

## **Rapport de la réunion du Conseil de l'AMM<sup>1</sup> – Buenos Aires – 28-30 avril 2016**

*Dr. R. Kerzmann*

Le Conseil de l'Association Médicale Mondiale (AMM) se réunit deux fois par an, au printemps et à l'automne juste avant l'Assemblée Générale. Cette année, la réunion du printemps s'est tenue à Buenos-Aires, Argentine, du 28 au 30 avril 2016.

Cette 203<sup>ème</sup> réunion était ouverte aux délégations de tous les membres constituants de l'AMM ainsi qu'aux observateurs et aux invités. La Belgique y était représentée par Conseil National de l'Ordre des Médecins.

En ouverture de cette session, les membres du Conseil, sous la présidence du Docteur Ardis Hoven, ont accueilli le Docteur Jorge Lemus, ministre argentin de la Santé.

Ce dernier a souligné les défis de santé que doit relever la profession médicale et l'importance des travaux relatifs à une préoccupation majeure pour son pays et pour l'humanité à savoir les déterminants de la santé dont, entre autres, la pauvreté, le chômage, l'absence de domicile et l'accès à l'eau potable. Il s'agit de sujets « clés » à traiter conjointement par les secteurs médico-sociaux afin d'atteindre les objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans ce cadre, il a rappelé que son pays est confronté à l'épidémie due au virus Zika, liée à la « tropicalisation » progressive du climat.

Le ministre s'est réjoui que ces sujets soient traités par le Conseil de l'AMM à Buenos Aires et a formulé le vœu que de bonnes avancées soient réalisées en ces matières.

De la part du Conseil et de tous les délégués, la Présidente a remercié le ministre pour ses propos.

Le Docteur Jorge Coronel, Président de la Confédération Médicale de la République d'Argentine a ensuite remercié les 37 Associations Médicales Nationales présentes, représentées par 122 délégués ainsi que les observateurs de 8 Organisations Internationales. Il a souligné l'importance d'organiser la réunion de l'AMM dans la région en raison de la place centrale qu'occupent la santé et la qualité de vie dans la société sud-américaine. Il a rappelé que la santé est un droit, une valeur, une nécessité et une exigence sociale qui doit être au centre de la politique publique. Les inégalités en matière d'accès aux services de santé existent et la fracture sociale doit être solutionnée. Les problèmes de santé restent un des défis majeurs de notre époque et leur résolution dépend de la haute qualification des médecins, raison pour laquelle l'éducation est très importante pour le secteur de la santé. Il a par ailleurs manifesté le besoin d'un soutien actif de l'AMM pour aider l'Argentine à résoudre différents problèmes auxquels le pays doit faire face. Il s'est déclaré extrêmement préoccupé par les conditions de travail des médecins, surtout par le nombre croissant des actes de violence dans le secteur de la santé, que ce soit dans les hôpitaux ou les cabinets médicaux. Des médecins sont décédés dans l'exercice de leur profession ; ce fait de société engendre bien entendu une profonde tristesse mais doit aussi susciter une prise de conscience que les conditions de travail et de sécurité des médecins doivent être améliorées par des actions concrètes de manière à garantir aux patients la meilleure qualité des soins.

A l'initiative du Docteur Fernando Rivas de l'Association Médicale Espagnole, le Conseil a observé une minute de silence en l'honneur du Docteur Muhammad Waseem Maaz, pédopsychiatre à Alep en Syrie, à l'hôpital « al Quds » soutenu par le Comité International de la Croix Rouge et Médecins

---

<sup>1</sup> AMM – Association Médicale Mondiale

sans Frontières. Le Docteur Maaz avait été tué la veille en plein travail lors d'une attaque de l'hôpital. Le docteur Rivas a également demandé que le procès-verbal de la réunion du Conseil fasse mention de tous les médecins ayant perdu la vie ou blessés pendant leur travail en Syrie.

