



Protection of Conscience Project

www.consciencelaws.org

ADVISORY BOARD

Iain Benson, PhD
Professor of Law, University of
Notre Dame Australia;
Extraordinary Professor of Law,
University of the Free State,
Bloemfontein South Africa

J. Budziszewski, PhD
Professor, Departments of
Government & Philosophy,
University of Texas,
(Austin) USA

Shimon Glick, MD
Professor (emeritus, active)
Faculty of Health Sciences,
Ben Gurion University of the
Negev, Beer Sheva, Israel

Mary Neal, PhD
Senior Lecturer in Law,
University of Strathclyde,
Glasgow, Scotland

David S. Oderberg, PhD,
Dept. of Philosophy,
University of Reading, England

Abdulaziz Sachedina, PhD
Dept. of Religious Studies,
University of Virginia,
Charlottesville, Virginia, USA

Roger Trigg, MA, DPhil
Senior Research Fellow,
Ian Ramsey Centre for Science
and Religion, University of
Oxford, England

PROJECT TEAM

Human Rights Specialist
Rocco Mimmo, LLB, LLM
Ambrose Centre for Religious
Liberty, Sydney, Australia

Administrator
Sean Murphy

Revision Date: 2021 Mai 23



Soumission à l'Association Médicale Mondiale Re : Révision du *Code International d'Éthique Médicale*

23 Mai, 2021

Résumé

Cette soumission répond à la demande de commentaires publics de l'Association Médicale Mondiale (AMM ou WMA) sur une proposition de révision du *Code international d'éthique médicale (International Code of Medical Ethics ou ICME)*. Les amendements aux paragraphes 14 (pratique centrée sur le patient) et 27 (« Objection de conscience ») en constituent le principal sujet.

Le paragraphe 14 (Pratique centrée sur le patient) exprime le principe central de l'*ICME*. Les controverses actuelles sur la liberté de conscience dans les soins de santé manifestent souvent un désaccord fondamental sur la signification des termes utilisés ici : « soins », « santé », « bien-être » et « meilleur intérêt ». Le projet recommande de remplacer « soins » par « recommandations et traitement ».

Ce que l'on pense être dans le « meilleur intérêt » d'un patient peut être contesté pour diverses raisons légitimes. L'*ICME* devrait indiquer le rôle et les obligations des médecins en précisant que les recommandations et les traitements doivent être uniquement ceux qu'un médecin « croit de bonne foi » être dans le meilleur intérêt du patient, la « croyance » indiquant clairement que le jugement est celui du médecin, et « bonne foi » indiquant le caractère raisonnable, la bonne volonté et l'absence de duplicité, de préjugé ou de discrimination.

Le texte proposé du paragraphe 27 (« Objection de conscience ») est anormal par rapport à la pratique médicale car il ignore le rôle de la conscience en médecine et adopte un cadre d'analyse inadéquat et préjudiciable. Il ne tente pas ni même ne suggère comment tenir compte de l'intégrité des médecins et des demandes des patients en cas de conflit. Il est également anormal par rapport à la politique de l'AMM existante et aux paragraphes fonctionnellement interdépendants connexes dans l'*ICME* proposé.

Le projet propose un paragraphe 27 modifié qui

- reflète le rôle de la conscience dans la pratique médicale;
- identifie les comportements moralement pertinents pour la participation aux procédures contestées;
- en reconnaissant le potentiel de conflit entre les médecins et les autorités étatiques ou autres, met en jeu d'autres dispositions de l'*ICME*;
- comprend de brèves indications sur les obligations des médecins de

fournir des informations et d'assurer a sécurité des patients et la continuité des soins.

Le projet recommande que l'*ICME* soit complété par la politique de l'AMM sur la liberté de conscience des médecins. Il insiste fortement pour qu'une conférence planifiée de l'AMM se concentre sur la conscience dans la pratique médicale et non sur « l'objection de conscience ».

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-------------|--|----|
| I. | Introduction | 1 |
| II. | Paragraphe 14 : Pratique centrée sur le patient | |
| | Terminologie | 3 |
| | « Meilleur intérêt » | 4 |
| III. | Paragraphe 27 : « Objection de conscience » | |
| | Conscience en médecine | 7 |
| | Cadre analytique inadéquat et préjudiciable | 8 |
| | Distinctions critiques non reconnues | 9 |
| | Conflit avec les dispositions interdépendantes de l' <i>ICME</i> | 10 |
| | Amendements recommandés au paragraphe 27 | 11 |
| | Annexe « A » Commentaires de consultation de l'AMM | |
| | Réponses du projet sous forme de commentaires de consultation | 13 |

Remarque: Le projet de consultation publique de l'AMM de l'ICME est en anglais seulement et constitue le texte canonique. Les en-têtes et paragraphes modifiés ou commentés par le projet sont traduits ici pour aider à comprendre la soumission du projet. Les traductions n'ont pas été approuvées par l'AMM.

I. Introduction

- I.1 Le projet de protection de la conscience est une initiative à but non lucratif et non confessionnelle d'envergure internationale qui milite pour la liberté de conscience dans les soins de santé depuis 1999. Le projet ne prend pas position sur la moralité ou l'acceptabilité des procédures ou services contestés.
- I.2 Cette soumission répond à la demande de commentaires publics de l'Association Médicale Mondiale (AMM) sur une proposition de révision du Code international d'éthique médicale (International Code of Medical Ethics ou ICME). Elle développe les recommandations et commentaires du projet dans le formulaire de commentaires de la consultation publique de l'AMM. (annexe «A»).
- I.3 La soumission est notamment éclairée par l'impact de la légalisation canadienne du suicide assisté et de l'euthanasie (SAE) sur les praticiens opposés aux procédures décrites dans le *World Medical Journal (WMJ)* par des médecins canadiens.^{1,2} Il s'appuie également sur des articles du WMJ (co-rédigés par l'Administrateur du projet) décrivant les origines de la *Déclaration de Genève* et de l'*ICME*³ et la relation entre la *Déclaration de Genève* révisée et les bonnes pratiques médicales.⁴
- I.4 Les paragraphes suivants du brouillon de l'ICME sont fonctionnellement interdépendants et concernent la question de la conscience dans la pratique médicale (titres ajoutés ici pour plus de commodité) :
2. Devoir principal des médecins
 3. Intégrité personnelle et professionnelle
 6. Primauté des principes éthiques
 9. Intégrité du jugement médical
 14. Pratique centrée sur le patient*
 27. Objection de conscience*
 30. Collaboration éthique
 39. Résistance à la subversion juridique de l'éthique
 40. Soutien collégial et résistance à l'oppression
- I.5 Les modifications recommandées aux paragraphes 14* et 27* constituent le principal sujet de cette soumission. La discussion comprend l'examen des dispositions fonctionnellement interdépendantes.
- I.6 Les amendements recommandés aux paragraphes 2, 5, 13, 16, 21 et 35 sont des garanties de l'intérêt du projet. Les raisons des révisions sont données dans le formulaire de commentaires de la consultation publique de l'AMM et ne nécessitent pas de précisions supplémentaires.

