enquête n'a pas été conduite sur les allégations des accusés et de leurs avocats relatives à des mauvais traitements, des abus et à d'autres violations des droits humains lors de leur arrestation et pendant leur détention.

Parmi les différentes accusations, il semble que la principale porte sur le fait d'avoir apporté des soins à tous les patients s'étant présentés dont les leaders et les membres de la rébellion. Les autres accusations semblent être en lien étroit avec la délivrance de ces soins ce qui n'a pas été prouvé en tout cas conformément aux normes qui prévalent dans une procédure judiciaire. Soigner des patients sans prendre en considération les circonstances de leurs blessures constitue pour ces professionnels de santé un devoir éthique tel que stipulé dans la Déclaration de Genève.

L'AMM salue donc l'annonce du gouvernement du Bahreïn en date du 6 octobre 2011 indiquant que les 20 personnes seront jugées à nouveau devant un tribunal civil.

L'AMM demande donc qu'aucun médecin ou autre professionnel de santé ne soit arrêté, accusé ou jugé pour avoir soigné des patients, quelle que soit l'origine des blessures ou de la maladie de ces patients.

L'AMM demande expressément que tous les états comprennent, respectent et honorent le concept de neutralité médicale. Cela signifie aussi assurer des conditions de travail aussi sûres que possible, même dans des situations difficiles dont les conflits armés ou les troubles civils.

L'AMM exige que pour tout individu poursuivi en justice, y compris pour les professionnels de santé, les procédures soient respectées, également lors de l'arrestation, des interrogatoires et du procès, conformément aux plus hautes normes des lois internationales.

L'AMM demande à ce que les états mènent une enquête sur toutes les allégations de torture ou de traitement cruel ou inhumain des prisonniers perpétrés par leurs agents et agissent rapidement pour mettre un terme à de tels abus.

L'AMM recommande que des assesseurs internationaux indépendants soient autorisés à suivre les procès et rencontrent en privé les accusés de manière. L'état du Bahreïn prouvera ainsi à la communauté internationale que les procédures judiciaires à venir se dérouleront de manière équitable.

L'AMM est consciente que les travailleurs sanitaires et les établissements de santé sont de plus en plus attaqués pendant les guerres, les conflits et les troubles civils. Nous exigeons que les états dans le monde entier reconnaissent, respectent et honorent le principe de la neutralité médicale et leur devoir de protection des institutions et établissements de santé pour des raisons humanitaires.

RÉSOLUTION DE L'AMM RÉAFFIRMANT LA RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LES EMBARGOS ÉCONOMIQUES ET LA SANTÉ

Adoptée par la 62e Assemblée générale, Montevidéo, Octobre 2011

L'Association Médicale Mondiale est très inquiète suite aux rapports faisant état de l'impact potentiellement grave sur la santé des sanctions économiques imposées par l'Union Européenne à l'encontre du président de la Côte d'Ivoire, Laurent Gbagbo et de nombreuses personnes et sociétés associées au régime dont deux grands sociétés portuaires liés au gouvernement de Gbagbo. Les sanctions visent à empêcher les navires enregistrés en UE de faire des affaires avec ces ports ce qui pourrait entraver la livraison des médicaments nécessaires et vitaux.

L'Assemblée Générale de l'AMM réitère la position suivante extraite de la ***Résolution de l'AMM sur les embargos économiques et la santé***:

"Chacun a le droit de préserver sa santé; et la Convention de Genève (Article 23, Numéro IV, 1949) demande la libre circulation des fournitures médicales destinées aux civils."

L'AMM demande donc urgemment à l'Union Européenne de prendre des mesures immédiates pour assurer la livraison de fournitures médicales à la Côte d'Ivoire afin de protéger la vie et la santé de la population.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
L'INDEPENDANCE DES ASSOCIATIONS MEDICALES

Adopté par la 62e Assemblée générale de l'AMM, Montevideo, Uruguay, Octobre 2011

Les Associations Médicales Nationales ont pour vocation de représenter leurs médecins et de négocier en leur nom, parfois en tant que syndicats ou instances de régulation, mais aussi en tant qu'associations professionnelles reflétant l'expertise des médecins dans le domaine de la santé publique et du bien-être.

Elles représentent les opinions de la profession médicale, y compris sa volonté d'assurer une pratique médicale éthique, des soins médicaux de bonne qualité et de faire respecter de hautes normes par tous les praticiens.

Ces associations peuvent aussi mener des campagnes ou des actions de sensibilisation/ défense au nom de leurs membres, souvent dans le domaine de la santé publique. De telles actions ne sont pas toujours appréciées des gouvernements qui peuvent éventuellement considérer qu'elles s'inscrivent dans une opposition politique alors qu'en réalité elles reposent sur une compréhension des évidences médicales et sur les besoins des patients et des populations.

L'AMM est consciente qu'en raison de ces actions de défense/sensibilisation, certains gouvernements tentent de faire taire les associations médicales en plaçant leurs propres représentants à des postes de pouvoir au sein de ces associations afin que les messages soient plus acceptables pour eux.

L'AMM dénonce de tels comportements et exige qu'aucun gouvernement n'interfère sur l'indépendance des associations médicales nationales et sur leur fonctionnement. Elle encourage les gouvernements à mieux comprendre les motivations de leurs associations médicales nationales, à considérer l'évidence médicale et à travailler avec les médecins pour améliorer la santé et le bien-être de leurs populations.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
L'EMBALLAGE NEUTRE DES CIGARETTES

Adoptée par la 63e Assemblée Générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

L'AMM reconnait que:

- Les cigarettes menacent sérieusement la vie et la santé des personnes qui les utilisent et représentent un coût considérable pour les services de santé de tous les pays.
- Les fumeurs dans leur majorité ont commencé à fumer au cours de leur adolescence.
- Il existe un lien prouvé entre le fait de reconnaître une marque et la probabilité de commencer à fumer.
- La reconnaissance de la marque est extrêmement liée à l'emballage des cigarettes.
- L'emballage neutre réduit l'impact d'une marque, la promotion et la commercialisation des cigarettes.

L'AMM encourage les gouvernements nationaux à soutenir les avancées en faveur d'un emballage neutre des cigarettes, à l'exemple du gouvernement australien, pour briser le cycle 'reconnaissance de la marque/commencer à fumer' et recommande l'adoption de cette politique aux gouvernements nationaux. L'AMM déplore les actions juridiques menées par l'industrie du tabac pour contrecarrer cette politique.

RÉSOLUTION DE L'AMM VISANT À RÉAFFIRMER L'INTERDICTION FAITE AUX MÉDECINS DE PARTICIPER À LA PEINE CAPITALE

Adoptée par la 63e Assemblée Générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

Tout le monde s'accorde à dire que les médecins ne doivent pas participer aux exécutions, cela étant incompatible avec le rôle de guérisseur qu'est celui du médecin. Le recours aux connaissances des médecins et à leur expérience clinique dans des buts autres que la promotion de la santé, du bien-être va à l'encontre du fondement éthique de la médecine, à savoir ne pas nuire avant tout.

La déclaration de Genève de l'AMM stipule ce qui suit : « Je garderai le respect absolu de la vie humaine » et « Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiques, même sous la menace. »

En tant que citoyens, les médecins ont le droit de se faire une opinion sur la peine capitale reposant sur leurs croyances morales personnelles. En tant que membres de la profession médicale, ils doivent respecter l'interdiction de toute participation à la peine capitale.

RÉSOLUTION est donc prise dans les termes suivants:

- Les médecins ne faciliteront pas l'importation ou la prescription de médicaments à des fins d'exécution.
- L'AMM réaffirme: «Qu'il est contraire à l'éthique pour les médecins de participer à la peine capitale de quelque façon que ce soit ou à quelle phase que ce soit du processus d'exécution, y compris la planification et les instructions et/ou la formation des personnes chargées de l'exécution» et
- L'AMM réaffirme: Que les médecins garderont «le respect absolu de la vie humaine» et n'utiliseront pas leurs «connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiques, même sous la menace.»