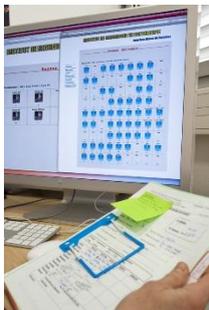
Les travaux ont ensuite porté sur l'étude de dossiers inscrits à l'agenda des comités d'éthique médicale, des affaires médico-sociales ainsi que des finances et du planning, le Conseil validant ensuite, en séance plénière et au terme d'une ultime discussion, les décisions prises. Elles ne seront pas toutes abordées dans cette chronique mais sont consultables in extenso sur le site de l'AMM.

### Comité d'Éthique Médicale

#### ***Proposition de Déclaration sur les considérations éthiques concernant les bases de données sur la santé et les biobanques.*<sup>2</sup>**

Le docteur Jon Snaedal (Islande) a donné un rapport oral sur les travaux du groupe de travail qu'il préside et qui est en charge de ce dossier.

Dans le cadre des soins de santé, les médecins ou d'autres membres de leur équipe sont amenés à collecter des informations médicales et à enregistrer les soins effectués tout comme leur résultat.



Une base de données de santé est un système de collecte, d'organisation et de stockage de ces informations médicales. Une biobanque, quant à elle, conserve du matériel biologique avec les données qui s'y rapportent, la notion de matériel biologique faisant référence à n'importe quel échantillon prélevé sur un être humain, vivant ou décédé, pouvant fournir des informations biologiques et génétiques sur cet individu.

Il est largement reconnu que la recherche et d'autres activités en lien avec des bases de données de santé ou des biobanques doivent pouvoir être bénéfiques à la société, notamment dans le cadre des objectifs de santé publique.



De façon générale, c'est la Déclaration d'Helsinki qui énonce les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des sujets humains et notamment l'importance d'une protection de la dignité, de l'autonomie, de la vie privée, du droit à la confidentialité et au consentement éclairé, en l'occurrence pour l'utilisation de leurs matériaux biologiques et des données correspondantes identifiables.

Les bases de données et les biobanques qui stockent toutes deux des éléments concernant des personnes ou une population doivent rester en accord avec ladite déclaration ; elles suscitent néanmoins bien des inquiétudes quant au respect des valeurs éthiques fondamentales, eu égard notamment à leur utilisation potentielle et aux différentes dérives qui pourraient en résulter.

Rappelons que dès 2002, lors de sa 53<sup>ème</sup> AG de Washington, Etats Unis, l'AMM avait adopté une politique en la matière et que c'est à la faveur de la 191<sup>ème</sup> session du Conseil à Prague en 2012 que la décision avait été prise d'en assurer une révision majeure.

Il y a dès lors 4 ans qu'une consultation ouverte a débuté sur ce thème entre plusieurs experts en éthique; elle a conduit à près d'une douzaine de propositions de modifications. Sans surprise, il est apparu que la matière est très complexe, un équilibre constant devant être recherché entre, d'une

---

<sup>2</sup> Document MEC 203/Health Database and Biobanks REV XI/Apr2016

part, les besoins des chercheurs qui proposent mais aussi souhaitent utiliser du matériel biologique pour leurs travaux et, d'autre part, le souci de confidentialité et d'autonomie des patients « fournisseurs » de ce matériel en ce compris pour ces derniers la possibilité de demander le retrait de leurs données identifiables voire de sortir totalement de certaines études pouvant rendre par le fait même impossible l'utilisation future du matériel à disposition.

Au-delà d'autres problèmes soulevés par la nécessité de protéger les individus ou par la propriété intellectuelle des bases de données de santé ou des biobanques, c'est bien entendu aussi la protection des communautés et des populations concernées, en particulier lorsqu'elles sont vulnérables ou dans l'impossibilité de donner leur consentement, qui doit être prise en compte, notamment en termes de partage des bénéfices générés par la recherche.

La proposition de déclaration revue, qui s'adresse avant tout aux médecins, aborde tous ces points et exhorte les autorités concernées à rédiger des politiques imposant des dispositifs réglementaires stricts quant à la gestion et la sauvegarde des données de santé et des biobanques. Des mécanismes de contrôle, tant internes qu'externes, du respect des principes de protection des personnes et de la population de la transparence, de la pertinence de l'information contenue et de la responsabilité des intervenants sont prévus. Les activités liées à l'utilisation des bases de données et des biobanques doivent être axées sur le respect des obligations mutuelles de toutes les parties intéressées.

