



9thGSNEC Notes / synthesis

Generalities:

The 9th Global Summit of the National Ethics Committees was held in Carthage Tunisia, from 26th to 28th of September 2012. Four main themes had been discussed during these days: Biobanking, Organ and Tissue Transplantation, Infectious Diseases and Research Ethics (Annex 1).

85 participants were present from 39 countries; seven countries were from the AFRO. In fact, most of the participants were from emerging countries (See Annex 3 for list of participants).

This Global Summit was very important legally and politically particularly on the global dimension as it was for the first time on the African continent.

Opening Ceremony:

- **Dr. Saadedine ZMERLI** (Chairman of the National Medical Ethics)
- **Dr Rudiger KRECH** (Director of the Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights - WHO).
- **Dr. Abdellatif EI MEKKI** (Minister of Health)

Inaugural Lecture of Professor **Abdelwaheb BOUHDIBA** (annex 2):

see attachment.

Themes:

1- Infectious diseases.

Chairs:

Hend Bouacha	Tunisia	hend.bouacha@rns.tn	26/09
Kjell Asplund	Sweden	kjell.asplund@branneriet.se	11:30 to 13 :00

Interventions:

First speaker: Bocar Kouyaté (Burkina Faso)

- HIV tuberculosis and malaria.
- Balance individual freedoms and collective interest, public health; e.g. quarantine.
- Resource allocation (everywhere): Access to medicines and vaccines (tamiflu/H5N1).
- Privacy.
- Protect health professionals.
- Compulsory vaccination Issue.

2nd speaker: Hugh Whittall (United Kingdom)

- Role and responsibility of the State.
- Personal freedom and the state role: Both issues are related to the intervention of the State.
- Recurrent theme: access to care the most vulnerable people and poor children.
- Degrees of state intervention, recording data to quarantine, or vaccination mandatory.
- Freedom and tobacco.
- The Role of motivation increases as freedom achievement does.
- Three requirements for state intervention: evidence, proportionality and consent.
- Reports with the media.

Debate

Secrecy and stigma: the importance of culture (including HIV)

Issue of the effectiveness of the provision if patients are stigmatized (eg HIV or TB).

Links with the context: poverty. We treat the person, he leaves, and he re-infects.
This

issue has an economic relationship.

What about partner notification in cases of HIV?

This issue has relationships with clinical research: poor countries: access to treatment conditioning to the inclusion in clinical tests. It's a problem of consent.

- Immigrant management issue /diseases including TB.
- Vaccination Family issue e.g. hepatitis 2.
- Setting up a public place of dialogue.
- Poverty.

The production of NEC is focused on AIDS in Europe 1990s. Nothing due Malaria / TB etc...

The refusal of vaccination, including France. Autonomy against public health.

2- Biobanks

Chairs:

Moncef Boulakbèche	Tunisie		26/09
Radhia Kraiba	Algeria	kyasmine2001@yahoo.fr	14:30 to 16:00

Speakers:

Nicks Zeps (Australia)

Janvier Arias (Spain)

Joachim Vetter (Germany)

Ryuichi Ida (Japan)

- Very different situations / guidelines.
- Problem of information: data sharing here.
- Importance of public consultation. But it is expensive.
- Question of means.
- Implementation and compliance issue.
- Would it be too hard to get the consent? Do people really make the difference?
- Problem of free data transfer of things. Who benefits from samples?
- Issue of "jurisdiction" of clinical tests, and applicable rules in several countries?
- In Spain, they organize and legislate on Biobanks to assure confidence and thus make life easier for researchers.
- National and global regulation is always a different dimension.
- Regulation on the transport of samples and the use of datas.
- Transport law samples and datas.

Debate

Issue of consent and integrity: Example of sample used on a child and when the person reaches 60 years.

BBDB Interconnection?

- -Difference of guarantees in different states.
- -Tension between research progress and human rights.

- Different types of consent: blank, broad, specific ...
- Unlimited
- Large
- Request people about what we want exactly: genomics research has not kept its promises.

The general line is: do not stop looking with your consent: Let's transform the concept of consent!

Debate is biased because countries have biobanks, others do not.

Questions:

- Should retrieval be authorized?
- Under what conditions?
- Can we store them?
- How to organize the studies?
- Then, the question of international trade.

3- Organization of Research Ethics Committees

Chairs

Samir Boubaker	Tunisia		27/09
Joachim Vetter	Germany	vetter@ethikrat.org	9:00 to 10:30

Speakers :

Manuel Ruiz de Chavez

Edith Deleury (Quebec)

- Conflicts of interest: identify, prevent and manage; on the same side, individual and institutional. Specific policies are needed.
- Problem of fees given to boards. Who should pay the members of the committee?
- Protection of vulnerable people: the poor, children, etc. ...
- Research as such makes people vulnerable.
- Informed consent is not only on paper!
- Registration Accreditation Monitoring Collaboration. What are the Equivalent conditions? How accountability the Boards are?

Edith Deleury (Quebec):

In Canada, regulatory authorities are present at two levels: federal and provincial.

How compelling? To use federal grants, universities should accept by contract a number of rules developed in three councils. Whatever the discipline, whatever the research; both are included in human science.

Quebec civil code; rules on human experimentation: Articles 20 and civil code. For vulnerable people, we follow all the research.

Guidelines emanating from research funds.

All this is very structured.

The law obliges committees to be multiplied (the need of specialists): Laval University, 3 McGill University, 9.

It was difficult to implement: It was considered as reaching freedom of research and inspired by biomedical logic.

Border limit of the concepts, including research / evaluation.

Training program online.

Including adjustments in 2010.

Verbal consent, if it is documented. Question on the secondary data. If the project is anonymous, there is no ethics committee.

Problem of means.

Speaker / JJM Van Delden

- Vulnerable people.
- Makes a difference between ethics and practical ethics as an object of academic research.
- Conflicts of interest.
- The willing to broaden the consultation.

Debate

- Issue of insurance beyond the consent.

Answer: the question is essentially national.

Insurers take the consent form as a proof of acceptance of risk. Netherlands and Canada agree! Canada suggests a consent form of 56 pages.

- Question of the protection of the research.

What about genetic research, which is trans-generational: No response from the speakers.

South Africa: question / research on minors. In Canada, the risk should be minimal.

Tunisia: the question of the relationship between regional and central.

Who collects consent? When we consent.

Mexico / insurance. The doctor is also the investigator. Who should provide it? The difference between insurance and liability.

Senegal: multiple committees and transparency. How committees are inspected and audited. Can we withdraw an agreement?

Is there a selection of committees, can we make the tour of committees? Shopping Forum. There are audits, one university has been fired. The question of shopping exists, including / clinical tests.