II. Paragraphe 14 : Pratique centrée sur le patient

- II.1 Le paragraphe 14 exprime le principe central de l'ICME et sous-tend le devoir premier des médecins (paragraphe 2). Les dispositions fonctionnellement interdépendantes pertinentes (y compris la disposition sur l'objection de conscience) encouragent, permettent et protègent la pratique centrée sur le patient en soutenant l'intégrité personnelle et professionnelle.
- II.2 La première recommandation du projet concerne la terminologie : remplacer « soins » par « recommandations et traitement ».
- II.3 La deuxième recommandation porte sur la nature de l'obligation du médecin d'agir dans le « meilleur intérêt » du patient.

Terminologie

- II.4 Les termes « soins », « santé », « bien-être » et « meilleur intérêt » utilisés au paragraphe 14 ne sont utiles que dans la mesure où il y a accord sur leur signification. Les controverses actuelles sur la liberté de conscience dans les soins de santé manifestent souvent un désaccord fondamental sur la signification de ces termes qui ne peut être ignoré dans l'élaboration des politiques.
- II.5 Par exemple, l'euthanasie par injection létale est décrite avec précision comme un service, une procédure ou un traitement. Appeler cela un service *de santé*, une procédure *médicale* ou des *soins* donne une force normative à des « prémisses métaphysiques, philosophiques et morales contestées qui peuvent être rationnellement contestées mais ne peuvent pas être validées empiriquement », parmi lesquelles « l'affirmation dogmatique selon laquelle un être humain peut être mieux en étant mort. »

Dans une société libre et démocratique, il devrait être inacceptable de forcer les médecins à professer cet article de foi, ou à démontrer une adhésion pratique à celui-ci en tuant ou en facilitant le décès d'un patient.⁵
- II.6 Cependant, l'utilisation irréfléchie de termes tels que « soins » ou « santé » peut exprimer ou inviter à accepter sans critique de telles prémisses et croyances sous-jacentes, préjudiciables dès le départ à la discussion, au raisonnement juridique et à la politique ; l'utilisation polémique des termes le fait certainement. Il est important de reconnaître que cela peut accidentellement ou délibérément affecter le genre de subversion de l'éthique médicale à propos de laquelle les paragraphes 39 et 40 insistent sur le fait que les médecins doivent s'opposer et résister.
- II.7 En remplaçant « soins » par « traitement et recommandations », l'ICME reconnaîtra les éléments typiques et non controversés de la pratique médicale d'une manière moins ouverte aux abus polémiques en relation avec des services ou des procédures contestés. L'amendement facilitera également la défense contre le type de subversion et d'oppression éthiques, juridiques et réglementaires envisagés aux paragraphes 39 et 40.

« Meilleur intérêt »

II.8 Nonobstant l'accord selon lequel la priorité doit être donnée au « meilleur intérêt » du patient, ce que l'on pense être dans le « meilleur intérêt » du patient peut être contesté pour diverses raisons légitimes, indépendamment des difficultés d'interprétation supplémentaires introduites par les croyances contestées sous-jacentes (II.4– 6). Une affirmation de plus en plus persistante est que ce qui est dans le meilleur intérêt du patient doit être déterminé par le patient et non par le médecin.

Les médecins peuvent raisonnablement être en désaccord. Si, malgré cela, les médecins sont obligés de donner suite à la demande d'un patient, les concepts de bénéfice, de préjudice et de meilleur intérêt deviennent non pertinents. Tout ce qui reste est la demande du patient, soutenue par le pouvoir de l'État pour en assurer la conformité.

Cela traite les médecins comme de simples techniciens ou fonctionnaires d'État, comme des rouages d'une machine d'État fournissant des services à la demande, et non comme des agents moraux responsables qui, comme leurs patients, doivent former et agir sur la base de jugements sur les bénéfices et les préjudices. Cela impose une forme de servitude incompatible avec l'égalité humaine, la dignité et l'intégrité personnelle et professionnelle.⁶

II.9 En ce qui concerne l'intégrité professionnelle, on s'est vivement inquiété du fait que déplacer la responsabilité traditionnelle de la profession médicale de « prendre des décisions médicales réfléchies fondées sur des preuves, des connaissances et une expertise uniques » équivaut à « un renversement stupéfiant du rôle central du concept médical et juridique de la norme de soins. »⁷

II.10 Ce qui est considéré comme le « meilleur intérêt » doit être déterminé au cas par cas et ne peut être défini par l'ICME. Cependant, l'ICME devrait indiquer le rôle et les obligations des médecins dans la prise de cette décision. Ici, la loi sur l'obligation fiduciaire est informative. Les médecins doivent évaluer ce qui est dans le meilleur intérêt du patient de manière indépendante et de bonne foi, en utilisant leur propre jugement, sans devenir une « marionnette » en suivant les instructions de qui que ce soit, y compris le patient et les organismes de réglementation médicale de l'État. S'ils concluent ainsi que faire X n'est pas dans le meilleur intérêt du patient, la loi les oblige à refuser.⁸

II.11 Le concept d'obligation fiduciaire tel qu'il est développé dans les juridictions de « common law » n'est pas facilement transposé aux juridictions de droit civil, qui articulent diversement les devoirs de diligence, de loyauté, de fidélité et de bonne foi pour atteindre des objectifs similaires.⁹ On ne sait pas dans quelle mesure la common law ou les traditions de droit civil informent le projet actuel de l'ICME. Cependant, il semble que les conditions d'indépendance et de bonne foi décrites au II.10 sont communes aux deux. Cette conclusion est étayée par les attentes de la *Charte Européenne d'Éthique Médicale*¹⁰ et des *Principes d'Éthique Médicale Européenne*.¹¹ En outre, les exigences d'indépendance et de bonne foi

sont pleinement compatibles avec l'accent mis par l'*ICME* sur la priorité des patients (paragraphe 2, 5, 7, 14–19, 21, 28, 31) et l'indépendance professionnelle (paragraphe 3, 6, 9, 25, 27, 39 et 40).

- II.12 Par conséquent, au paragraphe Paragraph 14, l'*ICME* devrait indiquer que les recommandations et les traitements doivent être uniquement ceux qu'un médecin « croit de bonne foi » être dans le meilleur intérêt du patient, la « croyance » indiquant clairement que le jugement est celui du médecin, et « bonne foi » indiquant le caractère raisonnable, la bonne volonté et l'absence de duplicité, de préjugé ou de discrimination.

III. Paragraphe 27 : « Objection de conscience »

III.1 Le texte proposé du paragraphe 27 est anormal par rapport à la pratique médicale car il ignore le rôle de la conscience en médecine et adopte un cadre analytique inadéquat et préjudiciable limité à « l'objection de conscience ». Ce faisant, il ne fait pas de distinctions qui, si elles étaient reconnues, suggéreraient comment l'intégrité du médecin et l'accès des patients aux services peuvent être conciliés. Il est également anormal par rapport à la politique existante de l'AMM et aux paragraphes fonctionnellement interdépendants connexes dans l'*ICME* proposé.