Au terme des discussions menées, le Conseil a décidé de diffuser pour commentaires la proposition en question AMNs<sup>3</sup>, de demander la contribution d'organisations spécialisées sur ce dossier, externes à l'AMM, et d'autoriser le groupe de travail en charge à organiser avec elles une rencontre destinée à finaliser un document pour soumission et approbation à la prochaine réunion du Conseil à Taipei.

#### ***Révision de la Déclaration de Genève<sup>4</sup>***

Le Docteur Ramin Parsa-Parsi (German Medical Association) qui dirige le groupe de travail a fait rapport de l'état d'avancement des travaux débutés en 2015. Un questionnaire adressé à toutes les délégations nationales est en cours de récolte. Une première analyse des retours sera présentée lors de la réunion du Conseil à Taipei. Le plan de travail établi prévoit une mouture finale à étudier et adopter lors de l'Assemblée Générale qui se tiendra à Chicago en 2017.

#### ***Participation des médecins à la sélection prénatale du sexe<sup>5</sup>***

La sélection prénatale du sexe prend depuis le début des années 90 une ampleur alarmante. Véritable fléau dans certains pays tels que la Chine, l'Inde, le Vietnam, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, l'Albanie ou le Monténégro, elle se pratiquerait à présent également au sein de certaines communautés immigrantes en occident et notamment au Canada, où une femme peut, par exemple, obtenir une échographie sans ordonnance médicale dans le seul but de déterminer le sexe d'un fœtus de 12 semaines.

Il naîtrait ainsi dans certaines de ces régions jusqu'à 25% de garçons en plus, le déséquilibre qui en résulte ayant un effet néfaste sur les sociétés. Cette sélection qui procède d'un préjugé sexiste constitue aussi une forme de discrimination et il est établi qu'elle contribue à une recrudescence des violences sexuelles et de la traite des êtres humains.

---

<sup>3</sup> AMNs – Associations Médicales Nationales

<sup>4</sup> Site du Conseil National – International > Rapport réunions internationales > 14-17 octobre 2015 - Assemblée générale de l'AMM – Moscou, Russie – p. 4 - Dr. R. Kerzmann

<sup>5</sup> Document MEC 203/Pre-natal Gender Selection COM REV/Apr2016

Dans ce contexte, il a été décidé lors de la 201<sup>ème</sup> réunion du Conseil qui s'est tenue à Moscou de diffuser aux membres pour commentaires une proposition initiale de l'Association Médicale suisse (FMH).

Il en ressort un document suivant lequel l'AMM exhorte toutes les AMNs à demander à leurs gouvernements ou législateurs d'adopter des lois et des réglementations interdisant la sélection prénatale du sexe pour des raisons de préférence de genre et de mettre en place des mécanismes de protection pour les médecins refusant de prêter leur concours à des diagnostics prénataux et à des avortements effectués uniquement pour des raisons liées à une préférence de genre, en excluant la sélection du sexe d'un fœtus ou d'un pré-embryon dans le but de prévenir une maladie liée au sexe.

Le débat mené au Comité d'éthique a conduit le Conseil à renvoyer le document proposé au rapporteur pour complément d'analyse tenant compte des politiques actuelles de l'AMM sur les sujets apparentés. S'il en résulte que les questions abordées dans la prise de position ne sont pas suffisamment couvertes dans les politiques existantes, le Comité d'éthique reprendra l'étude de la question.

### ***Euthanasie et mort médicalement assistée<sup>6</sup>***



Lors de la réunion du Conseil à Oslo en avril 2015<sup>7</sup>, le Comité d'Éthique Médicale avait décidé la révision de ses politiques adoptées ou déjà révisées il y a dix ans, en ce compris la Résolution sur l'euthanasie, la Déclaration sur l'euthanasie et la prise de position sur le suicide médicalement assisté. L'Association Médicale Canadienne et la Royal Dutch Medical Association (Pays-Bas) étaient chargées de soumettre une proposition sur cette thématique.