4- Transplantation Session

Chairs :

Laurence Lwoff	C.E	Laurence.LWOFF@coe.int	27/09
Javier Arias Diaz	Spain	javardi@iscili.es	11:30 to 13:00

Speakers:

Hugh Whittall

Emmanuelle Prada – Bordonave

Laurence Lwoff

Hugh Whittall, Nuffield Council on Bioethics

Persistent problems for transplantation involve: shortage, Tx tourism, trafficking. State interventions should promote public health, encourage donation and prevent trafficking.

- **Principles and propositions:** Value to human health of treatment and research are emphasized as shortages have adverse consequences. National States should encourage donation as an act of solidarity and must guarantee protection of vulnerable people. Sale of human body parts is unanimously considered as contrary to human dignity and well-being. Trafficking of persons and organs for Tx is condemned.
- **Questions and issues:** appropriateness of financial compensation and other methods of encouraging donation. Forms of authorization and consent. Donation after circulatory death (DCD)/non heart-beating donation.

Laurence Lwoff, Bioethics Department, Council of Europe

Numerous CoE legal documents, e.g. Convention on Human rights and biomedicine (Oviedo), or the Additional protocol concerning Transplantation of Organs and Tissues of human origin have been issued.

The principle of non-profit has been re-emphasized by the European parliament. A Convention against trafficking in human organs is being elaborated. It is defined as a criminal act because of the absence of free, informed and specific consent, while a financial gain is observed. Preventive measures include transparent domestic

system for organ Tx, equity of access, and collection and exchange of information (at national and international levels).

The Convention against trafficking is part of a “3 Ps” programme: Protection, Prevention, and Penalization.

Emmanuelle Prada-Bordenave, French Biomedicine Agency

Three consecutive bioethics laws in France: 1994, 2004, and 2011. Interested by the quality of the Discussion paper provided for the Summit.

Three remarks:

- **Responsibility of the State:** To ensure non-trafficking while developing Tx activities, the State should be engaged in respecting international ethics principles. It is interesting to see that the first French bioethics law has been passed following scandals in this matter. Importance of such a structure that is also accountable should be emphasized.
- **Financial compensation.** Its definition is precise in international texts. Donors should be reimbursed for all their expenses during the donation process, and receive a proper compensation in cases of damages. However, money cannot be given without such link: this would be commerce.
- **Repartition between deceased and living donors.** Attention to the donor is key and should be exerted before, during and after the donation process. Nothing justifies a lack of attention to a donor.
In cases of donation after circulatory death (DDC), France allows Maastricht I and II categories (“*uncontrolled*” circulatory arrests), but not for the present time Maastricht III conditions (“*controlled*” circulatory arrests) following withdrawal of life-supporting care in the ICU. In all cases, withdrawal of care in the ICU should be performed in such a manner that it cannot raise any suspicions in a perfectly sound and respected manner.

Debates:

Edith Deleury: the governance of research ethics.

In Canada, regulatory authorities are multiple in Quebec, with federal and a provincial jurisdiction.

The main goal of ethical committees is to assess the recognition to be able to dialogue among persons that are part of a common humanity.

The presenter valued the choice of the theme of equity and fairness of this meeting: wherever we are from rich or from poor countries, we are all human. If we take the example of research ethics and care of human-derived products, the risk of abuse exist in both cases, stressing the importance of finding global solutions for research ethics.

Kjell Asplund, Sweden: A model for a national ethics committee’s priority setting

The main factors for this model involved:

- Relevance
- Medical ethics in focus
- Delineated ethical questions
- Potential to impact
- Application ethical principles
- Lack of consensus
- High risk with lack of guidance
- Fast biotech development

Examples were applied for medically assisted reproduction, patients' rights and advocacy, or terminal sedation to facilitate priority setting process. It is concluded that it is possible to agree on a simple set of criteria for open prioritization of projects performed by a national ethics committee.

Joël Moret-Bailly (France) Mohamed Salah Ben Ammar (Tunisia): Conflicts of interests

Conflicts of interests concern a broad context: health, but not exclusively. Strategic issues are the interest of patients, public health and public spending, as well as the interests of professionals, health organizations and public administrations. They thus present a highly political matter, with the risks of a loss of confidence and credibility, as well as liability issues.

Traps to avoid would be to solely blame professionals, restrict the problem to an individual issue with individual solution.

Considering their definition, a distinction should be made between conflicts of interest and *conflicting* interests. The law commonly accepts conflicting or opposing interests (e.g. divorce, contracts, bioethics).

How to regulate conflicts of interests? Through ethics and norms? Or through a global understanding? Both issues have been discussed.

The remaining questions involve the fact that links are not conflicts! Who is to declare? What is to declare? To whom? Who do analyze? What is not made? How to manage rules?

Thus, the issue of conflicts of interests appears ethically very sound as it associates accountability to responsibility for the physician/researcher. Taken globally, the regulation and/or prevention of conflicts of interests values a proper understanding of the concept of autonomy, linked to the cardinal principle of justice.

Jonathan Montgomery: Dementia and decision-making (Nuffield's report)

This issue represents dilemmas in day-to-day care, stigma, and ethical decision making problem.

One in five people will actually develop dementia by the age of 85. Cost of care in UK is presently is £23 billion, which represents more than cancer care and heart disease combined. This figure is most likely to increase in an ageing population.

There are no easy answers in this difficult subject! The ethical framework chosen is: a 'case-based' approach to ethical decisions that would identify relevant facts, interpret and apply appropriate ethical values, and compare it with other similar situations.

The ethical framework proposed aims at promoting the interests of those involved (through autonomy, and well-being), act in accordance with solidarity (i.e. duty to support people), and recognize personhood (a person with dementia is of equal value to someone without dementia).

Even in a very handicapped person, the capacity of making decisions should be sought. People have the right to make their own decisions about their health and welfare. But as dementia progresses, it can become harder and harder to make their own decisions. Thus, decisions by a proxy for people who lack capacity must be performed in the person's best interests.

Advanced decisions have been discussed as a welcome opportunity to exercise autonomy, although the risk might also be present that they could be potentially harmful for future care decisions. The law should allow people to make an advance decision to refuse any treatment of their wish. Therefore, decisions about future care are best achieved in the broader context of advance care planning.

Wolf-Michael Catenhusen, Germany: German Ethics Council's report: how to preserve the self-determination of people with dementia?

The presenter summarized the contents of the opinion. Considering the different stages of dementia, the ethical challenge of enabling and respecting self-determination, legal protection, areas for action and steps of implementation might have different applications.

Self-determination is the basis of dignity of mankind. But is not restricted to cognition or thought process. It includes fundamental emotional and behavioral orientations and basis moods, feelings, i.e. it is a broad understanding of Self-Determination.

Michel Daher, Lebanon: Pain relief as a Human Right

For centuries, medical and surgical treatment has emphasized saving the life of the patient rather than ameliorating the patient's pain, particularly when there were few options for the latter. Today at the dawn of the 21st century, the best available evidence indicates a major gap between an increasingly understanding of the pathophysiology of pain and widespread inadequacy of its treatment. Epidemiologic evidence has proven that chronic pain is a widespread public health issue. Studies of cancer patients' pain control consistently reveal that up to half of patients receive inadequate analgesia and 30% do not receive appropriate drugs for their pain.