Conscience en médecine

III.2 Le rôle central de la conscience dans la pratique médicale était une préoccupation majeure des organisateurs de l'AMM et des assemblées qui ont approuvé la première fois la *Déclaration de Genève* et l'*ICME*.^{12,13} En passant en revue les origines de ces documents, l'administrateur du projet et les co-auteurs ont affirmé et appliqué la perspicacité des fondateurs de l'AMM :

[L]a pratique de la médecine est une entreprise incontestablement morale. Les médecins considèrent d'abord le bien des patients, cherchant toujours à leur faire une sorte de bien et à les protéger des maux. Par conséquent, les opinions morales ou éthiques sont intrinsèques à la pratique de la médecine, et chaque décision concernant le traitement est une décision morale, que les médecins y fassent ou non consciemment référence. Exiger que les médecins n'agissent pas en se basant sur des croyances morales, c'est exiger l'impossible, car on ne peut pas pratiquer la médecine sans référence aux croyances morales.
(Références omises)¹⁴

III.3 Une observation pertinente ici est une observation du Dr Ewan Goligher, membre associé de l'AMM et co-auteur de deux des articles du *WMJ* cités ici. Il note que les objections à l'objection de conscience en médecine prétendent qu'elle

- a) impose les valeurs des médecins aux patients,
- b) porte atteinte aux normes professionnelles, et
- c) refuse l'accès aux soins.

Le Dr Goligher souligne que ces affirmations sont elles-mêmes des « objections éthiques fondées sur la conscience ».

« La vraie question » dit-il, « n'est pas de savoir si la conscience doit être exercée, mais plutôt quels types d'objections de conscience sont appropriés et lesquels ne le sont pas. »¹⁵

III.4 Par exemple, aucune difficulté ne se pose du point de vue de la liberté de conscience lorsque le seul problème est la compétence clinique par rapport à un service ou à une procédure que le médecin estime être dans le meilleur intérêt du patient. Faciliter ou faire en sorte que le service soit fourni par quelqu'un d'autre est alors une extension naturelle des responsabilités

du médecin envers le patient et est conforme à l'intégrité morale professionnelle et personnelle du médecin. Une recommandation efficace dans cette situation devient une obligation, et le refus ou le défaut de faire une recommandation efficace peut être qualifié d'abandon. C'est la base du paragraphe 21 de l'*ICME*.

- III.5 D'un autre côté, les médecins qui refusent de fournir ou de faire des recommandations efficaces pour un traitement parce que les preuves d'efficacité sont insuffisantes agissent d'une manière conforme à leurs obligations éthiques. De même, les médecins qui concluent qu'un traitement est médicalement contre-indiqué parce qu'il est nocif sont obligés sur le plan éthique de refuser de fournir ou de faciliter ce traitement. Les deux types de refus peuvent être correctement décrits comme des exemples d'exercice de la conscience (ou d'objection de conscience) sur la base d'un jugement clinique. De nouveau, le Dr Goligher :

Dans tous ces cas, j'ai non seulement une raison technique, mais aussi une obligation morale, de ne pas effectuer de telles interventions. En tant que tels, ce sont inévitablement des refus fondés sur la conscience ; je ne peux pas offrir ce traitement car ce serait contraire à l'éthique de ma part.¹⁶

Cadre analytique inadéquat et préjudiciable

- III.6 Le paragraphe 27 n'est pas pertinent pour l'objection de conscience dans les circonstances décrites ci-dessus car il ignore le rôle de la conscience en médecine. Pour la même raison, il ne fournit pas et ne peut pas fournir de directives éthiques cohérentes sur l'objection de conscience par les médecins. À cet égard, il est totalement insuffisant.
- III.7 De plus, le paragraphe 27 suppose clairement que ce qu'un médecin qui refuse de faire constitue des « soins » ou un traitement médical moralement/médicalement acceptables et nécessaires. Il accepte en fait sans réserve le point même qui est habituellement contesté dans ces cas. Partant du postulat selon lequel les médecins qui objectent ont tort de refuser une procédure contestée, il conclut que leur refus ne peut être toléré que dans des circonstances strictement limitées. Ce n'est pas simplement inadéquat, mais un cadre clairement préjudiciable qui se prête à des abus moralement partisans.
- III.8 Enfin, pour exiger une recommandation efficace, le paragraphe 27 exige une forme de collaboration que de nombreux médecins qui font appel à l'objection de conscience considèrent raisonnablement inacceptable sur le plan éthique, et que l'AMM considère également inacceptable en ce qui concerne les procédures contraires à l'éthique. En effet, en ce qui concerne les activités contraires à l'éthique, l'AMM identifie une gamme de comportements moralement pertinents que les médecins devraient éviter, y compris recommander,¹⁷ soutenir, tolérer, faciliter ou aider,^{18,19} en fournissant des compétences, des locaux, des fournitures, des substances ou des connaissances, y compris des informations sur la santé individuelle,²⁰ la planification, l'instruction ou la formation, la préparation de rapports,^{21,22} incitation²³ et l'affirmation ou le soutien rétrospectif de pratiques contraires à l'éthique.²⁴ Cela démontre que le paragraphe 27 est anormal par rapport à la politique de l'AMM, inadéquat et préjudiciable.

Distinctions critiques non reconnues

- III.9 Les praticiens qui font appel à l'objection de conscience sont généralement disposés à travailler en coopération avec les patients et autres personnes en ce qui concerne l'accès des patients aux services tant que la coopération n'implique pas de collaboration : un acte qui établit un lien causal ou un soutien de facto pour les services auxquels ils s'opposent. Ils sont généralement disposés à fournir aux patients des informations permettant une prise de décision éclairée et des contacts avec d'autres professionnels de santé.
- III.10 Les distinctions entre la coopération et la collaboration et la fourniture d'informations par rapport à la fourniture d'un service permettent une approche qui s'adapte à la fois aux patients et aux praticiens. Cependant, ces distinctions critiques ne sont pas pertinentes dans le cadre analytique adopté au paragraphe 27, de sorte qu'elles ne sont pas reconnues. Par conséquent, le paragraphe 27 n'essaie pas de donner ni même ne suggère de façon de tenir compte de l'intégrité des médecins et des demandes des patients en cas de conflit.
- III.11 D'un autre côté, éviter, minimiser et gérer de manière satisfaisante de tels conflits peut être difficile, et le paragraphe 27 identifie correctement certains des problèmes qui doivent être traités, tels que la santé du patient et la continuité du traitement médical. Il ne s'ensuit cependant pas qu'ils puissent être traités de manière adéquate dans un paragraphe de l'*ICME*. Il se peut que les lacunes du paragraphe 27 reflètent une tentative d'accomplir plus que ce qui peut réellement être accompli dans les limites imposées par la nature du document.