Lors de l'Assemblée Générale de l'AMM à Moscou en octobre 2015, le secrétaire général avait fait remarquer que des débats publics sur les soins en fin de vie se déroulaient dans de nombreux pays ; il mentionnait à cette occasion que l'AMM ne devrait pas craindre d'avoir un vrai débat sur ces questions, plusieurs juridictions ayant en effet, en Europe, en Amérique du Nord et du Sud, légalisé certaines formes de mort assistée sous des conditions strictes. Il proposait que l'AMM ne condamne plus les médecins agissant selon leur conscience lorsqu'il leur faut décider de participer ou non à ce type d'intervention, dans le cadre de la législation et dans les juridictions où ces pratiques sont légalisées.

La proposition rédigée par ces deux associations a repris ce principe de non condamnation dans ledit cadre et l'a formulé en recommandations qui ont néanmoins pour préambule que l'AMM ne soutient pas la pratique de l'euthanasie ou celle du suicide médicalement assisté. Elle rappelle aussi qu'aucun médecin ne peut être contraint à participer à l'euthanasie ou au suicide assisté si ses convictions personnelles s'y opposent. Il ne devrait pas non plus être contraint d'adresser le patient directement à un autre médecin à cette fin. L'AMM appelle également tous les Etats à œuvrer pour assurer l'accès des patients qui en ont besoin en fin de vie à des soins palliatifs de haute qualité, l'euthanasie et le suicide assisté ne pouvant être considérés comme des substituts de ces soins palliatifs.

De nombreuses délégations ont commenté le document proposé au cours d'un débat long et parfois fort animé, les avis étant résolument partagés quant à la nécessité de diffuser la proposition à toutes

<sup>6</sup> Document MEC 203/Euthanasia-Physician Assisted Dying/Apr 2016

<sup>7</sup> Site du Conseil National – *International* > *Rapport réunions internationales* > 16-18 avril 2015 - Assemblée du Conseil de la WMA – Oslo, Norvège – pp. 2 et 3 - Dr. R. Kerzmann

les AMNs pour commentaires. Considérant que le droit d'une personne de choisir comment elle va mourir est bien un droit fondamental, plusieurs intervenants ont demandé que l'AMM ouvre un espace de tolérance à l'évolution des idées sans rechercher d'emblée un consensus sur cette matière délicate.

Au vote, la motion d'une nouvelle circulation du document pour commentaires parmi les différentes AMNs a été retenue.

### ***La médecine centrée sur la personne***<sup>89</sup>

Les membres du comité ont pris connaissance du rapport du groupe de travail dédié à la médecine centrée sur la personne, présenté par le Docteur Vivienne Nathanson (BMA<sup>10</sup>).

Cela fait déjà quelques années que l'AMM examine le concept des « soins centrés sur la personne ». Chemin faisant, le groupe de travail a dégagé de nouvelles approches de la notion de « personne » et de celle de la dispensation des soins. Il distingue désormais la personne, le patient et la population ; il présente les définitions utilisées par les différentes organisations et leur correspondance par rapport à la notion de santé et aux soins de santé tels que reconnus par les membres de l'AMM. Le concept de base, selon l'AMM, est une approche personnalisée et spécifique des soins qui entre en désaccord, tant sur le plan de l'individualité que de la spécificité quand est envisagée une approche des soins requis par une population plus globalement envisagée, ce qui est contraire à l'objectif qui devrait être visé. Ce travail, consultable sur le site de l'Association, ébauche des pistes de réflexion sur la politique que l'AMM pourrait établir dans ce débat. Il va être poursuivi pour fournir si possible un document de base à martyriser lors de la prochaine réunion.

### ***Classification des politiques 2006***<sup>11</sup>

Le comité d'éthique médicale a étudié les recommandations formulées dans le document sous rubrique avec une possible révision de ses politiques adoptées ou révisées pour la dernière fois il y a 10 ans.