Equally, for patients suffering HIV/AIDS, 60%-100% will experience pain at some stage in their illness. In the developed world, this gap has prompted a series of declarations and actions by national and international bodies advocating better pain control. One response to the worldwide undertreatment of pain has been to promote the concept that pain relief is a public health issue of such critical importance as to constitute an international imperative and fundamental human right. The importance of pain relief as the core of the medical ethic is clear.

Pain clinicians promote the status of pain management beyond that of appropriate clinical practice or even an ethic of good medicine. They advocate a paradigm shift in the medical professions' perspective on pain management, from simply good practice to an imperative founded on patient rights. There is a need to promote policies which create conditions where human beings can bear even incurable illnesses and death in a dignified manner. This must help health professionals or lay groups to initiate a powerful agenda to reform local statutes.

The essential components of such legislation are:

1. Reasonable pain management is a right.
2. Doctors have a duty to listen to and reasonably respond to a patient's report of pain.
3. Provision of necessary pain relief is immune from potential legal liability.
4. Doctors who are notable or willing to ensure adequate analgesia must refer to a colleague who has this expertise.
5. Pain management must be a compulsory component of continuing medical education. For too long, pain and its management have been prisoners of myth, irrationality, ignorance, and cultural bias. We are confident that the Pain Relief and Palliative Care Working Group under the auspices of the Lebanese Cancer Society is the main promoter of Palliative Care in Lebanon whose main goal is to relieve suffering and improve quality of life of the cancer patients, and advocate pain relief as a human right.

Sadek Beloucif - France: Human Rights and support for pain.

Dafna Feinhloz, UNESCO capacity building and NECs

This last session was on the general theme of capacity building.

Reports are available on the principle of consent, on social responsibility and health, and on the respect of human vulnerability and personal integrity.

For example, the Assisting Bioethics Committees Project (ABC) includes 3 steps:

- Exploration and assessment of the existing bioethics structures
- Technical support in the establishment of NEC
- Technical support for long-term sustainability

Supplements to the UNESCO bioethics core curriculum have also been recently published: a Casebook on benefit and harm, and a Casebook on human right and human dignity. All can be found online at the Global ethics observatory:

www.unesco.org/shs/ethics/geobs

Activities of the Council of Europe: similar achievements have been presented (see www.coe.int/bioethics for a guide on decision making process regarding medical treatment in end-of-life situations).

JJM van Delden, Pdt of CIOMS presented the revision of CIOMS ethical guidelines for biomedical research

Purpose of the guideline is to show how fundamental ethical guidelines principles and the Declaration of Helsinki can be applied effectively in different cultures, religions, traditions, socio-economic circumstances, with special attention for low and middle-income countries.

Revision of the guideline has been decided because there has been changes in other relevant documents (such as UNESCO, WHO, Council of Europe, EU commission...). Also, there have been changes in the field of research (as areas for research have expanded), and also changes in existing regulations and ethical practices by health authorities.

Developments within research ethics (e.g. standard of care, use of placebo, requirements of reasonable availability, responsiveness to host population, community consultation...) have also promoted a deeper understanding of these questions. Finally, developments of ethics in the general field of science are linked to an increased need for transparency about conflicts of interests, or registry of trials...

The process of revision involve working groups of 10 people, with advisors from WHO, WMA, Unesco, or COHRED, with the aim of finalizing it in 2015.

Finally, the meeting ended with Regional meeting among members.

- ASIA

- Discussion in the research consent: consent process.
- Learning the ethics
- Consent and community / individual consent.

- EUROPE

- For the European Union, the next meeting will be in Cyprus
- Independence of the National Committees / Commission, is still hard to establish although these NECs must be independent of their political authority.
- Highlights: Assisted reproductive technologies and possible developments. Question of the end of life. Neuro-ethics in relation with genetics. Importance of interaction with the public.

- AFRICA

- Many countries do not have NECs or Biobanks as noted at the beginning of the meeting. We need to organize and create networks on these subjects.

- EMRO

- All committees created in recent years (except Tunisia, 1992)
- Samples, clinical trials of board / clinical trials must be better understood.
- Establishment of a database.
- A horizontal collaboration is needed, not only with countries from the North such as U.S. or Europe.

Market Place:

That space for exchange, discussions and casual meetings has been user friendly. It was dedicated to offering exposure for the works and activities of committees in view of enriching ethics and sharing everyone's know-how.

ANNEX 1**1st session. 26/09/2012, 10h30-11h30.**

Time	Presentation	Topic	Modalities
10h30	Nicole Beaudry (Québec)	Aims and functioning of the Market Place	Oral pres.
10h40	WHO (Ghassan Karam)	International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)	Demo
10h50	WHO (Stefano Crétier)	Online database of National Ethics Committees and their Opinions (ONEC Database)	Demo
11h00	Belgium (M-G Pinsart)	15th Anniversary of the Committee	15th Anniversary of the

			Committee
11h10	Germany (J. Vetter)	Intersexuality	PPP
11h20	Tunisia		

2nd session. 26/09/2012, 16h00-16h30

Time	Presentation	Topic	Modalities
16h00	Switzerland (G. Pfeiderer)	Ethical requirements for the field release of GM plants.	PPP
16h10	Iran (SM Akrami)	Ethics of PND and PGD	PPP
16h20	PAHO (C. Saenz)	Ongoing activities	PPP

3rd session. 27/09/2012, 10h30-11h30

Time	Presentation	Topic	Modalities
10h30	Cyprus (M. Voniatis)	Ethics of medically assisted human reproduction	
10h40	Québec (N. Beaudry)	Commission jeunesse (éducation)	PPP
10h50	Japan (Ryuichi IDA)	Framework of Bioethics in Japan	PPP
11h00	CIOMS (JJM van Delden)	CIOMS in ethics and drug safety	Poster
11h10	Sweden (L. Eriksson)	Young people's views on assisted reproduction	PPP
11h20	Lebanon (M. Daher)	Ethics in End of Life Care	Poster + publication

4th session. 27/09/2012, 15h30-16h00

Time	Presentation	Topic	Modalities
------	--------------	-------	------------

15h30	UK (H. Whittall)	Educational activities to encourage discussion of bioethics issues among young people.	PPP
15h40	AARSH (Sénégal) (BK Coly)	Panorama des CERs en Afrique de l'Ouest	Poster
15h50	ABM	Banques de sang placentaire	

5th session 28/09/2012, 10h30-11h00

Time	Presentation	Topic	Modalities
10h30	IBC-UNESCO (S. Semplici)	The ongoing activity of the IBC: the example of Traditional Medicine	PPP
10h40	Mexico (MR de Chavez)	Approaches on Research Ethics	Poster
10h50	France (P. Gaudray)	Missions, activities of NEC	Poster