Conflit avec la politique existante de l'AMM sur l'euthanasie / le suicide assisté

- III.12 L'euthanasie et/ou le suicide assisté sont considérés comme faisant partie de la pratique médicale en Belgique, aux Pays-Bas, au Luxembourg, en Suisse, au Canada, en Colombie, en Australie, en Nouvelle-Zélande, dans certaines parties des États-Unis et (bientôt) en Espagne. Certains membres anciens et actuels de l'AMM considèrent que les procédures sont conformes aux bonnes pratiques médicales. Il semble probable que d'autres pays et associations médicales nationales suivront.
- III.13 Certains médecins de ces pays, comme l'AMM, restent opposés à l'euthanasie et au suicide assisté. À l'heure actuelle, les médecins ne sont nulle part tenus de fournir personnellement l'euthanasie ou le suicide assisté, mais deux organismes de réglementation médicale au Canada exigent que les médecins qui s'y opposent collaborent pour tuer leurs patients par une recommandation efficace. Malgré l'opposition à une recommandation efficace par l'Association médicale canadienne,²⁵ la position des médecins qui font appel à l'objection de conscience au Canada est difficile et ténue.^{26,27} Les médecins d'autres pays peuvent éventuellement se retrouver dans une situation similaire.
- III.14 L'AMM affirme clairement que cela est inacceptable : « Aucun médecin ne devrait être forcé de participer à l'euthanasie ou au suicide assisté, et aucun médecin ne devrait être obligé de prendre des décisions de recommandation à cette fin. »²⁸ En revanche, le paragraphe 27 prétend établir une obligation éthique de collaborer activement et délibérément à une procédure que le médecin juge contraire à l'éthique, sans exclure l'homicide médical planifié et délibéré et le suicide assisté.

III.15 Il convient ici de rappeler ce qui a motivé les médecins à fonder l'AMM:

Les délégués des associations médicales nationales de retour [à] Londres en septembre 1946 étaient inquiets et ambivalents au sujet des plans de nationalisation des systèmes de soins de santé en Grande-Bretagne et sur le continent. D'une part, ils ont salué l'intérêt croissant pour la médecine par les gouvernements du monde entier. De l'autre, ils se sont inquiétés des conséquences (comme exprimé plus tard) de la transformation de tous les médecins en « fonctionnaires contrôlés par l'État ». Ils ont conçu une association médicale internationale pour soutenir les associations nationales défendant les praticiens contre les demandes des gouvernements. (Références omises)²⁹

III.16 La politique actuelle de l'AMM sur l'euthanasie et le suicide assisté soutient les médecins qui s'opposent de la manière prévue par les fondateurs de l'Association. Le paragraphe 27, dans sa forme actuelle, non seulement les abandonne, mais peut et sera très certainement utilisé contre eux. Affirmer que le paragraphe 27 ne peut pas être utilisé de cette manière parce que l'AMM considère l'euthanasie / le suicide assisté comme contraire à l'éthique serait une réponse paroissiale et moralement partisane qui rendrait l'ICME inutile dans toutes les juridictions où les procédures sont légales.

Conflit avec les dispositions interdépendantes de l'ICME

III.17 Paragraph 27 undermines all of the functionally interdependent provisions of the *ICME* associated with practising medicine with conscience. Specifically, if physicians are compelled by Paragraph 27 to collaborate in procedures they reasonably believe to be contrary to good medical practice, harmful to patients, or otherwise unethical, it will be impossible for them

- de « pratiquer avec conscience, honnêteté et intégrité, tout en exerçant toujours un jugement professionnel indépendant et en respectant les normes de conduite professionnelle les plus élevées; » (**paragraphe 3: Intégrité personnelle et professionnelle**)
- de maintenir leur « engagement envers les principes éthiques énoncés » dans l'ICME; (paragraphe 6: Primauté des principes éthiques)
- de maintenir fermement « leurs jugements médicaux professionnels solides » contre les « instructions de non-médecins » - y compris les patients, les législateurs, les régulateurs, les éthiciens, etc. (**paragraphe 9: Intégrité du jugement médical**)
- de « s'engager pour la primauté de la santé et du bien-être des patients et. . . offrir des soins dans le meilleur intérêt du patient » (lorsque, contrairement à leurs opinions sur la santé, le bien-être et le meilleur intérêt, les médecins sont contraints par le paragraphe 27 de collaborer même pour tuer leurs patients); (**paragraphe 14. Pratique centrée sur le patient**)
- de veiller à ce que « les principes éthiques soient respectés lors du travail en équipe » ;

(paragraphe 30: Collaboration éthique)

- d'« empêcher les exigences éthiques, juridiques ou réglementaires nationales ou internationales qui sapent » les obligations éthiques (puisque le paragraphe 27 fournit un moyen aux autorités nationales, internationales, éthiques, juridiques et réglementaires d'obliger les médecins à collaborer à des procédures qu'ils estiment raisonnablement contraires aux bonnes pratiques médicales, nuisibles aux patients ou autrement contraires à l'éthique); **(paragraphe 39: Résistance à la subversion légale de l'éthique)**
- d'« aider les autres membres à respecter » leurs responsabilités éthiques ou « à prendre des mesures pour les protéger d'une influence indue, de la violence et de l'oppression ». **(paragraphe 40: Soutien collégial et résistance à l'oppression)**

Amendements recommandés au paragraphe 27

III.18 Les amendements au paragraphe 27 proposés par le projet apportent quatre changements:

- Le cadre analytique est élargi de sorte que le paragraphe 27 modifié traite de l'exercice de la liberté de conscience dans la pratique médicale en relation avec des procédures ou des services contestés.
- Conformément aux principes éthiques reconnus et aux autres politiques de l'AMM, la fourniture, la facilitation, la recommandation et le soutien sont identifiés comme une conduite moralement pertinente par rapport aux procédures ou services contestés.
- L'amendement reconnaît explicitement le potentiel de désaccord éthique important entre les médecins et l'État ou d'autres autorités et donne une force pratique aux dispositions fonctionnellement interdépendantes de l'ICME identifiées aux points I.4 et III.17.
- Le paragraphe 27 modifié comprend de brèves indications sur les obligations des médecins de fournir des informations pour permettre une prise de décision médicale éclairée et assurer la sécurité des patients et la continuité des soins.

III.19 Un paragraphe de l'ICME peut présenter des points clés mais ne peut pas aborder ce sujet de manière exhaustive. Le projet recommande que le paragraphe 27 modifié soit complété par une politique autonome de l'AMM sur la liberté de conscience des médecins « pour aider les médecins à défendre leur intégrité personnelle et professionnelle tout en fournissant des services médicaux dans le contexte d'une pratique centrée sur le patient ». ³⁰

III.20 Une telle politique pourra être discutée lors de la conférence prévue en 2021 ou 2022. Cependant, pour des raisons qui devraient ressortir de cette soumission, la conférence devrait être consacrée au sujet de la conscience dans la pratique médicale et non à « l'objection de conscience »

Annexe « A »

Commentaires de consultation de l'AMM

Réponses du projet sous forme de commentaires de consultation

Remarque: Le projet de consultation publique de l'AMM de l'ICME est en anglais seulement et constitue le texte canonique. Les en-têtes et paragraphes modifiés ou commentés par le projet sont traduits ici pour aider à comprendre la soumission du projet. Les traductions n'ont pas été approuvées par l'AMM.

