

Franstalige Conferentie van de Artsenordes (Conférence Francophone des Ordres de médecins CFOM)
Jaarlijkse algemene vergadering – Parijs - 15 oktober 2014

Dr. R. Kerzmann

De vergadering van de CFOM vond plaats onder het voorzitterschap van dokter Guy Sandjon, voorzitter van de Nationale Artsenorde van Kameroen, in de lokalen van de Raad van de Franse Orde in de Boulevard Hausmann. Ze werd georganiseerd in de marge van het 1^{ste} Nationaal Congres van de Franse Artsenorde dat de volgende dag plaatsvond.

De Artsenordes van Kameroen, Ivoorkust, Frankrijk, Gabon, Libanon, Luxemburg, Madagaskar, Marocco, de Democratische Republiek Congo, Tsjaad, Tunesië en België waren vertegenwoordigd. De pas verkozen voorzitter van de World Medical Association, dokter Xavier Deau, voorzitter van de afvaardiging in de Europese en internationale aangelegenheden van de Nationale raad van de Artsenorde van Frankrijk en secretaris-generaal van de CFMO, was aanwezig.

Patrick Bouet, voorzitter van de Raad van de Artsenorde van Frankrijk, verwelkomde de verschillende afvaardigingen en dankte hen voor hun aanwezigheid. Hij wees erop dat hij zeer veel belang hecht aan het werk dat begonnen werd door professor Jacques Roland en dat tot doel heeft gezamenlijk na te denken over gezondheidsthema's die de internationale, en dan in het bijzonder de Franstalige, medische gemeenschap bezig houden. Hij zou deze samenwerking graag versterkt en uitgebreid zien zodat de waarden waaraan de verschillende Ordes belang hechten, bijdragen tot de ontplooiing van deze Franstalige, professionele, ethische en deontologische ruimte.

Vervolgens schakelde de voorzitter van de CFOM over op de werkzaamheden die achtereenvolgens op de drie volgende thema's gericht waren : de mogelijke gezondheidscatastrofe te wijten aan de dreigende ebola-pandemie, mobiele gezondheidszorg (verbonden objecten en applicaties gericht op preventie en opvolging van patiënten) en de onafhankelijkheid van de artsen bij gewapende conflicten ten overstaan van de militaire en administratieve overheden of van de opstandelingen.

Ebola-epidemie

Dokter Guy Sandjon, ere-decaan van de faculteit geneeskunde en ondervoorzitter van de Orde van Kameroen, maakte, ter inleiding, een uitgebreide balans op van de huidige kennis op het gebied van het ebola-virus.

Deze acute en ernstige aandoening waarvan de verantwoordelijke ziekteverwekker geïdentificeerd werd in 1976 in de Democratische Republiek Congo leidt tot hemorragische koorts die in 55 tot 70 % van de gevallen dodelijk is door de intravasculaire coagulatie die teweeggebracht wordt in de kleine vaten met necrose van de lever, nieren, hersenen, longen, darmen en huid.

Vervolgens werd een kaart getoond van de epidemie die West-Afrika teistert sedert maart 2014. Daarbij komen Guinee, Sierra Leone en Liberia naar voren als de drie ergst getroffen landen, maar ook Nigeria en Senegal zijn getroffen. Door de verplaatsingen via de lucht zijn er ook enkele alleenstaande gevallen in Europa en de Verenigde Staten en bestaat natuurlijk het risico op verspreiding van de pandemie. Officieel werden reeds meer dan 7000 gevallen geteld.

De ziekte die door fruitvleermuizen overgedragen wordt op apen die dezelfde fruitsoorten eten en sterven in het woud, besmet de mens via een van de volgende lichaamssappen : zweet, speeksel, ontlasting, bloed en sperma. Dit wordt in de hand gewerkt door een gebrekkige hygiëne en veiligheid in de endemische zone, met inbegrip van de ziekenhuisomgeving.

De biologische en virulente kenmerken van deze ziekte werden toegelicht, alsook de klinische symptomen, de ontwikkeling ervan en de moeilijkheden voor het stellen van de diagnose in de laboratoria. Dit laatste is geen eenvoudige opgave gezien de afwezigheid van gespecialiseerde centra in de betrokken gebieden.

Het gebrek aan doeltreffende behandelingen buiten de symptomatische aanpak, de mogelijkheden om een eventueel vaccin te ontwikkelen, het volledig experimenteel gebruik van antiretrovirale geneesmiddelen en het zowel weinig toegankelijk als onvoorspelbaar gebruik van monoklonale antilichamen werden onderstreept.

De rol van de WGO in dit verband werd in herinnering gebracht. Deze organisatie voert een controle op de ziekte uit, biedt hulp aan de risicolanden en stelt beschermingsplannen op met als doel te vermijden dat het virus zich verspreidt en toeneemt. Zij verleent haar medewerking aan de behandeling van de gevallen, aan de plaatselijke laboratoria, aan de strijd tegen de besmetting, aan de logistieke hulp en aan de opleiding en de bijstand op het gebied van teraardebestellingen zonder risico. Zij kan de betrokken landen echter niet verplichten hun luchthavens te sluiten noch een of ander innoverend geneesmiddel dat doeltreffend zou kunnen zijn, aan te wenden. Zij brengt hoofdzakelijk aanbevelingen uit die ingegeven zijn door haar ervaring, maar het zijn de plaatselijke instanties die pertinente strijdstrategieën dienen in te voeren.