ANNEX 2

DE L'EQUITE EN MATIERE DE SANTE

Abdelwaheb BOUHDIBA

L'honneur de participer à ce sommet unique en son genre se double pour moi d'avoir à analyser une question majeure de notre temps, celle de l'équité en matière de santé. Certes l'équité et la justice en général, le souci constant de la médecine dès l'aube de la civilisation humaine d'être au service de tous les hommes, ont été au centre des préoccupations des sages-philosophes, comme des hommes politiques désireux d'assurer la vie harmonieuse au sein de la cité : les choses ont bien changé depuis. Les formidables bouleversements de notre savoir médical, son interférence avec nos conceptions de la vie, le progrès technique universel, l'explosion de notre habileté industrielle, les exigences de la haute finance, l'émergence unique en son genre des droits de l'homme ; tout cela nous fait considérer la santé plus qu'un don de Dieu, comme un droit inaliénable de l'homme, de tout homme. Nous avons poussé très loin la démocratisation des soins médicaux conçus comme un fait majeur de notre temps ; sans que nous ayons les moyens,

même dans les pays les plus aisés, de répondre à l'attente de nos concitoyens, attente que nous nous plaisons par ailleurs à entretenir.

Aussi, sommes-nous riches ou pauvres, avancés ou en retard, tenus de refaire nos analyses et de les raffiner pour tenir compte tout à la fois des exigences inaliénables de la conscience humaine qui s'exprime certes autrement que les réalités en perpétuelles mutations. En sorte que nos analyses ont besoin d'une révision, voire d'une refonte totale. En sorte aussi que parler aujourd'hui de l'équité en matière de santé. C'est faire preuve autant de lucidité que de témérité. Beaucoup d'ailleurs ne verraient dans le titre que l'inconséquence, voire la mauvaise foi, d'une époque qui aspire au bien-être, à tout le bien-être, au bien-être pour tous. Elle subsume sur le mot de santé un rêve tenace et profond que l'homme porte en lui-même, qu'il véhicule d'âge en âge pour se réfugier dans un paradis fait d'harmonie, d'absence de souffrance, de maîtrise de la maladie, du recul de la mort. Faisons donc un saut dans le rêve pour que l'équité soit la grande valeur fondatrice de l'égalité et de la dignité dans nos systèmes de santé.

Il était quand même temps de poser ces problèmes éthiques et pratiques en termes renouvelés, et de les situer au centre des préoccupations des sociétés comme les nôtres. Notre propos ne saurait être que de placer le débat sur les bases des mutations profondes que connaît l'humanité. Pour mieux appréhender cette problématique en raison même de son urgence, il faut nous pencher tout d'abord sur la notion d'équité pour en saisir le sens, la portée et les implications avant de nous saisir de ce qu'est devenu aujourd'hui le secteur de la santé qui a pris au cours des dernières décades une extension formidable et créé au niveau personnel, national et mondial des besoins sans limites et difficiles à satisfaire. Bien entendu c'est la difficile – voire l'impossible convergence de l'exigence d'équité avec les implications du droit à la santé unanimement reconnu aujourd'hui qui retiendra notre attention.

De l'équité à la justice le passage est préoccupant. Penseurs et hommes d'Etat y ont vu à la fois un horizon des valeurs et une exigence de l'universel absolu. Mais très vite il a tourné au grand « casse-tête » auquel tous ceux qui veulent agir « correctement » se trouvent régulièrement confrontés. L'écart des deux niveaux n'a guère échappé à la philosophie grecque et c'est Aristote que nous ne cessons de visiter et de revisiter, qui nous en a donné le premier et de manière lucide et quasi définitive, les dimensions. Générations après générations nous continuons à puiser dans l'*Ethique à Nicomaque* de grandes leçons : « l'équitable, y lit-on, tout en étant juste, n'est pas le juste selon la loi, mais un correctif de la justice légale. La raison en est que la loi est toujours quelque chose de général et qu'il ya des cas d'espèce pour lesquels il n'est pas possible de poser un énoncé qui s'y applique avec certitude ... On voit ainsi clairement ce qu'est l'équitable, « que l'équitable est juste et qu'il est supérieur à une sorte de juste » (V-15 – traduction Tricot). Voilà ce sur quoi ne cessent de buter tous ceux qui veulent rendre la justice comme on dit et dont les arrêts sont susceptibles d'être « cassés », révisés malgré le préjugé de la chose jugée ... L'équité demeure elle maîtresse, souveraine et reine absolue pour jauger

nos actes. Le juste veut être conforme au droit et entrer dans les sphères des choses positives, mais comme il se situe au creux de l'histoire, au carrefour même des exigences contradictoires de la société il doit arbitrer entre des critères et des choix multiples. Il n'est finalement qu'un simple compromis exposé trop souvent à la compromission. Aussi voyons-nous Aristote en esprit réaliste et sans illusion sur les hommes, tout en maintenant l'équité comme valeur absolue, comme exigence inaliénable, introduire dans le juste des *distinguo* subtils dont je vous fais grâce. La justice distributive répartit les avantages de la cité et la justice corrective répare ce qui a lésé tel ou tel citoyen.

La première répartit les biens, les honneurs et les privilèges. La deuxième rétablit l'égalité et veut parvenir à la réciprocité et la commutation institutionnelle entre les citoyens. En sorte qu'un jugement d'équité ne saurait être l'application stricte de la loi et encore moins du règlement. L'équité guide la loi, l'oriente, la rectifie. Elle rend la loi plus proche de la Loi. Celle-là ne cesse de s'adapter à celle-ci. Elle « s'ajuste » sans fin. Elle doit en effet tâcher d'être conforme à l'exigence morale et rationnelle tout en tenant compte des pesanteurs sociales, économiques et autres. Grand débat des fins et des moyens qui laisse le juste comme en suspens et l'on verra par exemple Mohamed quelques siècles plus tard, sans illusions sur les hommes, conseiller de « suspendre » les jugements « irréversibles » et « éviter les sanctions autant que possible », de « chercher des issues juridiques » car « mieux vaut pour le juge se tromper en pardonnant que se tromper en punissant ». « *Idfu El hududa ma Wajadtum Lahu Madfaan* » (Hadith rapporté par Ibn Maja). « *Inna El Kadhi kheirun Lahu an Yokhtia bil Afwi min an yokhtia bil Ikab* » (Hadith rapporté par Termidhi).