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : gras/souligné Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----------|--|--|--------------------------|
| | <i>Code International d'Éthique Médicale de l'AMM</i> | | |
| | Préambule Preamble | | |
| 1 | The World Medical Association (WMA) has developed the International Code of Medical Ethics as a canon of ethical principles for the members of the medical profession worldwide. In concordance with the Declaration of Geneva and the WMA's entire policy apparatus, it defines and elucidates the professional duties of physicians toward their patients, other physicians and healthcare professionals, themselves, and society as | | |

| | <p>Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT</p> | <p>Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i></p> | <p>Motivations/Commentaires</p> |
|----------|---|---|---|
| | <p>a whole. The International Code of Medical Ethics should be read as a whole and each of its constituent paragraphs should be applied with consideration of all other relevant paragraphs. Consistent with the mandate of the WMA, the Code is addressed to physicians. The WMA encourages others who are involved in healthcare to adopt these principles.</p> | | |
| | <p>Principes généraux General principles</p> | | |
| <p>2</p> | <p>The primary duty of the physician is to promote the health and well-being of individual patients by providing competent, compassionate care in accordance with good medical practice. The physician also has a responsibility to contribute to the health of the populations they serve and society as a whole. In providing medical care, the physician must respect the dignity and rights of the patient.</p> | <p>Le premier devoir du médecin est de promouvoir la santé et le bien-être de chaque patient en fournissant <u>un traitement médical</u> compétent et compatissant et des soins conformes aux bonnes pratiques médicales. Le médecin a également la responsabilité de contribuer à la santé des populations qu'il dessert et de la société dans son ensemble. En prodiguant des soins médicaux, le médecin doit respecter la dignité et les droits du patient.</p> | <p>Le premier devoir du médecin en tant que médecin est de fournir un traitement médical et des soins auxiliaires, et pas simplement des soins. La révision élucide ce point et est également souhaitable pour les raisons données à propos des révisions recommandées des paragraphes 14 et 21.</p> <p>Les paragraphes 13 et 15 énoncent l'obligation de respecter la dignité et les droits du patient, il n'est donc pas nécessaire de se référer à l'obligation du</p> |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|---|---|--|---|
| | | <i>[Le paragraphe 2 reflète le principe éthique unificateur du Code exprimé au paragraphe 14].</i> | paragraphe 2. L'abandon de la dernière phrase maintient l'accent dans le paragraphe 2 sur le devoir principal des médecins, qui semble être son objectif. |
| 3 | The physician must practise with conscience, honesty, and integrity, while always exercising independent professional judgment and maintaining the highest standards of professional conduct. | <i>[Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants.]</i> | |
| 4 | Physicians must not allow their professional judgment to be influenced by the possibility of benefit to themselves or their institution. They must recognise and avoid, whenever possible, or otherwise declare and manage real or potential conflicts of interest. | | |
| 5 | The physician must practise medicine fairly and justly and provide care without engaging in discriminatory conduct or bias on the basis of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, | Le médecin doit pratiquer la médecine de manière juste et équitable et prodiguer des soins sans se livrer à une conduite discriminatoire ou à un parti pris sur la base de l'âge, de la maladie ou du handicap, de la croyance, de l'origine | La révision vise à être cohérente avec les révisions recommandées des paragraphes 2, 14 et 21. |