RÉSOLUTION DE L'AMM EN SOUTIEN AU PROFESSEUR CYRIL KARABUS

Adoptée par la 63e Assemblée Générale de l'AMM, Bangkok, Thaïlande, Octobre 2012

L'AMM accueille favorablement la liberté sous caution accordée le 11 octobre au Professeur Cyril Karabus âgé de 78 ans, médecin hématologue et pédiatre, compte tenu de ses conditions de santé inquiétantes. Dr Karabus été arrêté à Dubaï où il était en transit avant de rejoindre l'Afrique du Sud. Cette arrestation fait suite à de charges présumées liées à la courte période en 2002 où il a travaillé dans les EAU. Il souffre d'une pathologie cardiaque.

Le Professeur Karabus n'avait pas été informé des charges qui pesaient contre lui, pas plus du procès qui s'est tenu en son absence et consécutif au décès d'un enfant souffrant d'une leucémie aigüe et qu'il soignait durant sa mission en 2002 aux EAU. L'avocat chargé de sa défense n'a pas pu avoir accès aux documents ou dossiers relatifs à l'affaire susceptible de lui servir à assurer sa défense.

Résolution:

L'Assemblée Générale de l'AMM lance un appel urgent aux autorités des Emirats Arabes Unis pour veiller à ce que le Professeur Karabu:

- Soit assuré d'avoir un procès équitable conforme aux normes internationals
- Ait un accès aux documents ou aux informations dont il pourrait avoir besoin pour préparer sa défense.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA CRIMINALISATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Adopté par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PRÉAMBULE

Les médecins qui commettent des actes criminels sans lien avec les soins aux patients sont passibles de sanctions tout comme l'ensemble des membres de la société. De graves abus en matière de pratique médicale doivent faire l'objet de sanctions, habituellement par le biais de procédures disciplinaires professionnelles.

Les gouvernements dans le monde entier font de nombreuses tentatives pour contrôler la pratique des médecins au niveau local, régional et national. Les médecins y voient une tentative de:

- Prévenir des procédures médicalement indiquées;
- Mandater des procédures médicales qui ne sont pas indiquées; et
- Mandater certaines prescriptions de médicaments.

Des fautes pénales ont été imputées aux médecins sur divers aspects de la pratique médicale dont les erreurs médicales, en dépit de l'existence de peines non pénales adéquates. Criminaliser la prise de décision médicale dessert les patients.

En temps de guerre et de conflits civils, des tentatives ont été menées pour pénaliser les soins médicaux de compassion prodigués aux blessés lors de ces conflits.

RECOMMANDATIONS

L'AMM recommande donc que ses membres:

1. S'opposent à l'intrusion des gouvernements dans la pratique de la médecine et dans la décision d'apporter des soins, y compris à la possibilité pour les gouvernements de définir une pratique médicale appropriée par application de condamnations pénales.
2. S'opposent à la pénalisation d'un jugement médical.
3. S'oppose à la pénalisation des décisions de soins, notamment aux décisions divergentes des directives et des normes.
4. S'opposent à la pénalisation des soins médicaux prodigués à des patients blessés dans des conflits civils;
5. Instaurent des plans d'action pour alerter les leaders d'opinion, les élus et les média sur l'impact néfaste sur les soins de santé de la pénalisation des décisions médicales.
6. Soutiennent les principes énoncés dans la Déclaration de Madrid de l'AMM sur l'autonomie professionnelle et l'autorégulation.
7. Soutiennent les conseils figurant dans les Règles de l'AMM en temps de conflit armé et autres situations de violence.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA SITUATION DES SOINS DE SANTÉ EN SYRIE

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PRÉAMBULE

Pendant les guerres et les conflits armés, les hôpitaux et les autres centres médicaux sont souvent attaqués et mal utilisés, les patients et le personnel médical tués ou blessés. De telles attaques constituent une violation des Conventions de Genève (1949), des Protocoles additionnels aux Conventions de Genève (1977) et des politiques de l'Association Médi-cale Mondiale (AMM), notamment la Prise de position sur la protection et l'intégrité du personnel médical dans les conflits armés et autres situations de violence (Montevideo 2011) ainsi que les Règles de l'AMM en temps de conflit conflits armés et autres situa-tions de violence (Bangkok 2012).

L'Association Médicale Mondiale a vivement condamné les attaques signalées à l'en-contre du personnel médical et des établissements dans les conflits armés, y compris les guerres civiles. Les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels doivent servir à protéger le personnel, les centres médicaux et leurs patients dans les conflits armés internationaux et non internationaux. Les parties des deux côtés du conflit ont le devoir moral et légal de ne pas interférer sur les soins médicaux prodigués aux combattants et civils blessés ou malades et de ne pas attaquer, menacer ou entraver le travail du personnel médical. Il faut préserver et respecter la neutralité des médecins et des autres personnels de santé qui ne doivent pas être empêchés d'accomplir leurs tâches.

RECOMMANDATIONS

- L'AMM lance un appel à toutes les parties impliquées dans le conflit syrien pour que la sécurité du personnel de santé et des patients, des structures médicales et du transport médical soit assurée.
- L'AMM demande à ses membres de se rapprocher de leurs gouvernements afin de faciliter la coopération internationale aux sein des Nations Unies, de l'Union Européenne ou des autres instances internationales avec pour objectif d'assurer la fourniture sécurisée de soins de santé du peuple syrien.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR L'INTERDICTION DES ARMES CHIMIQUES

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

PRÉAMBULE

Depuis des siècles, on sait que certains agents chimiques peuvent affecter la conscience ou d'autres facteurs participant à la capacité d'un individu à prendre part à des combats, essentiellement au cours des guerres. Plus récemment, certains agents ont été utilisés pour paralyser temporairement des participants lors de troubles civils, de manifestations ou d'émeutes. L'histoire a montré qu'au cours d'une guerre, de tels agents entraînent une morbidité et mortalité importantes. Les gaz neurotoxiques et les agents apparentés font partie de ces agents.

En dépit d'une large condamnation, de telles armes ont été massivement utilisées au début du 20e siècle. Un mouvement mondial pour bannir l'utilisation de ces armes a abouti à la création de la Convention sur les armes chimiques (CAC) instaurée en 1997 après ouverture à la signature en 1993. Actuellement seuls six pays ne l'ont pas ratifiée ou n'y ont pas adhéré.

La production, le stockage et l'utilisation des AC sont interdits. Malgré cela, de telles armes ont été utilisées par les forces gouvernementales et par des acteurs non gouvernementaux dans certains pays. De par leur nature, ces armes ne font aucune distinction. Leur utilisation a causé des morts, des blessés et des souffrances humaines dans ces pays.

Les agents chimiques utilisés dans les interventions de la police y compris dans celles menées en son nom par les militaires sont autorisés par la CAC. Actuellement des discussions ont lieu sur le plan international pour définir de tels agents et les situations dans lesquelles ils peuvent être utilisés. La CAC semble supposer que de tels agents n'auront pas d'effet létal mais quel que soit l'agent, des conséquences fatales ne peuvent pas être exclues. Ceux qui les utilisent ou autorisent leur usage doivent s'assurer que ces agents ne sont pas utilisés d'une manière qui risque de tuer ou de blesser gravement les personnes ciblées.

RECOMMANDATIONS

L'AMM note que la mise au point, la production, le stockage et l'utilisation des armes chimiques sont interdits par la CAC et que l'utilisation de telles armes est considérée par certains comme un crime contre l'humanité, peu importe que les populations ciblées soient civiles ou militaires.

L'AMM demande expressément à toutes les parties concernées de s'efforcer de respecter l'interdiction de la CAC concernant la mise au point, la production, le stockage et l'utilisation des armes chimiques.