Cette relativité du juste fera dire quelques siècles plus tard à Leibnitz « *summum jus summa injuria* » (la stricte application de la justice est la plus grande injustice qui soit). Etudiant ma propre société – la tunisienne, mais on peut généraliser sans fausse pudeur – j'ai montré jadis que la conscience populaire distingue clairement ce qui est « moral » (h'aq) de ce qui est légitime » (mashruû) et celui-ci de ce qui n'est que légal (quanuni) (Criminalité et changements sociaux. Tunis 1964). Quelques années plus tard analysant l'administration de la justice j'ai trouvé que la valeur équité (âdl) se dégrade en justice de tribunal ('adâla) puis en vulgaire routine judiciaire ('adlia). (Public et justice, Rome 1967). La norme se perd donc dans les dédales des procédures. « Divine, trop divine » aurait dit Socrate de l'équité ; « humaine, trop humaine » aurait dit Nietzsche de la justice. Plus que jamais peut être, notre conscience post-moderne se trouve partagée entre l'esprit d'équité qui nous guide et la lettre de la loi qui désigne le faisable en disant ce qui est juste et ce qui est injuste et en désignant ce qui est réglementaire et ce qui ne l'est pas.

C'est ce que remet à plat John Rawls dans un livre venu vraiment à son heure (théorie de la justice – 1971) et qui repense la justice à la lumière de nos pratiques actuelles. L'anthropologue sait bien que les valeurs ne fonctionnent jamais à vide et que ce sont les cadres sociaux concrets et eux –seuls- qui leur donnent les moyens de se réaliser. Or l'exercice de la justice et l'équité en matière de santé entre aussi

dans ce cadre, ne se fait plus comme au temps de Socrate, de Omar ou de Montesquieu, mais au sein d'une société devenue plus complexe que jamais L'Etat n'est plus celui qu'a construit l'Occident tout au long du XIXème et du XXème siècles, confiné dans le jeu plus ou moins harmonieux des trois pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire. Deux contre pouvoirs sont venus en compliquer l'exercice : l'économique et celui de l'information.

L'équité, et à plus forte raison la justice, doit compter avec ces nouvelles données. La société post-moderne que ses références soient libérales, socialisantes ou autres, fonctionne comme une vaste « entreprise de distribution de biens marchands (rémunération, gestion et exploitation, d'un patrimoine) et non marchands (avantages sociaux, privilèges et exemption, imposition et non taxation), de services aussi : (citoyenneté, sécurité, éducation, santé ... positions de commandement et de prestige, pouvoir à divers niveaux de la vie sociale). Tout cela s'échelonne selon ce qu'en décide l'Etat. Celui-ci et son contrôle est devenu, démocratiquement ou non, l'enjeu d'une forte lutte pour s'assurer au mieux les avantages économiques, sociaux et culturels. Car ce qui est en jeu c'est le contrôle d'une gigantesque distribution, mouvante elle-même. La compétition des groupes sociaux et des groupes de pression est souvent âpre et violente, mais souvent aussi silencieuse, par le biais des budgets, des lois, des règlements ou plus simplement des usages de faits. D'où ces partages forcément inégaux, instables, revus à la hausse ou à la baisse selon l'équilibre des forces, les dialectiques de l'histoire et ce, au triple niveau local, national et mondial. La santé n'est qu'un enjeu parmi beaucoup d'autres. La politique –et donc les politiques de santé – n'est qu'un arbitrage sans fin assuré harmonieusement ou chaotiquement. Elle décide de la place, contractuelle et donc provisoire, de l'équité et de la déontologie en général, et de l'ajustement matériel de la distribution des biens et avantages sociaux, économiques, culturels matériels et non matériels.

De là vient le caractère juste ou injuste de cette répartition. Une société juste, ne saurait l'être que provisoirement, c'est celle en tout cas qui accorde dans les faits à chaque individu les mêmes chances, les mêmes libertés et la même opportunité d'accéder aux biens économiques et sociaux et de bénéficier des progrès matériels et moraux. Dans cette gigantesque distribution – soumise à une continuelle redistribution des cartes, le rôle de l'Etat juste est de favoriser les plus défavorisés sans défavoriser les plus favorisés. Cette redistribution des revenus ne peut se faire sans donner des moyens à ceux qui en manquent ou, comme dira un peu plus tard Amartya Sen en renforçant la « capacité » des plus démunis. Indien de culture, ce Prix Nobel d'économie, nous presse de repenser la notion de pauvreté et de remettre à l'heure les pendules de « l'inégalité ». Une société juste est celle qui donne à chaque individu les moyens de disposer de ce qui lui permet de vivre selon sa propre culture, ses propres visions du monde et selon les situations concrètes où il vit.

La notion d'équité –trop occultée des débats de nos économistes se trouve réintroduite et de manière positive dans les enjeux politiques et sociaux. L'équité

n'est pas une égalité arithmétique mais elle veille à ajuster les droits et les devoirs des citoyens aux situations concrètes. Il n'y a pas de traitement standardisé, mais des efforts qu'il faut faire couronner de succès pour que l'égalité potentielle aboutisse à l'égalité de fait telle qui aspirent les individus.

L'équité n'est pas abstraite. Elle est en situation. Le droit à la santé est un de ses enjeux principaux et il est corrélatif à la vie elle-même. S'interroger en effet sur le respect dû à la vie revient en fait à s'interroger sur les secrets de la bonne santé, sur les moyens de la préserver ; d'en favoriser l'issue heureuse et d'en reporter la fin autant que l'on peut. Or l'absence de dysfonctionnement, la marche « normale » et harmonieuse de l'organisme, l'absence de toute anomalie, appelée maladie, relèvent de très nombreux facteurs qui s'échelonnent tout au long de la vie et sont tantôt favorables et tantôt défavorables. Si selon Descartes le bon sens est la chose la mieux partagée au monde, il faut convenir que la bonne santé bien au contraire est la chose la moins bien partagée. Qu'elle soit publique ou privée, qu'elle soit physique ou mentale, elle varie en nature et en degré selon les conditions de vie, du sexe, les classes sociales, les disparités régionales, le milieu physique et même chez le même individu elle dépend, de l'âge, de la nature des comportements physiques et mentaux, et de l'usure du temps. Comment parler d'équité à propos d'une notion aussi instable et aussi fugitive ? La bonne santé n'est trop souvent qu'un vœu, le bonheur du moment, un horizon et l'harmonie d'un instant dont il faut profiter avant qu'elle s'évanouisse. Ce que nous appelons santé n'est au sens administratif du mot qu'un défaut de santé qu'il faut au plus vite corriger afin de rétablir un équilibre dont nous savons qu'il est par essence fugace et provisoire. Comme les pompiers appelés trop tard pour éteindre un incendie après coup, le médecin est appelé après coup pour gérer une souffrance, une rupture d'équilibre, un déficit, et pour constater l'absence même de la bonne santé. Ce que nous appelons prévention n'est pas toujours pris au sérieux et il atteint très vite ses propres limites. Le Docteur Knock avait-il vraiment tort de proclamer qu'un « homme bien portant n'est qu'un malade qui s'ignore » ? Avait-il vraiment tort par delà la dérision de rêver de mettre au lit tous les habitants de la ville ? Ne serait-il pas ravi de constater le pullulement des lits d'hôpitaux, de clinique, de dispensaires de toute sorte que se comptent par dizaine de millions dans notre civilisation post moderne ? Comment parler d'équité entre gens au lit et gens en sursis et condamnés à y être mis ? L'équité en matière de santé ne serait-elle qu'un mirage tout au plus le tombeau de nos illusions où nous enterrons jour après jour nos folles espérances ?