| | <p>Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT</p> | <p>Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i></p> | <p>Motivations/Commentaires</p> |
|----------|--|---|---|
| | <p>sexual orientation, social standing or any other factor. Care should be provided based on the patient's medical needs.</p> | <p>ethnique, du sexe, de la nationalité, de l'appartenance politique, de la race, de l'orientation sexuelle, du statut social ou tout autre facteur. Les soins <u>Le traitement et les recommandations</u> doivent être fournis en fonction des besoins médicaux du patient.</p> | |
| <p>6</p> | <p>The physician is obliged to be aware of applicable national ethical, legal, and regulatory norms and standards, as well as relevant international norms and standards. Such norms and standards must not reduce or eliminate the physician's commitment to the ethical principles set forth in this document.</p> | <p><i>[Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants.]</i></p> | <p>[Traduction] Le médecin est tenu de connaître les normes et standards éthiques, juridiques et réglementaires nationaux applicables, ainsi que les normes et standards internationaux pertinents. Ces normes et standards ne doivent pas réduire ou éliminer l'engagement du médecin envers les principes éthiques énoncés dans ce document.</p> |
| <p>7</p> | <p>The physician must strive to use health care resources in a way that optimally benefits the patient, in keeping with fair, just, and prudent stewardship of the shared resources with which the physician is entrusted.</p> | | |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|---|--|--|
| 8 | When providing professional certification, physicians must only certify what they have personally verified. | | |
| 9 | Physicians must take responsibility for their medical decisions and must not alter their sound professional medical judgments on the basis of instructions from non-physicians. However, physicians should consult with other health care professionals when appropriate. | <i>[Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants.]</i> | [Traduction] Les médecins doivent assumer la responsabilité de leurs décisions médicales et ne doivent pas modifier leur jugement médical professionnel sur la base d'instructions de non-médecins. Cependant, les médecins devraient consulter d'autres professionnels de santé, le cas échéant. |
| 10 | Physicians should offer help in medical emergencies, while considering their own safety and competence, and the availability of other options for care. | <i>[Les « soins » (plutôt que le « traitement ») sont appropriés dans ce contexte parce que l'aide qu'un médecin qui est compétent et capable de la fournir peut ne pas être un traitement ou une intervention médicale. Cf. paragraphes 2, 5, 14, 21]</i> | [Traduction] Les médecins devraient offrir de l'aide en cas d'urgence médicale, tout en tenant compte de leur propre sécurité et de leurs compétences, ainsi que de la disponibilité d'autres options de soins. |
| 11 | Physicians must engage in continuous learning throughout their professional lives in order to maintain and develop their professional knowledge and skills. | | |
| 12 | Physicians should strive always to | | |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|--|--|
| | practise medicine in ways that are environmentally sustainable with a view to minimising environmental health risks to current and future generations. | | |
| | Devoirs envers le patient Duties to the patient | | |
| 13 | A physician must always provide medical treatment with the utmost respect for human dignity and life. | Un médecin doit toujours fournir un traitement médical avec démontrer le plus grand respect pour la dignité humaine et la vie <u>dans l'exercice de la médecine.</u> | Pratiquer la médecine suppose des interactions avec les gens qui impliquent plus que la fourniture d'un traitement médical. La révision suggérée va à l'encontre d'un accent réductionniste sur la technique ou la fonction. Elle attire l'attention sur la nécessité de respecter toutes les personnes per se, distinctes mais ne dérogeant pas à leur autonomie et à leurs droits (paragraphe 15). |
| 14 | The physician must commit to the primacy of patient health and well-being and must offer care in the patient's best interest. | Le médecin doit s'engager à la primauté de la santé et du bien-être du patient et ne doit offrir des soins que des recommandations et des traitements qu'il croit de bonne foi être dans le meilleur intérêt du patient. <i>[Il est à noter que les termes « santé », «</i> | Les « Soins » est un terme trop large et connoté. Au Canada et ailleurs, cela comprend l'euthanasie ; les médecins qui refusent de collaborer sont accusés de ne pas fournir de « soins ». La révision suggérée est plus précise et moins sujette à des abus polémiques. |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|--|--|
| | | <p><i>bien-être » et « meilleur intérêt » ne sont d'aucune utilité lorsque la signification des termes est contestée. Voir II.4 à II.7 dans cette soumission.]</i></p> <p><i>[Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants.]</i></p> | <p>Les obligations fiduciaires des médecins les obligent à déterminer de manière indépendante et de bonne foi ce qui est dans le meilleur intérêt du patient, même si le patient ou d'autres personnes ne sont pas d'accord. La révision suggérée intègre ces éléments clés et garantit qu'une évaluation du « meilleur intérêt » ne peut pas être imposée à un médecin qui n'est pas d'accord. Voir II.8 à II.12 dans la soumission qui l'accompagne.</p> |
| 15 | The physician must respect the autonomy and rights of the patient, including the right to accept or refuse treatment in keeping with the patient's values and preferences. | | [Traduction] Le médecin doit respecter l'autonomie et les droits du patient, y compris le droit d'accepter ou de refuser un traitement conformément aux valeurs et aux préférences du patient. |
| 16 | Physicians must obtain patients' voluntary informed consent prior to treatment, ensuring that patients receive and understand the information they need to make independent, well-informed decisions about their care. | Les médecins doivent obtenir le consentement éclairé volontaire des patients avant le traitement, en veillant à ce que les patients reçoivent et comprennent les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions indépendantes et bien informées concernant leurs soins. <u>Lorsqu'ils</u> | Les patients supposent généralement que les recommandations d'un médecin sont conformes à la vision générale de la profession. Ils savent rarement si ce n'est pas le cas. La divulgation garantit que la prise de décision du patient est correctement informée. La même recommandation est faite à propos du |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|---|--|---|
| | | <u>présentent une opinion contraire à l'opinion générale de la profession, ils doivent l'indiquer.</u> | paragraphe 35, qui traite des déclarations publiques des médecins plutôt que des consultations médecin-patient. L'ajout recommandé provient de la version 2004 du <i>Code d'éthique</i> de l'Association Médicale Canadienne. |
| 17 | In emergencies, where the patient is not able to participate in decision making, physicians may initiate treatment in the best interests of the patient without prior informed consent. | | |
| 18 | When a patient has substantially limited, undeveloped, impaired or fluctuating decision-making capacity, the physician must work with the patient's trusted surrogate, if available, to make decisions in keeping with the patient's preferences, when those are known or can reasonably be inferred, or in the patient's best interests, when the individual's preferences cannot be determined, always in keeping with the principles set forth in this Code. | | |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|---|--|
| 19 | Physicians should be considerate of and collaborate with others, where available, who are central to the patient's care, including family members, significant others, or other health care professionals in keeping with the patient's preferences and best interest. | <i>["Les « Soins » (plutôt que le « traitement ») est approprié dans ce contexte. Cf. paragraphes 2, 5, 14, 21]</i> | [Traduction] Les médecins doivent être attentifs et collaborer avec les autres personnes, le cas échéant, qui sont au cœur de l'ensemble des soins du patient, y compris les membres de la famille, les proches ou d'autres professionnels de la santé, conformément aux préférences et au meilleur intérêt du patient. |
| 20 | When medically necessary, the physician must communicate with other physicians and health professionals who are involved in the care of the patient or who are qualified to assess or recommend treatment options. This communication must respect patient confidentiality and be confined to necessary information. | | |
| 21 | If any aspect of caring for the patient is beyond the capacity of a physician, the physician must consult with or refer the patient to another physician or health professional who has the necessary ability. | Si un aspect quelconque des soins le traitement médical nécessaire au patient dépasse les capacités compétences d'un médecin, le médecin doit consulter ou orienter le patient vers un autre médecin ou professionnel de la santé qui a la compétence nécessaire. | Les « Soins » est un terme trop vaste. Au Canada et ailleurs, les « soins » comprennent le meurtre légal de patients par injection létale. La « capacité » est également trop large. Ce paragraphe vise apparemment à faire référence à des connaissances spécifiques |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|---|--|
| | | | ou à une expertise technique ou à des compétences liées au traitement médical que le médecin juge nécessaire pour la santé du patient. Les révisions suggérées atteignent l'objectif du paragraphe avec une plus grande précision et moins de risques de malentendus ou d'interprétations. |
| 22 | The physician must respect a patient's right to confidentiality, even after a patient has died. It may be ethical to disclose confidential information when the patient consents to it or, in exceptional cases, when disclosure is necessary to safeguard a significant and overriding ethical obligation and the patient does not or cannot consent to that disclosure. This disclosure must be limited to the minimal necessary information. | | |
| 23 | If a physician is acting on behalf of or reporting to any third parties with respect to the care of a patient, the physician must inform the patient accordingly. | <i>["Les « Soins » (plutôt que le « traitement ») est approprié dans ce contexte. Cf. paragraphes 2, 5, 14, 21]</i> | [Traduction] Si un médecin agit au nom de tiers ou rend compte à des tiers à l'égard des soins d'un patient, le médecin doit en informer le patient. |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|---|---|
| | At the outset of an interaction, the physician must disclose to the patient the nature and extent of those commitments and must obtain prior consent for the interaction with the patient to continue. | | Au début d'une interaction, le médecin doit divulguer au patient la nature et l'étendue de ces engagements et doit obtenir le consentement préalable pour que l'interaction avec le patient se poursuive. |
| 24 | Physicians must refrain from intrusive advertising and marketing and ensure that all information used by them in advertising and marketing is correct and not misleading. Physicians may not participate in advertising or marketing of products related to their professional activity. | | |
| 25 | The physician should not allow commercial, financial, or other conflicting interests to take precedence over the physician's professional judgment. | | |
| 26 | When providing medical consultation or treatment in the form of telemedicine, the physician must ensure that this form of communication is medically justifiable | | |