La liste consultable sur le site de l'AMM comprend 16 politiques dont 9 à réaffirmer, généralement avec une révision mineure, 2 à différer (Déclaration de Genève et Code International d'Éthique médicale) en attendant les conclusions du groupe de travail en charge, 4 à soumettre à une révision majeure (Déclaration de Venise sur la maladie en phase terminale, Déclaration de Malte sur les grévistes de la faim, Prise de position sur les technologies de reproduction assistée et Prise de position sur le VIH/SIDA et la profession médicale) et une à supprimer (Résolution sur la lutte contre le VIH/SIDA).

Parmi les politiques à réaffirmer, celle relative à la Résolution du Conseil sur le don d'organes en Chine a été particulièrement soutenue. L'AMM s'est bien évidemment à nouveau déclarée résolument opposée au prélèvement chez des prisonniers dans ce pays. L'Association Médicale Chinoise, membre de l'AMM, a reçu la position de l'AMM mais elle n'était malheureusement pas présente à Buenos Aires et n'a pu exprimer sa position. Par voie de conséquence, le secrétariat a été chargé de la contacter pour obtenir des informations sur l'état actuel des transplantations d'organes

---

<sup>8</sup> Document MEC 203/PCM background/Apr 2016 – PCM = Person Centered Medicine

<sup>9</sup> Site du Conseil National - *International* > *Rapport réunions internationales* > 16-18 avril 2015 - *Assemblée du Conseil de la WMA – Oslo, Norvège – pp. 1 et 2 - Dr. R. Kerzmann*

<sup>10</sup> BMA – British Medical Association

<sup>11</sup> Document MEC 203/Policy Review 2006/Apr2016

dans ce pays et savoir notamment si le recours aux prélèvements d'organes sur les prisonniers est encore pratiqué.

### Comité des Affaires médico-sociales



L'ordre du jour comportait l'étude de 21 dossiers ; les plus significatifs seront abordés ci-dessous.

#### ***Les soins de santé en danger***

Le secrétariat de l'AMM a établi au cours des derniers mois des relations de travail étroites avec le siège du Comité International de la Croix Rouge (CICR) dans le cadre de l'initiative HCiD<sup>12</sup>. Un protocole d'accord devrait être prochainement conclu entre ces deux organisations en vue de développer et consolider leur coopération et favoriser la compréhension de sujets d'intérêt commun dont la protection des professionnels de la santé et des patients dans des situations de violence et plus généralement les déterminants sociaux de la santé dans le contexte de l'insécurité.

Le docteur Bruce Eschaya-Chauvin, membre du Comité International de la Croix Rouge, coordinateur du projet des soins de santé en danger a dressé un bilan oral des récemment menées dans ce cadre. Au premier rang de celles-ci figurent une discussion sur les violences rapportées de plus en plus souvent contre les professionnels de la santé et la résolution sur les principes éthiques applicables aux professionnels de la santé actifs dans les zones de conflit. Il précise que celle-ci a été débattue au Conseil de sécurité des Nations Unies. Enfin, il rappelle que la 5<sup>ème</sup> conférence internationale sur la violence dans le secteur de la santé, qui a pour thème « Elargir notre point de vue ; répondre collectivement », se déroulera à Dublin du 26 au 28 octobre 2016.

#### ***Rôle des médecins dans la prévention du trafic de mineurs et des adoptions illégales<sup>13</sup>***

Lors de la 197<sup>ème</sup> réunion du Conseil à Tokyo en avril 2014, il avait été décidé de donner à un groupe de travail le mandat d'étudier le rôle des médecins dans cette problématique avec l'objectif de développer le document de départ, soumis à révision après circulation auprès des différentes délégations.

L'Association Médicale Espagnole, désignée à cette fin, a fait savoir que le groupe de travail s'était accordé sur une proposition de prise de position de l'AMM. Celle-ci dénoncerait solidairement toute forme de trafic humain et en particulier celui concernant les enfants puisqu'il peut conduire à différents délits ou crimes parmi lesquels l'exploitation sexuelle, le travail forcé et les adoptions illégales. Selon le texte proposé, les médecins devraient encourager énergiquement les familles qui adoptent un mineur d'âge à vérifier que les procédures d'adoption sont en conformité rigoureuse avec les dispositions légales en vigueur dans leur juridiction. L'AMM s'engagerait quant à elle à diffuser à l'intention des familles candidates une large information portant sur l'existence de véritables « réseaux » illégaux d'adoption. Les médecins devraient aussi, quand cela est possible, contribuer à l'éducation des parents et les informer sur l'existence de tests génétiques confirmant la filiation biologique des enfants proposés. Bien entendu, une conscientisation des médecins dans leur

<sup>12</sup> HCiD – Health Care in danger - Initiative du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

<sup>13</sup> Document SMAC 203/Trafficking with Minors/Apr2016

rôle préventif est indispensable, l'AMM garantissant aux autorités à cette fin son soutien scientifique et professionnel.