Le progrès réel que connaît la médecine est des plus ambigus. D'une part il fait reculer de manière certaine la mort et la souffrance, mais s'exerçant dans les conditions économiques et sociales que connaît l'humanité aujourd'hui, il ne profite pas de manière équitable à tous et il accentue les inégalités. Nous sommes dans un pays qui se flatte, à juste titre, de la prouesse de ses équipes médicales qui ont réussi au cours des cinquante dernières années des avancées énormes. Mais plus on soigne, plus il y a des gens à soigner. Nous nous félicitons de la centaine de greffes

réussies de cœurs, de reins ou de foie, et ce dans des conditions difficiles mais maîtrisées. Mais que sont ces succès au regard des milliers d'autres qui attendent, sans compter les dizaines de milliers d'autres qu'on ignore encore.

N'en doutons pas, la médecine – et les soins qu'elle prodigue ont littéralement changé de nature. Ce n'est pas à vous gens du métier que je dirai les paradoxes qu'affrontent les systèmes de santé, tous les systèmes de santé dans notre monde post-moderne. Devenue collective, industrialisée, informatisée, le « big business » s'y est introduit. Elle n'a presque plus grand-chose à voir avec la médecine d'hier et j'espère vous montrer que c'est dans ce « presque » que se trouve l'interstice dans lequel se tapit encore l'équité. Un retour en arrière n'est pas tout à fait inutile compte tenu du sérieux de nos problèmes et de la gravité et de l'ampleur des tâches qui nous défient.

Pendant très longtemps la santé ne préoccupait guère les pouvoirs publics sauf en cas d'épidémies dans lesquels ils ne voyaient que la colère de Dieu. La santé, mauvaise surtout, suscitait la compassion, et relevait de l'initiative privée ou de l'apostolat. Les princes y allaient parfois de leurs dons. La santé ne relevait pas de l'équité mais de la charité. La relation interhumaine d'amour ou de devoir était au creux du désir de soulager les souffrances humaines. L'Inde, la Perse et la Grèce ont inventé la médecine. Ce fut là un de leurs très grands mérites historiques. Les arabes ont eu –entre autres- celui de réaliser l'importance de leurs découvertes, d'en avoir hérité les principes et les méthodes, d'avoir fait fructifier le legs et de l'avoir à leur tour enrichi de découvertes décisives. Ils ont eu aussi le mérite d'avoir inventé l'hôpital, structure spécialisée dans la dispense des soins ambulants ou cliniques avec ses pièces pourvues de lits séparés afin d'éviter la contagion, d'autres communes, des réfectoires, des lieux de loisir et la musique conçu comme thérapie. Ils ont séparé la médecine de la pharmacie, fait place aux apothicaires et aux aides-soignants, aménagé des salles de soin, des bains et des lieux de massages.

C'est bien à Samarcande, Baghdâd, Alep, Kairouan, Cordoue que l'institution a fonctionné à plein rendement. Pas une seule grande cité de l'islam qui n'ait en son Miristan, tékya (son machfâ ou son moustachfa) centres hautement spécialisés et efficaces pour abriter les impotents, les personnes âgées ou les futures mamans. Le fonctionnement de la fondation médicale et son entretien étaient couverts de manière durable par un waqf (bien habous). Soigner était un acte de solidarité avec les autres hommes qui n'avait d'autre but que de susciter la satisfaction et la rétribution de Dieu (thawâb) et le Coran proclame que « seul le bel-agir de Dieu » peut récompenser « le bel-agir de l'homme » (*hal jazâul ihsani illa al ihsân* – Coran : S. LV , v. 60). En Occident aussi les couvents spécialisés vivaient de la charité et l'apostolat y était aussi fondé sur la solidarité interhumaine et l'amour. Ce n'est pas le lieu de nous étendre sur ce sujet. Le regretté Professeur Sleim Ammar dans son beau livre « En souvenir de la médecine arabe » et dans son érudit « Médecin et médecine de l'Islam », dont hélas seul le tome 1 a été publié et dont la suite dort toujours chez ses

héritiers - a donné de très amples détails sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, hospice ou asile en terre arabe et musulmane.

La rencontre de la médecine grecque et de la foi musulmane a donné au médecin arabe un profil exceptionnel. Il était à la fois philosophe savant, humaniste, érudit, encyclopédiste en un mot. Nous persistons en Tunisie à appeler « Hakim » notre médecin. Oui il est le sage par excellence.

La soif d'absolu s'exprime bien en effet dans l'idéal total qui l'anime : idéal fait de compassion, de solidarité de science et d'efficacité. Ainsi furent Avicenne, Razi, Abu Imrâne, Ibn Al Jazzâr et tant d'autres. Arrêtons-nous un instant sur de ce dernier qui donna à l'Ecole Médicale de Kairouan son lustre. Autant que les autres il a su faire passer la médecine au ras de la vie quotidienne, en Ifriqia, et en Sicile. Il rayonna jusqu'à Salerne fondée comme on sait au XII^{ème} siècle par trois médecins : un juif, un chrétien et un musulman. Il eut surtout le souci de moduler la médecine selon le patient et de la mettre en « situation » pour ajuster la thérapie selon le malade pris dans son contexte économique et social. Le premier il a développé la médecine selon le type même du soigné. Il a le premier écrit un « traité de gériatrie » (Tibb al machâikh) , un autre de pédiatrie (Tadbir al sibyân), un autre d'urgence pour les voyageurs (Zâd al mussâfir) un autre enfin qui nous intéresse ici au premier chef « pour les pauvres et les déshérités » (Tibb al fuqarâ wal masâkin). Cet ouvrage est d'une étonnante modernité. « J'ai constaté écrit-il comme pour se justifier, que plusieurs personnes dont des pauvres et des déshérités sont incapables de profiter des prescriptions de mes précédents ouvrages en raison de leur pauvreté et de leur faible pouvoir d'achat et ne peuvent acquérir les produits qui sont à la base même de leur traitement. J'ai écrit alors à leur intention un autre ouvrage comportant des médicaments disponibles qu'il est facile de se procurer sans trop alourdir leurs dépenses et au moindre coût. Il sera alors aisé aux médecins de soigner tous les malades y compris les pauvres et les déshérités ». (*Ibn Al Jazzâr. Traité de la médecine des pauvres et des déshérités. Ed. R. Jazi F. Al Asli – Carthage 2009, p.428*). Il ignorait bien sûr les médicaments génériques, mais il a inventé en tout cas les médicaments de substitution. Ce souci authentique qui animait Ibn Al Jazzâr est celui là même qui anime notre présent sommet.