| | <p>Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT</p> | <p>Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i></p> | <p>Motivations/Commentaires</p> |
|-----------|--|---|---|
| | <p>and that the necessary medical care is guaranteed, particularly through the manner in which diagnostic assessment, medical consultation, treatment and documentation are carried out. The physician is also obligated to inform the patient about the particularities of receiving medical consultation and treatment via communications media. Wherever helpful, physicians must aim to provide medical consultation and treatment to patients through direct, personal contact.</p> | | |
| <p>27</p> | <p>Physicians have an ethical obligation to minimise disruption to patient care. Conscientious objection must only be considered if the individual patient is not discriminated against or disadvantaged, the patient's health is not endangered, and undelayed continuity of care is ensured through effective and timely referral to another qualified physician.* * <i>This paragraph will be debated in greater detail at the WMA's dedicated</i></p> | <p>Les médecins Chaque médecin a une obligation éthique de <u>minimiser les perturbations dans les soins aux patients</u>. L'objection de conscience ne doit être envisagée que si le patient individuel n'est pas victime de discrimination ou désavantagé, si la santé du patient n'est pas mise en danger et si la continuité des soins sans retard est assurée par une recommandation efficace et opportune à un autre médecin qualifié. refuser de fournir, de faciliter, de recommander</p> | <p>Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants. Voir la partie III de cette soumission pour une analyse détaillée du paragraphe 27.</p> |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|---|--|
| | <p><i>conference on the subject of conscientious objection in 2021 or 2022. However, comments on this paragraph are also welcome at this time.</i></p> <p><i>* Ce paragraphe sera débattu plus en détail lors de la conférence dédiée de l'AMM au sujet de l'objection de conscience en 2021 ou 2022. Cependant, les commentaires sur ce paragraphe sont également les bienvenus à l'heure actuelle.</i></p> | <p><u>ou de soutenir des interventions qu'ils considèrent raisonnablement inefficaces, préjudiciables, discriminatoires ou autrement contraires à l'éthique, nonobstant les exigences, normes ou standards éthiques, juridiques ou réglementaires contraires. Ils devraient fournir les informations nécessaires pour permettre une prise de décision éclairée et continuer à fournir les traitements et les soins nécessaires sans rapport avec une intervention contestée afin de garantir que la santé du patient ne soit pas mise en danger.</u></p> | |
| 28 | Appropriate professional boundaries must be maintained. Physicians must not engage in a sexual relationship with a current patient and must never engage in abusive or exploitative relationships with a patient. | | |
| 29 | In order to provide care of the highest standard, physicians must attend to their own health, well-being and abilities. This | <i>["Les « Soins » (plutôt que le « traitement ») est approprié dans ce contexte. Cf. paragraphes 2, 5, 14, 21]</i> | [Traduction] Afin de fournir des soins de la plus haute qualité, les médecins doivent veiller à leur propre santé, à leur |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|--|---|
| | includes seeking appropriate care to ensure that they are able to practise safely. | | bien-être et à leurs compétences. Cela comprend la recherche de soins appropriés pour s'assurer qu'ils sont en mesure de pratiquer en toute sécurité. |
| | Devoirs envers d'autres médecins et professionnels de santé Duties to other physicians and health professionals | | |
| 30 | The physician must engage with other physicians and health professionals in a respectful and collaborative manner. Physicians must also ensure that ethical principles are upheld when working in teams. | <i>[Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants.]</i> | [Traduction] Le médecin doit dialoguer avec les autres médecins et professionnels de la santé de manière respectueuse et collaborative. Les médecins doivent également s'assurer que les principes éthiques sont respectés lorsqu'ils travaillent en équipe. |
| 31 | The physician should respect colleagues' patient-physician relationships and not intervene unless needed to protect the patient from harm. This should not prevent the physician from recommending alternative courses of action considered to be in patients' best interests. | | |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|--|---|
| 32 | Physicians should report conditions or circumstances which impede them from providing care of the highest standards, including violence against physicians and other health personnel, inappropriate working conditions, and any other unsustainable stress factors. | <i>["Les « Soins » (plutôt que le « traitement ») est approprié dans ce contexte. Cf. paragraphes 2, 5, 14, 21]</i> | [Traduction] Les médecins devraient signaler les conditions ou circonstances qui les empêchent de fournir des soins de la plus haute qualité, y compris la violence contre les médecins et autres personnels de santé, les conditions de travail inappropriées et tout autre facteur de stress insoutenable. |
| 33 | Due respect should be granted to teachers and students of medicine and other health professionals. | | |
| | Devoirs à l'égard de la société Duties to society | | |
| 34 | Physicians must support fair and equitable provision of health care. This includes addressing inequities in health and care, the determinants of those inequities, as well as violations of the rights of patients and health care professionals. | <i>["Les « Soins » (plutôt que le « traitement ») est approprié dans ce contexte. Cf. paragraphes 2, 5, 14, 21]</i> | [Traduction] Les médecins doivent soutenir une fourniture juste et équitable des soins de santé. Cela comprend la lutte contre les inégalités en matière de santé et de soins, les déterminants de ces inégalités, ainsi que les violations des droits des patients et des professionnels de santé. |
| 35 | Physicians play an important role in matters relating to the health and safety | Les médecins jouent un rôle important dans les questions relatives à la santé et à | La même recommandation est faite à propos du paragraphe 16, qui traite des |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|--|---|--|
| | <p>of the public, health education and health literacy. In fulfilling this responsibility, physicians should be prudent in discussing new discoveries, technologies, or treatments in non-professional, public venues and should ensure that their statements are scientifically accurate.</p> <p>Physicians should be especially careful to distinguish in their public comments between evidence-based scientific information and their own personal opinions.</p> | <p>la sécurité du public, à l'éducation sanitaire et aux connaissances sanitaires. En s'acquittant de cette responsabilité, les médecins doivent être prudents lorsqu'ils discutent des nouvelles découvertes, technologies ou traitements dans des lieux publics non professionnels et doivent s'assurer que leurs déclarations sont scientifiquement exactes.</p> <p>Les médecins doivent être particulièrement attentifs à faire la distinction dans leurs commentaires publics entre les informations scientifiques fondées sur des preuves et leurs propres opinions personnelles.</p> <p><u>Lorsqu'ils présentent une opinion contraire à l'opinion générale de la profession, ils doivent l'indiquer.</u></p> | <p>consultations médecin-patient plutôt que des déclarations publiques des médecins. L'ajout recommandé provient de la version 2004 du <i>Code d'éthique</i> de l'Association Médicale Canadienne.</p> |
| 36 | <p>Physicians should avoid acting in such a way as to weaken public trust in the medical profession. To maintain that trust, physicians must hold themselves and fellow physicians to the highest standards of professional conduct and be</p> | | |

| | <p>Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT</p> | <p>Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i></p> | <p>Motivations/Commentaires</p> |
|-----------|---|---|--|
| | <p>prepared to report unethical or incompetent behaviour.</p> | | |
| <p>37</p> | <p>Physicians should share their medical knowledge and expertise for the benefit of patients and the advancement of healthcare.</p> | | |
| <p>38</p> | <p>Physicians have a duty to support the conduct of scientifically sound medical research in keeping with the ethical principles of the Declaration of Helsinki.</p> | | |
| | <p>Devoirs des médecins en tant que membres d'organisations médicales professionnelles Duties of the physician as members of professional medical organisations</p> | | |
| <p>39</p> | <p>As members of professional medical organisations, physicians shall follow, protect, and promote the ethical principles of this code. They shall help prevent national or international ethical, legal, or regulatory requirements that undermine any of the duties set forth in this document.</p> | <p><i>[Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants.]</i></p> | <p>[Traduction] En tant que membres d'organisations médicales professionnelles, les médecins doivent suivre, protéger et promouvoir les principes éthiques de ce code. Ils doivent aider à prévenir les exigences éthiques, juridiques ou réglementaires nationales ou internationales qui portent atteinte à</p> |

| | Texte révisé actuel (à compter d'avril 2021) SUJET À CHANGEMENT | Modifications proposées Commentaires spécifiques Ajouts : <u>gras/souligné</u> Suppressions: rayé Commentaires uniquement: <i>[italique]</i> | Motivations/Commentaires |
|----|---|---|---|
| | | | l'une des obligations énoncées dans ce document. |
| 40 | As members of professional medical organisations, it is the task of physicians to support fellow members in upholding the responsibilities set out in this code and to take measures to protect them from undue influence, from violence and from oppression. | <i>[Les paragraphes 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 et 40 sont fonctionnellement interdépendants.]</i> | [Traduction] En tant que membres d'organisations médicales professionnelles, il incombe aux médecins d'aider leurs confrères à s'acquitter des responsabilités énoncées dans ce code et de prendre des mesures pour les protéger d'une influence induite, de la violence et de l'oppression. |