L'AMM demande instamment à tous les Etats parties de soutenir la CAC afin que tous les stocks d'armes chimiques soient sûrement détruits.

L'AMM soutient les initiatives des UN visant à identifier les responsables de l'utilisation des armes chimiques et à les poursuivre en justice.

L'AMM demande aux Etats de considérer avec attention le recours aux agents chimiques lors d'émeutes et de situations similaires, et de minimiser les risques et si possible de s'abstenir de les utiliser. Toute utilisation doit donner lieu préalablement à la mise en place des procédures nécessaires afin de limiter les risques de décès et de blessures graves. Les armes chimiques ne doivent pas être utilisées d'une manière à augmenter délibérément le risque de blessures, de dommages et ou de décès des personnes ciblées.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA NORMALISATION DANS LA PRATIQUE MÉDICALE ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Adoptée par la 194e Session du Conseil de l'AMM à Bali, Indonésie, Avril 2013
et adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

Assurer la sécurité des patients et la qualité des soins est au cœur de la pratique médicale. Des performances de haut niveau peuvent être d'une importance vitale pour les patients. Les conseils et la normalisation en matière de soins de santé doivent donc reposer sur des preuves médicales solides et prendre en compte l'éthique.

Actuellement, on observe dans l'Union Européenne une tendance à introduire des normes dans les soins cliniques, médicaux, normes qui sont élaborées par des agences de normalisation non médicales n'ayant soit pas les compétences professionnelles éthiques et techniques requises soit aucun mandat public.

L'AMM est très inquiète face à de telles tendances qui risquent de porter atteinte à la qualité des soins médicaux. Elle demande aux gouvernements et aux autres institutions de ne pas confier la normalisation des soins médicaux à des instances non médicales auto-proclamées.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LE SOUTIEN À L'ASSOCIATION MÉDICALE BRÉSILIENNE

Adoptée par la 64e Assemblée Générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

Des rapports crédibles font état d'un programme – « Mais Médicos » – conçu par le gouvernement brésilien et destiné à créer davantage d'écoles de médecine, à prolonger la formation médicale, à obliger les étudiants se trouvant en dernière année de médecine à travailler dans le secteur public et à attirer des médecins étrangers dans des zones reculées du pays et dans les banlieues les plus pauvres des grandes villes. Ce programme n'a pas fait l'objet d'une consultation de la communauté médicale et des écoles de médecine et repose sur un diagnostic erroné quant aux raisons de l'insuffisance des soins de santé au Brésil. Tel qu'il se présente, ce programme court-circuite les systèmes en place pour le contrôle des diplômes de médecine, des compétences et des connaissances linguistiques, destinés à protéger les patients.

L'Association Médicale Mondiale s'inquiète des risques encourus par les patients du fait d'un exercice de la médecine non réglementé, de l'insuffisance de compétences médicales, des possibles malentendus au niveau de la communication avec les patients et de la non compréhension de l'étiquetage des médicaments et fournitures médicales.

L'AMM dans ces conditions:

- Condamne toute politique et pratique contraire aux normes acceptées en termes d'accréditation et de soins dans le secteur médical;
- Lance un appel au gouvernement brésilien afin qu'il coopère avec la communauté médicale et les écoles de médecine sur toutes les questions relatives à la formation médicale, la certification des médecins et la pratique de la médecine, qu'il respecte le rôle de l'Association Médicale Brésilienne, porte-parole des médecins brésiliens et de la population;
- Exhorte le gouvernement brésilien, compte tenu de la gravité du sujet, à respecter le Code International d'Ethique Médicale qui guide la pratique médicale des médecins dans le monde entier.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA MALADIE VIRALE EBOLA

Adoptée par la 65e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

CONTEXTE

Un certain nombre de maladies virales ont donné lieu à des urgences sanitaires dans certaines régions d'Afrique, sous la forme d'épidémie ou de pandémie. Parmi celles-ci figurent les maladies à virus Lassa, Marburg et Ebola (MVE). La flambée de MVE en 2013-2014 en Afrique de l'Ouest s'est avérée plus difficile à contenir que les épidémies précédentes et touche à présent la Sierra Leone, le Liberia et la Guinée avec plus de 2000 morts. Cette épidémie semble s'accompagner d'une mortalité d'env. 55% alors que les pourcentages varient de 50 à 95% pour MVE.

Après contamination, pendant une période de 2 à 21 jours, les patients ne présentent pas de symptômes et les tests pour le virus sont négatifs. Les patients ne sont pas contagieux et ne constituent donc pas un risque de santé publique. Une fois les symptômes apparus, MVE se propage par contact avec les fluides corporels dont le sang. La diarrhée, les nausées et les saignements font partie des symptômes et tous ces fluides corporels sont potentiellement des sources de contamination.

La prise en charge commence par un contrôle de l'infection, le port d'un équipement de protection personnel (EPP) pour le personnel soignant et pour ceux chargés de l'élimination des fluides corporels et des corps ainsi que par des soins dispensés aux patients malades avec recours à des solutions intraveineuses et des agents inotropes. Le traçage des contacts est également important mais peut s'avérer difficile dans de nombreuses communautés touchées actuellement. Les vaccins sont en cours de développement tout comme certains antiviraux. Ils ne seront pas disponibles avant un certain temps et seulement lorsque leur efficacité aura été prouvée.

Le personnel soignant au sein des communautés infectées pointe un manque évident de ressources et notamment de personnel et d'EPP ainsi qu'un manque de formation à la lutte contre les infections du personnel de santé, du personnel soignant et des autres personnes impliquées. Combattre l'épidémie n'en est que plus difficile.

Pour répondre à l'urgence certains gouvernements ont fait savoir qu'ils allaient construire de nouveaux centres de soins dans les zones touchées. D'autres fournissent directement des équipements de protection personnels et d'autres fournitures.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM rend hommage à ceux qui travaillent dans ces circonstances exception-

nelles et recommande vivement que les gouvernements nationaux et les agences internationales offrent aux parties intéressées une formation et une assistance pour réduire les risques qu'ils encourent en traitant les patients et en tentant de maitriser l'épidémie.

2. L'AMM salue les pays qui ont mobilisé des ressources pour la mise au point de nouveaux traitements et la création de centres d'isolement dans les pays et régions lourdement touchés. L'AMM demande à tous les pays un soutien renforcé afin de lutter contre l'épidémie de MVE.

3. L'AMM demande à la communauté internationale, via les Nations Unies et ses agences ainsi que les organismes d'aide internationale, de fournir immédiatement les EPP nécessaires au personnel soignant et au personnel auxiliaire afin de limiter le risque d'infection croisée. Il fau t y inclure la fourniture de gants adéquats, de masques et de blouses. Les centres de soins à tous les niveaux doivent aussi être approvisionnés.

4. L'AMM demande à ceux chargés de la gestion de l'épidémie, agences et gouvernements locaux et nationaux comme par ex. l'OMS, d'assurer une formation adéquate à la lutte contre les infections ce qui inclut les EPP pour tout le personnel susceptible d'être en contact avec des substances infectieuses.

5. L'AMM demande aux gouvernements nationaux et locaux d'intensifier la communication au niveau public des pratiques basiques de lutte contre l'infection.

6. L'AMM demande à l'OMS de faciliter la recherche d'une meilleure efficacité et rapidité des interventions internationales afin que la planification et la réponse aux futures urgences sanitaires soient améliorées.

7. L'AMM demande expressément à tous les pays, notamment ceux qui ne sont pas encore touchés, d'instruire les prestataires de soins sur la définition actuelle du cas en plus d'un renforcement des méthodes de contrôle de l'infection et du traçage des contacts afin de prévenir la transmission dans leurs pays.