Le comité a étudié cette proposition et recommandé sa diffusion auprès des membres constituants pour commentaires avant décision éventuelle lors de la prochaine assemblée générale.

### ***Mutilation génitale féminine***<sup>14</sup>

A Oslo, lors de sa 200<sup>ème</sup> réunion, le Conseil avait décidé que la prise de position sur les mutilations génitales féminines devait subir une révision majeure ; celle-ci a été rédigée par l'Association Médicale Britannique et lors de la 201<sup>ème</sup> réunion du Conseil à Moscou, la diffusion du texte aux membres a été recommandée.

La pratique de la mutilation génitale féminine est courante dans plus de 30 pays. L'appellation utilisée recouvre différentes formes de « chirurgie », mutilant ou incisant les parties génitales féminines externes (clitoridectomie, excision, infibulation, autres pratiques...). L'expression « circoncision féminine » n'est plus utilisée car elle suggérerait une équivalence avec la circoncision masculine ce qui est aussi bien inexact que contreproductif. Ces mutilations, subies entre 5 et 12 ans, ne reposent sur aucun fondement médical et sont le plus souvent pratiquées par des personnes non qualifiées dans un environnement privé de toute hygiène élémentaire. Elles n'apportent aucun bienfait en termes de santé publique et sont, bien au contraire, gravement dommageables puisqu'elles perturbent le futur de la sexualité et sont à l'origine de nombreuses complications lors de l'accouchement.

Quelles que soient leur forme, elles constituent une violation des droits humains des jeunes filles incapables de donner un consentement valable.

En conséquence des phénomènes migratoires par ailleurs, un nombre croissant de jeunes filles sont touchées alors qu'elles vivent en dehors de pays où ces pratiques sont communes ; le respect des normes sociales des migrants pose ainsi de plus en plus de problèmes aux médecins et à la communauté au sens plus large. En raison de leur impact sur la santé physique et mentale des jeunes filles qui la subissent et parce qu'il s'agit d'une violation des droits humains, la mutilation génitale féminine est un motif de préoccupation pour les médecins. Partout désormais dans le monde, ils risquent d'être confrontés à la demande d'exécuter ces « chirurgies » mutilantes sur de jeunes patientes ou de restaurer les effets d'une pratique mutilante sur des patientes après que l'accouchement ait rouvert l'entrée du vagin.

Enfin, aucune des grandes religions ne prône les pratiques de mutilation génitale féminine qui sont cependant souvent et à tort associées à des « croyances » religieuses. Il s'agit d'authentiques violences perpétrées sur des jeunes filles et constituent un manque flagrant de respect pour leur individualité, leur liberté et leur autonomie.

Le texte proposé a fait l'objet de commentaires provenant de 10 délégations nationales ; il a été approuvé par le Conseil et sera transmis à l'Assemblée Générale de Taipei pour adoption.

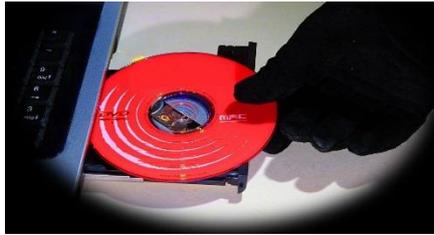
Il prévoit que les AMNs contribuent à sensibiliser le public et les professionnels de la santé sur les effets préjudiciables de la mutilation génitale féminine tout en s'assurant que l'éducation et la sensibilisation sur cette pratique fassent bien partie des activités de prévention de la violence envers les jeunes filles et les femmes. Il est recommandé aussi que les AMNs travaillent avec les leaders d'opinion et les responsables gouvernementaux en les encourageant à devenir des acteurs efficaces