La médecine, à son honneur, a toujours été de cœur et d'intelligence. Il a fallu que les grandes mutations qu'elle a connues au XIX^{ème} siècle, pour que le débat justice ou charité envahisse la philosophie et la morale dans le cadre d'une laïcité pertinente certes, mais qui a très vite tourné court dans ce genre de réflexion. Ce problème est aujourd'hui largement dépassé. Mais l'essentiel demeure pour notre propos : la nature de la relation soignant-soigné. Car les soins ne sont jamais une simple réponse technique à la maladie et au défaut de bien être d'autrui. Ils instaurent une relation humaine fondatrice du secours amical, bien veillant et efficace. Voilà qui doit être placé au creux de l'exigence d'équité.

Or, vous le savez mieux que moi, l'évolution en toutes directions de l'humanité a complètement bouleversé le paysage médical. Avec des différences notables dans leur vision du monde, le rythme de leur histoire, les pesanteurs de leurs structures, toutes les nations du monde se trouvent aujourd'hui, du point de vue qui nous intéresse, et à des degrés divers, confrontés à des problèmes de même nature, finalement.

La santé comme besoin fondamental de l'homme est toujours envisagée comme un bien à réaliser coûte que coûte, et définie comme le fonctionnement normal de l'organisme en l'absence de maladie et l'élimination de la souffrance, ce qui implique la compréhension et l'action sur les innombrables facteurs qui s'échelonnent tout au long de la vie et qui sont en perpétuelle interaction avec le milieu environnant. La santé qu'elle soit physique ou mentale, individuelle ou publique est à préserver à chaque défaillance. Ainsi définie dans un sens on ne peut plus vaste, la santé et les besoins en soin ont littéralement explosé au cours des dernières décades.

L'urbanisation croissante et démentielle a fait de l'hygiène l'obsession commune. L'explosion démographique a donné à la santé maternelle et à la mortalité infantile une place inattendue. Les coûts du progrès économique comme ceux du progrès social ont mis la santé au premier rang de nos priorités dépassant trop souvent ceux de l'éducation et de logement, et même parfois de l'alimentation elle-même.

Parallèlement les progrès extraordinaires de la recherche et du savoir-faire médical ont permis d'apporter des réponses appropriées et efficaces mais hautement coûteuses qui ont presque partout dans le monde dépassé, et de fort loin, le niveau des ressources disponibles. La gestion des allocations publiques et celle des familles est devenue un véritable puzzle impossible à construire. Enfin et en parallèle les revendications légitimes ou inconsidérées des masses de plus en plus exigeantes transforme les soins en droit aux soins ; et portent les exigences de plus en plus loin.

Toutes les sociétés du monde vivent aujourd'hui et souvent dans l'urgence et dans le drame, ce genre de tension. Le droit à la santé –inséparable du droit à la vie- tient rarement compte des ressources de l'Etat et des revenus des familles. Et les pouvoirs publics interviennent de plus en plus, compte tenu de leurs obligations, dans la vie privée pour inciter les citoyens voire les obliger à se garder en bonne santé ...

La santé donc n'est plus une simple affaire personnelle ou de famille. Les sentiments, sans disparaître bien sûr, y tiennent une place de plus en plus ténue. La relation humaine pourtant essentielle n'est plus qu'un facteur parmi beaucoup d'autres. Nous passons d'une santé « clinique » à une politique universelle de la santé. Certes le médecin de famille et le médecin de campagne survivent encore mais pour combien de temps ? Le docteur ne se rend plus aux malades ; ceux-ci se rendent à l'hôpital ou à la clinique. Les soins hospitaliers remplacent les soins à domicile. C'est en termes de politique de santé qu'il faut maintenant parler. Et quelle pourrait être la place du souci d'équité dans une politique de santé ?

Notons tout d'abord qu'une bonne politique de santé est impensable sans une bonne santé du politique. Un Etat faible, incohérent inquisitoire ou répressif ne saurait mettre en œuvre une véritable politique de santé qu'exige une approche lucide et la courageuse mise en œuvre de ses composantes théoriques, juridiques, administratives, médicales et techniques. Un système de santé englobe les professionnels médicaux et para-médicaux, les établissements de soin et leur entretien, les appareillages multiples et sophistiqués ainsi que leur maintenance, la tenue de statistiques fiables, le recours à l'informatique, la production et la répartition des médicaments, des rapports compliqués et souvent inégaux avec les laboratoires ... Elle doit tabler sur une population active de l'ordre de 15%, autant peut être que les enseignants – un équilibre instable entre l'offre et la demande, une place spéciale et vigilante aux grands événements comme les épidémies ou les maladies émergentes , la santé de la femme et de l'enfant, celle des personnes fragiles comme les handicapés ou les gens du troisième âge.

Or certains des éléments fondamentaux de la politique de santé, souvent impondérable ou imprévue échappent à beaucoup d'Etats. En sorte que le médecin n'est plus seul après Dieu. Son rôle est occulté, son statut amoindri, son prestige écorné. La relation bilatérale soignant-soigné si essentielle dans le processus même de la guérison est si déterminante pour situer l'équité à l'horizon de nos politiques. L'équilibre de ses nombreux facteurs dans l'ensemble des processus thérapeutiques, est noyé dans tout un réseau de rapports anonymes avec l'administration, les caisses, les laboratoires ... Les soins sont devenus de masse, les établissements encombrés, les traitements en chaîne et souvent déclinés sur des imprimés standardisés ... La confiance si importante se perd et la relation soignant-soigné a changé en durée, en qualité et en efficacité.

Un système de santé aussi équitable que possible suppose l'adhésion sociale, la gestion efficace et l'humanisation inséparable de l'équité. La première dit l'ordre des priorités dans les dépenses publiques ou des familles pour dire ce qui est plus urgent de satisfaire la santé, l'éducation, le logement, l'environnement ou les loisirs. Ces choix ne peuvent être imposés d'en haut mais définis avec les intéressés eux-mêmes et assumés par eux. La deuxième doit garantir l'utilisation la meilleure des ressources humaines et matérielles pour éviter la surcharge du personnel, les gaspillages en tout genre et l'usure prématurée des appareillages dont souffrent tant de systèmes de santé. Enfin l'humanisation véhicule avec elle l'équité. Elle ménage les interstices par lesquels les jugements d'équité rendent possible la pratique de l'équité. Celle-ci est conçue, agencée et mise en œuvre par les médecins dont il faut redéfinir les rôles et les statuts. Elle est le phare et les médecins en sont les gardiens. Aussi doivent-ils être formés en conséquence.