8. L'AMM demande aux AMN de prendre contact avec leurs gouvernements pour agir conformément à ce qui est décrit dans ce document.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS MIGRANTS AU QATAR

Adoptée par la 65e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

PREAMBULE

Des rapports crédibles signalent que les travailleurs migrants au Qatar sont exploités et que leurs droits sont violés. Les besoins basiques des travailleurs, par ex. l'accès à l'eau et à la nourriture en quantité suffisante, ne sont pas satisfaits. Moins de la moitié des travailleurs peuvent bénéficier de soins. Des centaines de travailleurs sont déjà décédés sur les chantiers de construction depuis 2010, le pays se préparant à accueillir la Coupe du Monde de la FIFA[1] en 2022. Les travailleurs ne sont pas libres de partir lorsque leur situation est sans espoir ou leur santé mise en péril car on leur a confisqué leurs passeports.

Malgré les appels lancés par les organisations internationales du travail et des droits humains telles que la CIS (Confédération Internationale des Syndicats) et Amnesty International, le gouvernement du Qatar n'a pas fourni une réponse adéquate pour régler la situation. La FIFA a été inefficace et ne s'est pas montrée pleinement responsable pour faciliter l'amélioration des conditions de vie et de travail des travailleurs.

L'Association Médicale Mondiale rappelle que la santé est un droit humain qui devrait être préservé dans toutes les situations.

L'Association Médicale Mondiale s'inquiète de constater que les travailleurs migrants courent continuellement des risques sur les chantiers de construction au Qatar et que leur droit à la liberté de mouvement et aux soins de santé ainsi qu'à des conditions de travail sûres n'est pas respecté.

RECOMMANDATIONS

1. L'AMM exhorte le gouvernement du Qatar et les entreprises du bâtiment à veiller à la santé et à la sécurité des travailleurs migrants;

2. L'AMM demande à la FIFA en tant qu'organisation responsable de la Coupe du monde d'agir immédiatement pour en changer le lieu dès que possible;

3. L'AMM lance un appel à ses membres pour qu'ils se rapprochent des gouverne-ments locaux afin de faciliter la coopération internationale avec pour objectif de garantir la santé et la sécurité des travailleurs migrants au Qatar.

---

[1] Fédération Internationale de Football Association

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LES THÉRAPIES NON PROUVÉES ET LE VIRUS EBOLA

Adoptée par la 65e Assemblée Générale de l'AMM, Durban, Afrique du Sud, Octobre 2014

Dans le cas du virus Ebola, l'AMM soutient fermement l'intention du paragraphe 37 de la Déclaration d'Helsinki révisée en 2013, à savoir:

Dans le cadre du traitement d'un patient, faute d'interventions avérées ou faute d'efficacité de ces interventions, le médecin, après avoir sollicité les conseils d'experts et avec le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal, peut recourir à une intervention non avérée si, selon son appréciation professionnelle, elle offre une chance de sauver la vie, rétablir la santé ou alléger les souffrances du patient. Cette intervention devrait faire l'objet d'une recherche pour en évaluer la sécurité et l'efficacité. Dans tous les cas, les nouvelles informations doivent être enregistrées et, le cas échéant, rendues publiques.

RÉSOLUTION DE L'AMM POUR LA FIN DES ATTAQUES CONTRE LE PERSONNEL DE SANTÉ ET LES CENTRES DE SOINS EN TURQUIE

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

PREAMBULE

Plusieurs média signalent que depuis ces deux derniers mois de conflit en Turquie des membres du personnel de santé ont été tués, blessés ou menacés par une arme. Certains médecins ont été extirpés des ambulances et battus. Les forces de sécurité bloquent l'accès aux blessés et des ambulances ainsi que des centres de soins sont régulièrement pris pour cibles. Une étude assez poussée menée par l'Association Médicale Turque confirme ces agissements.

Tout indique que les attaques menées contre le personnel de santé et les obstacles à la fourniture de soins sont politiquement délibérés et à des fins d'intimidation, privant ainsi les personnes concernées de leurs droits démocratiques.

Les parties impliquées dans les conflits armés ont l'obligation de protéger la fourniture de soins aux blessés et aux malades et de prévenir les attaques ou les menaces à l'encontre de l'exercice médical, du personnel soignant et des centres de soins. Les médecins et les autres membres du personnel de santé ne devraient pas être empêchés de remplir leur mission. De telles attaques constituent une violation flagrante des droits humains internationaux, notamment du droit inhérent à la vie qui doit être protégé par la loi et le droit à jouir des plus hautes normes de santé[1].

Ces attaques sapent gravement aussi les principes fondamentaux de l'éthique médicale, notamment le Code International d'Ethique médicale de l'AMM et les Principes Ethiques des soins de santé en temps de conflit armé et autres situations d'urgence, adoptés par les organisations de santé civiles et militaires[2], stipulant que : « Le personnel de santé, les structures et moyens de transport sanitaires, qu'ils soient militaires ou civils, doivent être respectés par tous. Le personnel de santé est protégé dans l'exercice de ses fonctions et doit pouvoir faire son travail dans les meilleures conditions de sécurité possibles. »

RECOMMANDATIONS

L'AMM exhorte toutes les parties à :

1. Cesser les attaques contre le personnel de santé et les patients, les établissements de santé et les ambulances et assurer leur sécurité,

2. Respecter l'autonomie professionnelle et l'impartialité du personnel de santé,
3. Se conformer intégralement à la loi sur les droits humains internationaux ainsi qu'à toute autre réglementation internationale auxquelles a souscrit la Turquie en tant qu'Etat Membre et
4. Documenter et enregistrer toutes les violations et en poursuivre les auteurs comme il se doit.

[1] Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels, article 12 Décembre 1966
[2] Adopté par le CICR, l'AMM, le Comité International de Médecine militaire (CIMM), le Conseil international des infirmières (CII) et la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) – Juin 2015

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LE BOMBARDEMENT DE L'HOPITAL DE MSF A KUNDUZ

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

Après les évènements du 3 octobre à Kunduz (Afghanistan), l'AMM :

- Adresse ses plus sincères condoléances aux familles, collègues et amis des médecins, du personnel soignant et des patients tués dans le bombardement.
- Regrette et condamne vivement le bombardement de l'hôpital de MSF, en le considérant comme une violation des droits humains.
- Réaffirme ses prises de position sur les « Soins de santé en danger » et lance un appel à tous les pays pour le respect du personnel de santé dans les situations de conflit.
- Demande qu'une enquête soit lancée immédiatement par une organisation indépendante et que les auteurs de ce bombardement assument leurs responsabilités.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LA CRISE MONDIALE DES RÉFUGIÉS

Adoptée par la 66e Assemblée Générale de l'AMM, Moscou, Russie, Octobre 2015

L'AMM reconnaît que les mouvements de masse suivent souvent les catastrophes liées aux conflits armés ou aux phénomènes naturels, les populations cherchant à échapper au danger et au dénuement. Les mouvements de masse actuels des populations tentant d'échapper aux conséquences des conflits armés – bombardements, absence d'accès aux services et à l'eau potable, destruction des maisons, écoles et hôpitaux –sont d'une ampleur supérieure à tout autre mouvement de masse des populations au cours des 70 dernières années.

L'AMM reconnaît l'inquiétude des pays quant à leur capacité à absorber un grand nombre de migrants mais aussi que les personnes fuyant la guerre ou les phénomènes naturels le font par désespoir et souvent dans des conditions mettant leur vie en danger. Ces personnes craignent pour leur vie, leur sécurité et celle de leurs familles les accompagnant.

La plupart des pays ont signé des traités internationaux où ils s'engagent à apporter aide et assistance aux réfugiés et aux demandeurs d'asile. Selon l'AMM, en présence d'évènements générant des crises de réfugiés tels que les conflits en cours, les gouvernements doivent intensifier leurs efforts pour fournir une assistance à ceux dans le besoin.

Cette assistance devrait inclure un passage sécurisé pour les réfugiés et un soutien approprié après leur entrée dans le pays d'accueil. En reconnaissant que le désastre qu'ils ont fui et les vicissitudes de leur périple peuvent entraîner des problèmes de santé, il est essentiel que les pays d'accueil mettent en place des systèmes assurant les soins médicaux des réfugiés.