Notes de fin

1. Rene Leiva et al, “Euthanasia in Canada: A Cautionary Tale” (2018 Sep) 64:3 World Med J 17, online: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/10/WMJ_3_2018-1.pdf#page=19> [Leiva et al].
2. Leonie Herx, Margaret Cottle & John Scott, “The Normalization of Euthanasia in Canada: the Cautionary Tale Continues” (2020 Apr) 66:2 World Med J 28, online:<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/04/wmj_2_2020_WEB.pdf#page=30> [Herx et al].
3. Sean Murphy et al, “The WMA and the Foundations of Medical Practice: Declaration of Geneva (1948), International Code of Medical Ethics (1949)” (August, 2020) 66:3 World Med J 2 [WMJ Foundations], online: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/08/wmj_3_2020_WEB.pdf#page=4>.
4. Sean Murphy et al, “The Declaration of Geneva: Conscience, Dignity and Good Medical Practice” (December, 2020) 66:4 World Med J 43, [WMJ Conscience] online: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/12/wmj_4_2020_WEB.pdf#page=43>.
5. WMJ Foundations, supra note 3 at p 5–6.
6. Ibid.
7. Trudo Lemmens, Mary Shariff, & Leonie Herx, “How Bill C-7 will sacrifice the medical profession’s Standard of Care” (11 February, 2021) Policy Options, online: <<https://policyoptions.irpp.org/magazines/february-2021/how-bill-c7-will-sacrifice-the-medical-professions-standard-of-care/>>.
8. Canadian Aero Service Ltd. v. O'Malley, [1974] SCR 592, 1973 CanLII 23 (SCC) at 606; McInerney v MacDonald, [1992] 2 SCR 138, 1992 CanLII 57 (SCC) at 139, 149, 152; United Kingdom, Law Commission, Report No. 350 Fiduciary Duties of Investment Intermediaries (Williams Lea Group for HM Stationery Office, 2014), Law Commission [UKLCR350] at para 3.53, note 107, citing Selby v Bowie (1863) 8 LT 372, Re Brockbank [1948] Ch 206.
9. Martin Gelter & Geneviève Helleringer, “Fiduciary Principles in European Civil Law Systems”(2018 March) European Corporate Governance Institute Law Working Paper No. 392/2018, online: <https://ecgi.global/sites/default/files/working_papers/documents/finalgelterhelleringer_0.pdf>.
10. Conseil Européen Ordres Médecins, “European Charter of Medical Ethics” (10 June, 2011) Conseil Européen Ordres Médecins (website), at Principles 6, 8, 11, 15, online: <http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/en-european_medical_ethics_charter-adopted_in_kos.pdf>.

11. International Conference of Medical Professional Associations and Bodies with Similar Remits, "Principles of European Medical Ethics" (6 January 1987) *Conseil Européen Ordres Médecins* (website), at Articles 2, 5, 24, online:
<http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/european_medical_ethics_principles-1987-1995_ceom_cio_0.pdf>.
12. *WMJ Conscience*, *supra* note 4 at 41.
13. *WMJ Foundations*, *supra* note 3 at 3.
14. *WMJ Conscience*, *supra* note 4 at 42.
15. CMDA Canada, "Understanding Conscience in Health Care" (21 April, 2021), online: YouTube <<https://www.youtube.com/watch?v=KyakqSesnGA>> at 00h:04m:01s to 00h:04m:48s [*Goligher*].
16. *Ibid* at 00h:05m:54s to 00h:07m:16s
17. L'Association Médicale Mondiale, "Déclaration sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté" (13 novembre, 2019), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-sur-leuthanasie-et-le-suicide-medicalement-assiste/>> [*AMM Euthanasie*].
18. L'Association Médicale Mondiale, "Déclaration de Hambourg de l'AMM sur le Soutien aux Médecins qui Refusent toute Participation ou Caution au Recours à la Torture et autres Traitement Cruel, Inhumain ou Dégradant" (10 novembre 2017), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-hambourg-de-lamm-sur-le-soutien-aux-medecins-qui-refusent-toute-participation-ou-caution-a-lutilisation-de-la-torture-ou-autre-forme-de-traitement-cruel-inhumain-ou-degradant/>> au para 1.
19. L'Association Médicale Mondiale, "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" (30 octobre, 2020), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-tokyo-de-lamm-directives-a-lintention-des-medecins-en-ce-qui-concerne-la-torture-et-autres-peines-ou-traitements-cruels-inhumains-ou-degradants-en-relation-avec-la-detention-ou-l/>> au para 1, 5, 9.
20. *Ibid* au para 2, 5.
21. L'Association Médicale Mondiale, "Proposition de résolution de l'AMM sur la prohibition de la participation des médecins à la peine capitale" (12 avril, 2019), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/fr/policies-post/proposition-de-resolution-de-lamm-sur-la-prohibition-de-la-participation-des-medecins-a-la-peine-capitale/>>.

22. L'Association Médicale Mondiale, “Résolution de l’AMM sur les examens anaux forcés pour apporter la preuve d’activités homosexuelles ” (19 avril, 2019), *AMM* (website), online: <<https://www.wma.net/fr/policies-post/resolution-de-lamm-sur-les-examens-anaux-forces-pour-apporter-preuve-dactivites-homosexuelles/>> au para 6.
23. *Ibid* au para 2.
24. L'Association Médicale Mondiale, “Prise de Position de l’AMM sur le Don d’Organes et de Tissus” (12 avril, 2019), *AMM* (website), online: <<https://www.wma.net/fr/policies-post/prise-de-position-de-lamm-sur-le-don-dorganes-et-de-tissus/>> au para 34–36.
25. Canadian Medical Association, “Submission to the College of Physicians and Surgeons of Ontario Consultation on CPSO Interim Guidance on Physician-Assisted Death” (13 January, 2016), *Protection of Conscience Project* (website), online: <<https://www.consciencelaws.org/background/policy/associations-013.aspx>>.
26. *Leiva et al, supra* note 1.
27. *Herx et al, supra* note 2.
28. *AMM Euthanasie, supra* note 17.
29. *WMJ Foundations, supra* note 3 at 2.
30. *WMJ Conscience, supra* note 4 at 44.