Name and Surname	Nationality	Country	E-mail
Ms Siti Sundari	Indonesian	Indonesia	jan28l979@yahoo.com

ANNEXE 3

Nik Zeps	Australian	Australia	Nikolajs.Zeps@sjog.org.au
Ida Rouichi	Japanese	Japan	rida@mail.doshisha.ac.jp
Wolf-Michael Catenhusen	German	Germany	wo-catenhusen@t-online.de
Reis Andreas	German	WHO (Switzerland)	reisa@who.int
Arias-Diaz Javier	Spain	Spain	javardi@isciii.es
Olla Shideed	Iraqi	WHO / EMRO(Egypt)	SHIDEEDO@emro.who.int
Hugh Whittall	UK	UK	hwhittall@nuffieldbioethics.org
Patrick Gaudray	French	France	pgaudray@orange.fr
Michael Voniatis	Cyprus	Cyprus	voniatismn@cytanet.com.cy
Jonathan Montgomery	UK	England	jrm@saton.ac.uk
Omar Hasan Kasule	Uganda	Saudi Arabia	omarkasule@yahoo.com
Pinsart Marie Genevieve	Belgian	Belgium	gpinsart@ulb.ac.be
Beaudry Nicole	Canadian	Quebec	nicole.beaudry@ethique.gouv.qc.ca
Deleury Edith	Canadian	Quebec	Edith.deleury@ethique.gouv.qc.ca
Jotterand Martine	Swiss	Switzerland	martine.jotterand@chuv.ch
Malamin Sonko	Gambian	Gambia	mosonko@gamnet.gm
Thabo Molebatsi	South African	South Africa	molebatsithabo@gmail.com
Boucar Diouf	Senegal	Senegal	diboucar@gmail.com
Birke Anbessie	Ethiopian	Ethiopia	anbesse@yahoo.com
Ngokoana Khomo	South African	South Africa	nekhomo@gmail.com
Ntsiba Honore	Congo Brazza	Congo-Brazza	hntsiba@yahoo.fr
Sarr Samba Cor	Senegal	Senegal	Bathie65@yahoo.fr
Howeida Abusalih	Sudanese	Sudan	habusalih@yahoo.com
Nadia Mohamed Ragab	Egyptian	Egypt	Dr.nadiaragab@hotmail.com
Name and Surname	Nationality	Country	E-mail
Anwar Noah Ghazala	Iraqian	Iraq	anwargha@yahoo.com
Ghulam Rahim Awab	Afghan	Afghanistan	awabgr@yahoo.com
Jean Martin	Swiss	Switzerland	jean.martin@urbanet.ch
Mohamed Elsheikh	Sudanese	Sudan	Elsheikh5@gmail.com
Mohamed Mehdi Akhondi	Iranian	Iran	M_Akhondi@yahoo.com
Pooneh Salari Sharif	Iranian	Iran	Poonehsalari@gmail.com
Seyed Mohammad Akrami	Iranian	Iran	akramism@tums.ac.ir
Michel Daher	Lebanese	lebanon	mndaher@inco.com.lb
Kamal El Kallab	Lebanese	Lebanon	kamal@kallab.net kamalkallab@usek.edu.lb
Carla Saenz	Peruvian	WHO/PAHO : USA	saenzcar@paho.org
Ruediger Krech	German	WHO	krechr@who.org
Joachim Vetter	German	Germany	vetter@ethikrat.org
Jean daniel Strub	Swiss	Switzerland	jean-daniel.strub@bag.admin.ch jdstrub@gmx.net
Bdurahman Tawil	Libyan	Libya	abdurtawil@yahoo.com
Ali Bourawi	Libyan	Libya	abourawi@lncbb.org.ly
Abdurrahman Furarah	Libyan	Libya	furarah@hotmail.com

Skander Mrad	Tunisian	Tunisia	S_mrad@yahoo.fr
Hend Bouacha	Tunisian	Tunisia	Hend.bouacha@rns.tn
Luc Noel	French	WHO-HQ Switzerland	noell@who.int
Saleh Alothman	Saudi	Saudi Arabia	salothman@kfshrs.edu.sa
Doris Wolfslehner	Austrian	Austria	doriswolfslehner@bka.gv.at
Carlos Alonso	Spanish	Spain	calonso@cbm.uam.es
Jamal Abu Saif	Jordanian	Jordan	Jamalsaif66@yahoo.com
Anoja Fernando	Sri Lankan	Sri Lanka	anojaf@yahoo.com
Lizette Schueman	South African	South Africa	Lizette.schueman@gmail.com
Sadek Beloucif	French	France	Sadek.beloucif@avc.aphp.fr
Hans Van Delden	NL	NL	j.j.m.vandelden@umcutr
Lotta Erikson	Swedish	Sweden	Lotta.erikson@social.ministry.se
Name and Surname	Nationality	Country	E-mail
George Pfleiderer	German	Switzerland	Georg.pfleiderer@unibas.ch
Mohammed S. Al Ghamdi	Saudi	Saudi Arabia	msaeed@kacst.edu.sa
Kaourou Doucoure	Mali	Mali	kaouroudoucoure@yahoo.fr
Sambou Soumaré	Mali	Mali	
Manuel Ruiz de Chavez	Mexican	Mexico	Manuelruizdechavez@gmail.com
Kjell Asplund	Swedish	Sweden	kjell.asplund@branneriet.se
Julius Ecuru	Ugandan	Uganda	j.ecuru@yahoo.com
Bouesseau Marie-Charlotte	Swiss	Switzerland	bouesseaum@who.int
Karam Ghassan		Switzerland	ndame@who.int
Dafna Feinholz		France	d.feinholz@unesco.org
Laurence Lwoff		France	Laurence.lwoff@coe.int
Serge Gossey	Belgian	Blegium	
Emmanuelle Prada Bordenave	French	France	emmanuelle.pradabordenave@biomedecine.fr
Zohreh Behjati Ardakani	Iranian	Iran	
Beatrice Kany		Senegal	bcoly@aarsh.com
Beatrice Senemaud	french	France	beatrice.senemaud@biomedecine.fr
Marashi Sayed Ali Akbar	Iranian	Iran	poonehsalari@gmail.com
Lydia Benhocine		Algeria	lydiabenhocine@hotmail.com
Radhia Kraiba	Algerian	Algeria	kyasmine2001@yahoo.fr
Salih Ben Ali Al Marri	Qatari	Qatar	dralmarri@sch.gov.qa
Abdulla Mohamed Al Sheeb	Qatari	Qatar	aalsheeb@sch.gov.qa
Baily Moret			
Stefano Semplici	Italian	Italy	semplici@lettere.uniroma2.it smpsfn00@uniroma2.it
Younis Majeed Yasir	Iraqi	Iraq	dr_yassooo@yahoo.com
Amin Jamil Majjd Hamad	Iraqi	Iraq	majeed_jamil@yahoo.com
Othman Hasan Karwan	Iraqi	Iraq	karwan.othman@rocketmail.com
Matti Ghazala Anwar Noah	Iraqi	Iraq	anwargh9@yahoo.com