Les gouvernements devraient chercher à garantir aux réfugiés et aux demandeurs d'asile de vivre dignement dans le pays d'accueil et faire tous les efforts pour leur intégration dans leur nouvelle société. La communauté internationale devrait tenter d'obtenir une solution pacifique en Syrie permettant à la population d'être en sécurité chez elle ou pour ceux ayant déjà quitté le pays, de pouvoir revenir chez eux en sécurité.

L'AMM reconnaît que les mouvements de masse des populations peuvent créer de grosses tensions dans les populations des pays d'accueil ou chez ceux ayant le statut de réfugiés. A notre avis, les gouvernements et les agences internationales dont les Nations Unies doivent faire davantage d'efforts concertés pour réduire les pressions conduisant à de tels mouvements, y compris des secours rapides après un phénomène naturel, et pour éviter ou stopper les conflits armés. Restaurer la sécurité alimentaire et l'approvisionnement en eau,

redonner un toit, assurer l'éducation et les soins médicaux et améliorer la sécurité publique, tout cela devrait avoir un impact significatif et réduire le nombre de réfugiés.

L'AMM :

- Reconnaît que le passage au statut de réfugié est dommageable pour la santé physique et mentale ;
- Félicite les pays qui ont accueilli et pris en charge les réfugiés, notamment ceux fuyant actuellement la Syrie;
- Demande aux autres pays de faire preuve d'une plus grande volonté pour accueillir les réfugiés et les demandeurs d'asile ;
- Demande aux gouvernements de garantir aux réfugiés et aux demandeurs d'asile de vivre dignement en leur fournissant un accès aux services essentiels;
- Demande à tous les gouvernements d'œuvrer ensemble pour mettre un terme aux conflits locaux, régionaux et internationaux et protéger la santé, la sécurité des populations ;
- Demande à tous les gouvernements de coopérer pour fournir une aide immédiate aux pays confrontés à des phénomènes naturels en ayant à l'esprit que ceux déjà les plus défavorisés sur le plan socio-économique seront confrontés aux plus grands défis ;
- Demande aux média mondiaux de traiter la crise des réfugiés en respectant la dignité des réfugiés et des personnes déplacées et d'éviter le sectarisme et les préjudices raciaux ou autres dans leur traitement de la crise.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LA PROTECTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DU PERSONNEL EN SYRIE

Adoptée par la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PRÉAMBULE

L'Association Médicale Mondiale (AMM) note avec une grande inquiétude les attaques récentes et répétées des établissements de santé, des personnels de santé et des patients en Syrie, notamment à Alep. Ces attaques ont tué et blessé des civils et les plus vulnérables d'entre eux, les enfants et les patients. Depuis le début de la guerre en Syrie en 2011, on estime à 270 le nombre d'établissements de santé attaqués et à 760 le nombre de soignants tués. L'AMM est profondément inquiète de cette situation d'autant que les établissements de santé et le personnel devraient, conformément à la loi internationale, être protégés par les parties prenantes du conflit.

L'AMM dans ces conditions:

Regrette et condamne profondément les bombardements récents et répétés des hôpitaux d'Alep, en estimant qu'il s'agit là d'une violation des droits humains;

Réaffirme sa prise de position sur « Les soins de santé en danger » et demande que tous les pays assurent la sécurité du personnel de santé et des patients dans les situations de conflit;

Lance un appel à tous les pays pour que soit totalement appliquée la Résolution des NU 2286 (2016) qui demande à toutes les parties impliquées dans des conflits armés de remplir intégralement leurs obligations fixées par la loi internationale, à savoir assurer le respect et la protection de tout le personnel médical et humanitaire uniquement engagé dans des missions médicales, de tous leurs moyens de transport et équipements ainsi que des hôpitaux et autres établissements de santé;

Demande une enquête immédiate et impartiale sur les attaques des établissements de santé et du personnel et des actions à l'encontre des responsables, conformément à la loi du pays et la loi internationale.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL ET DANS L'ENVIRONNEMENT

Adoptée par la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PRÉAMBULE

La santé et la sécurité au travail et dans l'environnement (OEHS) font intégralement partie de la santé publique et du système de soins de santé primaires (SSP) en particulier parce qu'il s'agit du premier niveau de contact des personnes, de la famille et de la communauté avec un système de santé, en rapprochant les soins de santé au plus près possible de l'endroit où vivent et travaillent personnes.[1]

Les travailleurs représentent au moins la moitié de la population mondiale et sont la colonne vertébrale de nombreuses économies. Il se peut cependant qu'ils n'aient qu'un accès minimal aux services de santé professionnels et environnementaux[2]. Un travail décent répond aux aspirations des personnes dans leur vie professionnelle. Cela implique des possibilités de travailler de manière productive et rémunératrice, la sécurité sur le lieu de travail et une protection sociale pour la famille, de meilleures perspectives d'évolution personnelle et d'intégration sociale, la liberté d'exprimer ses préoccupations, d'organiser et de participer aux décisions affectant leur vie et l'égalité en matière d'opportunités et de traitement pour toutes les femmes et tous les hommes.

Toutes les 15 secondes, un travailleur décède d'une maladie ou d'un accident du travail[3] et chaque année il y a 160 millions de cas de maladies liées au travail/professionnelles ; 313 millions d'accidents du travail se produisent chaque année et plus de 2,3 millions de personnes meurent suite à des accidents de travail et des maladies professionnelles[4].

Malgré cela, la proportion d'accidents du travail et de maladies professionnelles enregistrés et déclarés est incroyablement faible. En fait, moins de 1% des maladies professionnelles estimées sont enregistrées.[5]

Les objectifs de développement durable 3, 5, 8 et 13 du Programme de développement des Nations Unies appellent à agir pour promouvoir la santé pour tous à tous les âges, l'égalité de genre, un travail décent et la gestion de l'impact des changements climatiques ; l'OEHS est bien placée pour agir positivement sur le lieu de travail en faveur de tous les objectifs de développement durable ci-dessus mentionnés.

Les médecins ont un rôle crucial à jouer en matière de prévention/protection, de diagnostic, de traitement et de signalement des accidents du travail et des maladies

professionnelles. Les informations, les compétences et les attributions des médecins forment la base des modèles de services variables d'un pays à l'autre et constituent les éléments clés pour traiter l'OEHS. De plus, les médecins devraient faire leur possible pour une intégration à la vie professionnelle afin que même les employés handicapés puissent demeurer intégrés dans une vie professionnelle décente.

De nombreux gouvernements et organisations d'employeurs et de travailleurs mettent désormais davantage l'accent sur la prévention des maladies professionnelles. Même ainsi, la prévention ne bénéficie pas de la priorité qu'elle mérite au vu de l'ampleur et de la gravité de l'épidémie de maladies professionnelles.

Les médecins et les Associations Médicales Nationales peuvent contribuer à identifier les problèmes, à établir des systèmes de signalement nationaux et à formuler des politiques adaptées dans le domaine de l'OEHS.

Des conditions de travail insatisfaisantes et insécurisées jouent un rôle majeur dans le développement de maladies et d'accidents professionnels qui à leur tour sont une cause de mortalité parmi les travailleurs. Les femmes subissent le fardeau du travail qui souvent les fragilise davantage dans la vie professionnelle.

RECOMMANDATIONS

Les médecins devraient jouer un rôle central dans le développement d'une main d'œuvre formée aux déterminants sociaux de la santé et à même de sensibiliser sur le lieu de travail aux déterminants sociaux de la santé.

Il faudrait accorder à l'OEHS l'importance requise à la fois dans les études de médecine universitaires et postuniversitaires.