---

<sup>14</sup> Document SMAC 203/FGM COM REV/Apr2016/Rev

dans la lutte contre cette pratique. Cela doit passer par la création de programmes de défense et de sensibilisation et surtout par l'instauration de législations interdisant la mutilation génitale féminine. Enfin, il est préconisé que les médecins soient informés que les risques liés à ce type de pratique peuvent justifier d'enfreindre la confidentialité envers le patient et permettre de divulguer des informations aux services sociaux et autres afin de protéger les jeunes filles contre de graves dommages.

En conclusion, l'AMM se rallie à d'autres agences internationales pour condamner la pratique de la mutilation génitale des femmes et des jeunes filles et elle s'oppose à la participation des médecins à ces pratiques.



### ***Attaques cybernétiques sur les infrastructures sanitaires et autres structures importantes<sup>15</sup>***

Le comité a étudié la proposition de prise de position émanant de l'Association Médicale Allemande.

Les avancées observées dans les technologies modernes de l'information ont envahi les soins de santé permettant souvent l'amélioration de leur délivrance et contribuant à rationaliser les différentes procédures médicales. Parallèlement, le recours à grande échelle à des infrastructures de technologie informatique de plus en plus sophistiquées et la prolifération des dossiers médicaux électroniques a singulièrement augmenté le risque d'attaques cybernétiques sur des ressources du secteur de la santé, les hôpitaux, les laboratoires et ce jusqu'au plus petit cabinet médical menaçant ainsi gravement non seulement la santé mais aussi le bien-être du public en général. Le secteur de la santé est devenu une cible de choix pour les cybercriminels et toutes les évolutions sont évidemment concernées : les logiciels d'imagerie radiologique, les systèmes de vidéo-conférence, les caméras de surveillance, les imprimantes, les routeurs, les systèmes numériques de vidéosurveillance en ligne et à distance...

En dépit de ces dangers, bon nombre d'organisations et institutions de santé manquent de ressources budgétaires et des compétences administratives ou techniques nécessaires pour détecter et prévenir les attaques cybernétiques. Souvent, elles ne communiquent pas non plus correctement sur la gravité de ces menaces, à la fois au niveau interne et en regard de partenaires extérieurs.

Le texte de cette prise de position formule des recommandations attirant l'attention sur cette mission cruciale qui consiste à anticiper les intrusions cybernétiques et à se protéger d'elles avec pour objectif final la sécurité et la confidentialité des données des patients.



Le Comité a décidé la diffusion des recommandations formulées pour commentaires auprès des associations membres de l'AMM.

### ***Virus Zika<sup>16</sup>***

De récents rapports ont mis en évidence un nombre significatif de microcéphalies, d'anomalies fœtales et de syndromes de Guillain-Baré dans l'un des pays les plus touchés par l'épidémie due au virus Zika. Il s'agit d'un flavovirus transmis à l'homme essentiellement par la piqûre d'un moustique de l'espèce *Aedes Aegypti* et probablement aussi d'un autre de l'espèce

<sup>15</sup> Document SMAC 203/Cyber Attacks on Health/Apr2016

<sup>16</sup> Document SMAC 203/Zika Virus REV/Apr2016

Aedes Albopictus. Ces deux espèces sont endémiques dans de larges parties du monde équatorial et subtropical en ce compris les Amériques. Le virus Zika peut apparemment se transmettre aussi lors d'un rapport sexuel. Il s'agit d'un fait préoccupant en raison de l'association potentielle de ce virus avec des grossesses défavorables à terme ou des issues foétales prématurées indésirables. L'évidence de cette assertion doit cependant encore être évaluée et soumise à un complément de recherche.