Tous les travailleurs devraient avoir accès aux services de l'OEHS basés sur les risques dès leur premier jour de travail et au-delà de leur dernier jour de travail car les maladies professionnelles ont une longue période de latence. Le contenu des services devrait être standardisé et le rôle des médecins devrait être reconnu dans la planification et la mise en place des systèmes de l'OEHS qui sont essentiellement d'ordre préventif et protecteur.

Les Associations Médicales Nationales devraient agir activement et encourager la portée des services de l'OEHS, prévenir et réduire les maladies et les accidents professionnels, la santé reproductive et protéger l'environnement. Elles devraient aussi promouvoir l'égalité de genre sur le lieu de travail et améliorer les systèmes d'enregistrement et de signalement. De plus, elles devraient s'axer sur le développement de capacités, l'enseignement et la formation, la recherche collaborative et améliorer les qualifications de leurs membres dans ce domaine.

Les Associations Médicales Nationales, avec les gouvernements, devraient jouer un rôle actif, le cas échéant, dans la formulation et la création de « systèmes nationaux facilitant la prévention de l'OEHS et l'enregistrement et le signalement des maladies professionnelles » dans leurs pays respectifs et amener leurs médecins membres à faire des efforts dans ce domaine.

Les maladies et accidents professionnels sont souvent traités dans le contexte des assurances et des indemnisations. En l'absence de ces dernières, les Associations Médicales Nationales devraient plaider pour la protection des travailleurs via des mécanismes d'assurance ou de sécurité sociale.

Les Associations Médicales Nationales devraient s'impliquer pour établir une « causalité médicale » dans le contexte du signalement des accidents et des maladies, informer le public que l'impact sur la santé des dangers et des facteurs de risques inhérents à la vie professionnelle peut être estimé et enregistré uniquement via un système de signalement bien conçu.

En tant que partie impliquée dans les soins médicaux, les médecins chargés d'évaluer l'indemnisation des travailleurs devraient être accrédités dans le domaine de la médecine de travail et de la médecine environnementale. Le premier contact peut être avec le médecin traitant du patient qui devrait systématiquement obtenir l'historique des expositions professionnelle et environnementale du patient. Si le médecin établit une relation entre le diagnostic et ces expositions, il doit le signaler aux autorités concernées et idéalement adresser le patient pour un contrôle auprès d'un médecin accrédité dans le domaine de la médecine de travail et de la médecine environnementale.

Les Associations Médicales Nationales devraient envisager de créer une instance interne en charge des problèmes des médecins exerçant dans ce domaine et les encourager à contribuer aux études scientifiques dans ce même domaine.

Les Associations Médicales Nationales devraient promouvoir les opportunités offertes aux médecins de bénéficier dans leur pratique professionnelle quotidienne de systèmes identifiant les risques et dangers environnementaux/ professionnels impactant la santé et la sécurité des travailleurs y compris des femmes enceintes. Dans ce contexte, mis à part les listes de classification internationale des maladies de l'OMS et de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), il faudrait promouvoir un système pratique à utiliser pour « explorer, enregistrer et signaler les risques et facteurs environnementaux » que les médecins pourraient utiliser facilement.

Les gouvernements devraient collaborer à la création d'un système international d'évaluation des dangers professionnels et développer des stratégies pour protéger la santé des travailleurs.

Les gouvernements devraient établir des cadres législatifs protégeant les droits et la santé des travailleurs, y compris la santé reproductive et l'impact sanitaire du travail à domicile.

La participation active des organisations d'employeurs et de travailleurs est essentielle pour établir des politiques nationales et des programmes de prévention des maladies professionnelles.

Les employeurs devraient assurer un environnement de travail sûr, reconnaître et prendre en considération l'impact de mauvaises conditions de travail sur les personnes et sur la société.

Dans le cadre des services fournis à un employeur, les médecins devraient plaider pour que les employeurs remplissent les conditions minimales énoncées dans les standards professionnels de l'OIT, notamment lorsque de telles conditions ne figurent pas dans la

législation nationale. Les médecins doivent conserver leur autonomie et leur indépendance vis-à-vis des employeurs.

[1] Organisation Mondiale de la Santé : Déclaration d'Alma Ata : Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978.

[2] Organisation Mondiale de la Santé : Santé des travailleurs : plan mondial d'action AMS 60.26

[3] Organisation Internationale du Travail (Internet). Sécurité et santé au travail. OIT ; (mise à jour 2016; cité 19 janvier 2016). Disponible auprès de http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang–en/index.htm

[4] Sécurité et santé au travail, OIT

La prévention des maladies professionnelles. Journée Mondiale de la sécurité et de la santé au travail 28 avril 2013

[5] La prévention des maladies professionnelles. Journée Mondiale de la sécurité et de la santé au travail 28 avril 2013

Système national d'enregistrement et de notification des maladies professionnelles – Guide pratique

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé apparentés (ICD-10) Dans Santé professionnelle. Organisation Mondiale de la Santé Genève 1999.

Améliorer la santé des travailleurs dans le monde : Mise en place du plan mondial d'action de l'OMS sur la santé des travailleurs. GOHNET NEWSLETTER N°22. Edition Novembre 2013

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LES RÉFUGIÉS ET LES MIGRANTS

Adoptée par la 203e Session du Conseil de l'AMM à Buenos Aires, Avril 2016
comme résolution du Conseil
et adoptée par la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

PREAMBULE

Actuellement, un très grand nombre de personnes cherchent un refuge et/ou sont demandeurs d'asile ; certaines fuient les zones de guerre ou d'autres conflits, d'autres fuient la pauvreté, la violence et d'autres terribles injustices et mauvais traitements. L'impact sur la santé mentale et physique peut être très délétère.

La communauté mondiale s'est mal préparée à gérer la crise des réfugiés, notamment à traiter les besoins sanitaires des personnes à la recherche d'un refuge.

L'AMM considère que la migration de masse se poursuivra à moins que les personnes ne se contentent de demeurer dans leur pays de naissance car elles y entrevoient des opportunités de vivre relativement en paix et en sécurité pour elles et leurs familles, de se réaliser de diverses manières, y compris en améliorant leur situation économique. La communauté mondiale porte la responsabilité de tenter d'améliorer la situation de toutes les populations dont celles des pays actuellement les plus défavorisés sur le plan économique et confrontés à d'autres éléments majeurs. Le développement durable donnera à toutes les populations davantage de sécurité et d'options économiques.

L'AMM considère que la guerre et d'autres conflits armés dont les troubles civils permanents, l'instabilité et la violence conduiront immanquablement à des mouvements de population. Plus le conflit est grave, plus le pourcentage de personnes voulant quitter la zone de conflit est élevé. La communauté mondiale, notamment les leaders politiques, ont le devoir d'œuvrer en faveur de la paix et de la résolution des conflits.

L'AMM reconnaît et condamne la migration forcée qui est inhumaine et doit être stoppée. De tels cas devraient faire l'objet d'un renvoi vers la Cour Pénale Internationale.

PRINCIPES

1. L'AMM réitère la Prise de position de l'AMM sur les soins médicaux pour les réfugiés, adoptée à l'origine à Ottawa, Canada en 1998 dont la teneur est la suivante :

    - Les médecins ont, quel que soit l'état civil ou politique de leurs patients, le devoir de fournir des soins médicaux appropriés et les gouvernements ne

doivent pas refuser aux patients le droit de recevoir de tels soins, ni empêcher les médecins de remplir leurs obligations de soins basées uniquement sur les nécessités cliniques.

- Les médecins ne peuvent pas être contraints de participer à une action punitive ou judiciaire impliquant des réfugiés dont les demandeurs d'asile, les demandeurs d'asile non admis et les émigrants sans papiers ou des personnes déplacées internes ou d'effectuer des diagnostics ou des traitements médicalement non justifiés tel que l'administration d'un sédatif afin de faciliter leur expulsion d'un pays ou leur déplacement géographique.
- Les médecins doivent disposer de suffisamment de temps et de ressources pour évaluer l'état physique et psychologique des réfugiés à la recherche d'un d'asile.
- Les Associations Médicales Nationales et les médecins devraient activement soutenir et promouvoir le droit pour tous de bénéficier de soins médicaux basés uniquement sur les nécessités cliniques et dénoncer les législations et les pratiques qui violent ce droit fondamental.

2. L'AMM exhorte les gouvernements et les autorités locales à assurer un accès à des soins de santé appropriés ainsi que des conditions de vie décentes à tous quel que soit leur statut juridique.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
L'INFECTION PAR LE VIRUS ZIKA

Adoptée par la 203e Session du Conseil de l'AMM à Buenos Aires, Avril 2016
comme résolution du Conseil
et adoptée par la 67e Assemblée Générale de l'AMM, Taipei, Taiwan, Octobre 2016

Reconnaissant que l'OMS considère l'infection par le virus Zika comme une urgence sanitaire mondiale, l'AMM énonce les recommandations suivantes :

1. L'OMS coopère avec ECDC, CDC et d'autres organisations de contrôle des maladies pour mieux comprendre l'histoire naturelle et l'épidémiologie actuelle de l'infection par le virus.
2. Les informations doivent être largement diffusées afin de conseiller et de protéger toutes les femmes et les hommes qui vivent ou voyagent dans des zones touchées par Zika et qui envisagent d'avoir un enfant. Parmi les conseils doivent également figurer des recommandations pour les femmes déjà enceintes et susceptibles d'avoir été directement exposées au virus Zika ou dont les partenaires vivent ou ont voyagé dans les zones touchées par Zika.
3. Les agences compétentes dont l'OMS devraient collecter des données sur l'efficacité des méthodes de contrôle du moustique, y compris sur la nocivité potentielle ou sur les effets tératogènes de l'utilisation de divers insecticides.
4. Le travail à faire sur les tests diagnostiques, les antiviraux et les vaccins devrait se poursuivre en mettant l'accent sur la fabrication d'un produit sûr pour les femmes enceintes. La recherche sur un tel produit devrait faire l'objet d'un financement public. Lorsque de tels produits seront mis au point, les états devront veiller à leur mise à disposition et leur accès aux personnes courant le plus de risques.
5. Les Etats ayant constaté la naissance d'un certain nombre de bébés avec une microcéphalie et d'autres anomalies du cerveau fœtal doivent s'assurer que ces nouveaux-nés seront correctement suivis par les services de santé et autres, que les familles bénéficieront d'une assistance pour un enfant présentant des anomalies de croissance. Dans la mesure du possible, les recherches sur les conséquences d'une microcéphalie devraient être publiées afin de mieux informer les futurs parents et permettre la mise à disposition d'excellents services.

RÉSOLUTION DE L'AMM
RELATIVE À LA POLOGNE

Adoptée par la 207e Session du Conseil de l'AMM à Chicago, Octobre 2017
comme résolution du Conseil
et adoptée par la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

CONTEXTE

Les médecins en cours de spécialisation en Pologne protestent contre le manque de financement des services de santé, qui constitue un obstacle à l'accès de la population aux soins de santé et les salaires très faibles pour les médecins en formation à des fins de spécialisation. Les dépenses de santé actuelles en Pologne représentent 6,1 % du PIB (lorsque la moyenne mondiale s'élève à 9 %). Les médecins en cours de spécialisation reçoivent un salaire compris entre 510 et 518 euros après retrait des impôts et nombre d'entre eux doivent occuper plusieurs emplois pour pouvoir se loger et vivre décemment.

Depuis plus de huit jours, certains médecins ont entamé une grève de la faim à Varsovie, alors que des négociations étaient en cours. Ces négociations ont maintenant capoté.

RÉSOLUTION

L'Association médicale mondiale observe avec une grande préoccupation le litige entre les médecins en cours de spécialisation et le gouvernement polonais qui porte sur le financement du secteur de la santé et le salaire des jeunes médecins, dont beaucoup sont obligés d'occuper plusieurs emplois pour vivre décemment.

Nous constatons qu'un certain nombre de médecins sont actuellement, et depuis plusieurs jours, en grève de la faim et que les négociations avec le ministre de la Santé sont rompues.

Il est indispensable qu'une solution soit trouvée avant que ces médecins ne subissent des conséquences irréversibles, voire perdent la vie, en essayant d'améliorer leurs conditions de travail et celles de leurs collègues. Il est également essentiel d'accroître le financement des soins de santé pour la population dans son ensemble.

Nous exhortons le Premier ministre à reprendre la main et à négocier une solution acceptable qui permette de préserver la vie des médecins en cours de spécialisation et en particulier ceux qui sont actuellement en grève de la faim, tout en profitant de cette occasion pour accroître le financement des services de santé, au bénéfice de toute la population.

Nous, médecins de l'Association médicale mondiale, sommes solidaires avec les médecins en Pologne.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LES EXAMENS ANAUX FORCÉS POUR APPORTER LA PREUVE D'ACTIVITÉS HOMOSEXUELLES

Adoptée par la 68e Assemblée Générale de l'AMM à Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

PRÉAMBULE

1. La déclaration de Tokyo de l'Association médicale mondiale interdit formellement au personnel médical de participer à des actes de torture ou à d'autres formes de traitement cruel, inhumain ou dégradant et les appelle à préserver la confidentialité des informations médicales.

2. Les « Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » interdisent en outre au personnel de santé, en particulier aux médecins, de se livrer, activement ou passivement à des actes par lesquels ils se rendent coauteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants ».

3. Depuis 2011, dans au moins huit pays, le personnel médical a participé à des examens anaux forcés d'hommes et de femmes transgenres, accusés de relations sexuelles entre adultes consentants du même sexe, en vue de prouver cette accusation.

4. Le Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et d'autres formes de traitement cruel, inhumain et dégradant a décrit les examens anaux forcés comme une forme de torture ou de traitement cruel, inhumain et dégradant « médicalement infondé ».

5. En outre, le groupe indépendant d'experts légistes, composé de spécialistes de la médecine médico-légale du monde entier, a établi que « l'examen n'a aucune valeur pour détecter des anomalies de la tonicité du sphincter anal pouvant être attribuées de façon crédible à des rapports sexuels anaux consentis ».

6. L'AMM est profondément choquée de la complicité du personnel médical dans ces examens non volontaires et non scientifiques, y compris dans la préparation de rapports médicaux utilisés au cours de procès visant à condamner des hommes et des femmes transgenres pour relations sexuelles consenties avec des personnes du même sexe.

7. Bien que des membres du personnel médical mettent en avant le fait que les personnes accusées donnent leur consentement pour de tels examens, la capacité de personnes en détention de donner un consentement libre et éclairé est limitée. Même lorsque ce consentement est librement donné, le personnel médical devrait s'abstenir d'effectuer

des actes médicalement infondés, discriminatoires et potentiellement incriminants.

RECOMMANDATIONS

Reconnaissant que les personnes qui ont subi des examens anaux forcés ont décrit ces examens comme douloureux, humiliants et s'apparentant à des agressions sexuelles, l'AMM :

8. Appelle ses membres et les autres professionnels de santé à s'abstenir de participer à des examens anaux forcés ;

9. Demande expressément aux associations médicales nationales de rédiger des règles écrites interdisant à leurs membres de participer à de tels examens.

10. Demande expressément aux associations médicales nationales de former les médecins et les professionnels de santé à la nature non scientifique des examens anaux forcés et de leur faire savoir qu'il s'agit d'une forme torture ou d'un traitement cruel, inhumain et dégradant.

11. Appelle l'Organisation mondiale de la santé à prendre officiellement position pour condamner les examens anaux forcés visant à prouver des relations sexuelles entre personnes du même sexe en tant que violation de l'éthique médicale, scientifiquement infondés.