Le document proposant la prise de position de l'AMM face à cette infection a été étudié par le Comité. Compte tenu de l'évolutivité galopante du problème et des progrès escomptés dans la recherche, entre autres, d'éventuels traitements, il est apparu important que l'AMM se positionne rapidement en cette matière. Dans le même esprit, plusieurs membres du Comité ont insisté pour qu'une distinction nette soit définie et adoptée entre l'infection par le virus Zika et d'autres pandémies virales. Plusieurs informations ou témoignages très intéressants ont été rapportés par diverses délégations dont celui émanant de la Finlande, pays confronté il y a quelques semaines à peine à la situation d'une femme enceinte infectée et qui a avorté d'un fœtus gravement infesté par le virus.

Le Conseil a ensuite approuvé le texte proposé en tant que Résolution du Conseil demandant son adoption lors de la prochaine assemblée générale prévue à Taipei.

Son libellé est le suivant :

*« Reconnaissant que l'OMS considère l'infection par le virus Zika comme une urgence sanitaire mondiale, l'AMM énonce les recommandations suivantes :*

- *L'OMS coopère avec ECDC<sup>17</sup>, CDC<sup>18</sup> et d'autres organisations de contrôle des maladies pour mieux comprendre l'histoire naturelle et l'épidémiologie actuelle de l'infection par le virus.*
- *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.*
- *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.*
- *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.*
- *Les Etats ayant constaté la naissance d'un certain nombre de bébés avec une microcéphalie et d'autres anomalies du cerveau foetal doivent s'assurer que ces nouveau-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*

---

<sup>17</sup> ECDC – European Center for Disease Prevention and Control

<sup>18</sup> CDC – Centers for Disease Control and Prevention

*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.*

## **Comité des finances et du planning**

### ***Règlement des cotisations de membre***

Le Comité a reçu le rapport sur les cotisations des membres pour 2015 ainsi que le rapport sur les arriérés de cotisation.

Le Conseiller financier de l'AMM a expliqué que l'augmentation de 5% des taux de cotisation telle que décidée par l'Assemblée générale de Moscou en 2015 a été appliquée pour 2016. Il a remercié les membres qui ont augmenté leur cotisation en 2016 dont l'Espagne, le Royaume Uni et la Grèce (en tant que nouveau membre).

Il a également félicité les membres de l'AMM pour le ratio de versement du montant global qui est de 99% pour 2016.

### ***Bilan financier***

Le Comité a reçu des explications détaillées sur le bilan financier préaudité pour 2015 et il a été tenu informé de la volatilité à nouveau majeure des marchés financiers qui affecte les revenus tirés des intérêts pour 2015.

Le Comité a approuvé les états financiers provisoires pour 2015.

### ***Réunions statutaires de l'AMM***

Le planning et les dispositions pour les futures réunions ont été étudiés.

Il a été proposé d'éventuellement raccourcir l'Assemblée Générale prévue à Reykjavik en 2018 en associant la traditionnelle session scientifique à la 13<sup>ème</sup> Conférence Mondiale de Bioéthique et d'Éthique médicale prévue au même moment et en la plaçant soit avant soit après l'Assemblée générale. Cette conférence sera organisée en collaboration avec le Président de bioéthique de l'UNESCO, la WPA<sup>19</sup>, la WAML<sup>20</sup> et d'autres collaborateurs locaux. Ce changement, financièrement viable et fournissant par ailleurs des revenus aux associations, a été accepté par le Comité.

Les prochaines réunions sont fixées de la manière suivante :

- La 67<sup>ème</sup> Assemblée Générale du 19 au 22 octobre 2016 à Taipei, Taiwan
- La 206<sup>ème</sup> réunion du Conseil du 20 au 22 avril 2017 à Livingston, Zambie
- La 68<sup>ème</sup> Assemblée Générale du 11 au 14 octobre 2017 à Chicago, Etats Unis
- La 209<sup>ème</sup> réunion du Conseil du 26 au 28 avril 2018 à Riga, Lettonie
- La 69<sup>ème</sup> Assemblée Générale du 3 au 6 octobre 2018 à Reykjavik, Islande
- La 70<sup>ème</sup> Assemblée Générale en avril 2019 à Istanbul, Turquie
- La 71<sup>ème</sup> Assemblée Générale en octobre 2020 à Tbilissi, Géorgie

---

<sup>19</sup> WPA – World Psychiatric Association

<sup>20</sup> WAML – World Association for Medical Law