RÉSOLUTION DE L'AMM
SUR
LES MIGRATIONS

Adoptée par la 69e Assemblée Générale de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018

Nous faisons face aujourd'hui à des tendances migratoires accrues au niveau mondial. Cette situation, loin d'avoir trouvé une solution, s'est empirée au cours des derniers mois, exacerbée par des évènements politiques, sociaux et économiques et a des conséquences graves sur les personnes, dégradant leur qualité de vie et dans certains cas, les mettant en danger de mort. De telles situations entravent leur droit fondamental à la santé et dans de nombreux cas les forcent à abandonner leur pays à la recherche d'une vie meilleure.

Les migrations internationales constituent un phénomène mondial, causé par des facteurs multiples, parmi lesquels les inégalités démographiques et économiques entre les pays, les conflits armés, la faim et les catastrophes naturelles. Les politiques migratoires adoptées par la plupart des pays d'accueil deviennent de plus en plus restrictives à l'endroit des migrants économiques.

L'Association médicale mondiale (AMM) considère que la santé est un besoin primaire, un droit humain et l'un des principaux moteurs du développement économique et social. L'accroissement des migrations est un phénomène lié aux progrès et aux tendances à l'œuvre en ce début de XXIe siècle.

L'AMM réaffirme la résolution sur les réfugiés et les migrants qu'elle avait adoptée en octobre 2016.

L'AMM, ses membres constituants et la communauté internationale de la santé devraient plaider pour :

1. un engagement fort et continu des médecins pour la défense des droits humains et la dignité de tous les peuples à travers le monde, et pour la lutte contre la souffrance, la douleur et la maladie ;
2. la priorisation des soins pour tous les êtres humains sur tout autre intérêt ou considération ;
3. la fourniture des soins de santé nécessaires, par la coopération internationale au bénéfice des pays qui reçoivent et accueillent le plus grand nombre de migrants ;
4. que les gouvernements parviennent à des accords politiques qui permettent d'accorder les ressources de santé nécessaires à la prestation de soins de manière adéquate et coordonnée aux personnes en situation de migration.

L'AMM souligne que le rôle des médecins est de soutenir et de promouvoir activement les

droits de toutes les personnes à des soins médicaux, fondés sur la seule nécessité clinique et de protester contre toute législation ou pratique qui irait à l'encontre de ce droit fondamental.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION DE L'AMM SUR PROHIBITION DE LA PARTICIPATION DES MÉDECINS À LA PEINE CAPITALE

Adoptée par la la 210e session du conseil de l'AMM à Reykjavik, Islande, Octobre 2018*

Tout le monde s'accorde à dire que les médecins ne doivent pas participer aux exécutions, cela étant incompatible avec le rôle de soignant qu'est celui du médecin. Le recours aux connaissances des médecins et à leur expérience clinique dans des buts autres que la promotion de la santé et du bien-être va à l'encontre du fondement éthique de la médecine.

La déclaration de Genève de l'AMM est rédigée comme suit : « je garderai le respect absolu de la vie humaine » et « je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiques, même sous la menace ».

En tant que citoyens, les médecins ont le droit de se faire une opinion sur la peine capitale sur la base de leurs convictions morales personnelles. En tant que membres de la profession médicale, ils doivent respecter l'interdiction de participer à la peine capitale.

Dès lors, l'Association médicale mondiale :

AFFIRME qu'il est contraire à l'éthique des médecins de participer à la peine capitale de quelque façon que ce soit ou à quelque phase que ce soit du processus d'exécution, y compris la planification et les instructions ou la formation des personnes chargées de l'exécution ;

PRIE instamment ses Membres constituants d'informer tous les médecins que toute forme de participation à la peine capitale, comme précédemment indiqué, est contraire à l'éthique ;

DEMANDE instamment à ses Membres constituants de faire pression auprès des gouvernements et des législateurs nationaux aux fins de bannir toute participation des médecins à la peine capitale.

*La résolution de l'AMM sur l'interdiction faite aux médecins de participer à la peine capitale est le résultat d'une révision mineure en ce qu'elle est une fusion de deux autres politiques de l'AMM existantes, la résolution de l'AMM sur la participation des médecins à la peine capitale de 2008 et la résolution de l'AMM visant à réaffirmer l'interdiction faite aux médecins de participer à la peine capitale de 2012. Par suite de l'adoption de cette nouvelle politique, ces deux dernières ont été supprimées et archivées.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR L'URGENCE CLIMATIQUE

Adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

Les professionnels de santé ont un rôle important à jouer en matière de plaidoyer en faveur de la protection de la santé des citoyens à travers le monde et il leur incombe donc de réclamer une action plus ambitieuse contre le changement climatique.

Le sommet des Nations unies sur l'action climatique qui a eu lieu en septembre 2019 montre de nouveau la prise de conscience croissante qu'il est impératif d'accélérer les mesures face au changement climatique, de nombreux pays s'engageant à parvenir à l'objectif de zéro émission nette au plus tard en 2050 et d'autres à renforcer leurs plans d'action nationaux d'ici 2020.

Un consensus émerge au sein de la profession médicale au niveau mondial en faveur d'une accélération de l'action visant à atténuer le changement climatique.

L'AMM, ses membres constituants et la communauté médicale internationale :

- déclarent l'état d'urgence climatique et appellent la communauté internationale des professionnels de santé à rejoindre leur mobilisation ;
- s'engagent à défendre la protection de la santé des citoyens à travers le monde eu égard au changement climatique ;
- appellent les gouvernements nationaux à travailler rapidement à parvenir à la neutralité carbone d'ici 2030, afin de réduire les effets délétères du changement climatique sur la santé ;
- doivent reconnaître l'empreinte environnementale du secteur de la santé à l'échelle mondiale, et agir afin de réduire les déchets et prévenir la pollution pour garantir la durabilité des soins de santé.

RÉSOLUTION DE L'AMM SUR LE RETRAIT, PAR L'OMS DE SES RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'EMPLOI D'OPIACÉS

Adoptée par la 70e Assemblée Générale, Tbilissi, Géorgie, Octobre 2019

L'Association médicale mondiale exprime ses vives préoccupations à la suite du retrait inopiné, par l'OMS de ses recommandations publiées en 2011 : « Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle » et en 2012 : « WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses » (recommandations de l'OMS sur le traitement pharmaceutique des douleurs persistantes chez les enfants souffrant de pathologies, document non traduit en français).

L'abandon de ces recommandations, qui a eu lieu cet été sans que la communauté médicale ait été consultée, privera de nombreux médecins de soutien et d'orientations dans les pays dépourvus de législation nationale à cet égard, ce qui pourrait compromettre leur emploi, médicalement justifié, de ces substances. Des patients seront en définitive privés des moyens permettant d'atténuer leurs douleurs.

L'AMM constate que ce retrait a été décidé de manière unilatérale, sans que ne soit apporté de justification ni de solution de substitution. Ces recommandations ont même été entièrement supprimées du portail des publications en ligne de l'OMS, ce qui empêche les médecins de motiver et de valider rétrospectivement l'utilisation de médicaments sous contrôle et les expose à d'éventuelles poursuites pénales.

En l'absence d'informations supplémentaires, l'AMM considère qu'il est nécessaire de rétablir ces recommandations jusqu'à ce qu'elles soient modifiées ou remplacées.

L'AMM exige le respect du principe selon lequel l'élaboration de recommandations de traitement doit être fondée sur des preuves scientifiques. Ce principe doit s'appliquer à la définition, à la modification et à l'abandon de telles recommandations, et s'ajoute au principe de précaution. Les fondements justifiant le retrait des recommandations relatives aux opiacés doivent pouvoir être examinés scientifiquement, c'est pourquoi ils doivent être publiés.

L'AMM salue les efforts visant à rassembler une nouvelle équipe d'experts et recommande vivement la tenue d'un processus ouvert et transparent, comprenant un mécanisme fiable à même d'assurer l'éviction des experts en situation de conflit d'intérêts.