De Afrikaanse Unie, tegenhanger van de Europese Unie, heeft pas laat gereageerd. Als reactie op de kosten van de epidemie die momenteel op zo'n 32 miljard dollar geschat worden, verklaarde deze organisatie dat hoewel de verschillende landen uit West-Afrika met een eensgezind, volledig en gemeenschappelijk antwoord naar buiten moeten komen, ervoor gezorgd moet worden dat geen maatregelen genomen worden waarvan de sociale en economische impact groter zou zijn dan die van de ziekte zelf. Zo niet loopt men het risico dat het BIP van heel wat landen nog sneller zal afnemen waardoor men een gezondheidscatastrofe krijgt met een fatale economische en humanitaire impact.

De artsen en het medisch personeel blijven niet gespaard bij deze nieuwe epidemie waarop ze niet voorbereid werden aangezien ze niet onderwezen wordt tijdens hun opleiding. Het volksgezondheidsprobleem dat deze situatie met zich brengt, kan de nationale artsenorde niet onberoerd laten. Er rijzen tal van ethische vragen: moeten therapeutische proeven toegestaan en gevalideerd worden in spoedsituaties? Moet het medisch personeel dat aan besmetting blootgesteld is, soms zonder doeltreffende bescherming, de zieken blijven verzorgen in zulke voor hun gezondheid gevaarlijke omstandigheden? Wat te denken van de afwezige bescherming van het gezondheidspersoneel door de overheden, terwijl er al teams van Artsen Zonder Grenzen aangevallen zijn door autochtone bevolkingen? Zouden deze zelfde overheden niet, in samenwerking met de artsenorde, dringend fondsen moeten vrijmaken om medisch en paramedisch personeel op te leiden?

Tot besluit van deze uiterst leerrijke uiteenzetting werd gesteld dat de huidige ebola-epidemie de ergste is sedert de identificatie van het virus in 1976 en dat de artsenorde zowel nationaal als internationaal op de eerste lijn moet kunnen optreden bij de coördinatie van de geplande acties en de toepassing ervan in het veld.

Professor Benoît Valllet, algemeen-directeur van Gezondheid in het Franse ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid, pleitte vervolgens voor de oprichting van een gezondheidscoördinatieketen binnen de Franstalige ordinale ruimte.

Hij beklemtoonde dat Frankrijk zich bewust is van zijn verantwoordelijkheid met betrekking tot de begeleiding van de landen van West-Afrika en van de landen die met hen in contact komen, als grensland of verderaf. Enerzijds omdat het luchtverkeer de verspreiding van het virus in de hand werkt

en anderzijds omdat er maatregelen genomen moeten worden voor de repatriëring en coördinatiemechanismen nodig zijn tussen de verschillende Europese landen in samenwerking met Noord-Amerika.

In de praktijk heeft Frankrijk een eerste plattelandsziekenhuis opgericht in Macenta, in “bosrijk” Guinee. Er zullen nog andere behandelingscentra volgen; verschillende teams werken aan deze doelstelling, niet enkel in Guinee, maar ook in Liberia en, in mindere mate, in Sierra Leone. De UNO heeft op haar beurt verzocht om een gecoördineerde aanpak in deze landen, in samenwerking met hun respectieve overheden en het Rode Kruis. Het is niet de bedoeling de plaats in te nemen van de overheden van het land, maar ze te hulp te schieten.

Het Franse initiatief behelst eveneens de coördinatie op Europees niveau. Het omvat de problemen in verband met de medische evacuatie, de mate van inzet van de deelnemende landen, de omkadering van de NGO's, van Artsen Zonder Grenzen, en, meer bepaald, de repatriëring van het getroffen gezondheidspersoneel, en vooral de uitbreiding van de maatschappelijke gezondheidszorg. Dit laatste bevat twee gedeeltes : enerzijds de noodzakelijke luchtvaartmiddelen en anderzijds de terbeschikkingstelling van bedden en geneesmiddelen.

Terugkomend op de eventuele diagnose- en behandelingsproblemen die eerder al aangestipt werden, bevestigde professor Benoît Vallet dat er momenteel geen enkele zekerheid bestaat omtrent de doeltreffendheid van een antivirale behandeling voor orale inname (Favipiravir[®]). Deze zal echter toch gebruikt worden in de getroffen landen van West-Afrika onder voorbehoud van de ethische elementen in het kader van niet-gerandomiseerde proeven. Het betreft klinische studies voor de analyse van de resultaten aangaande, meer bepaald, onderbouwende elementen inzake biologie, inactivering van het virus en toename van de antilichamen. Hierdoor zou de impact van de toepassing van dit soort van behandeling snel bestudeerd kunnen worden.

Tijdens de geanimeerde discussie die daarna volgde, werd meermaals beklemtoond dat de gezondheidsoverheden van de landen die getroffen werden door deze vreselijke ziekte totaal onvoorbereid waren en geenszins in staat zijn om een doeltreffende organisatie voor de bestrijding van deze ziekte op touw te zetten. Deze vaststelling werd uitvoerig bevestigd door de getuigenissen van naar Europa teruggekeerde artsen die er bovendien op wijzen dat er een schrijnend gebrek is aan infrastructuur en dat er weinig hoop gesteld wordt in de potentiële doeltreffendheid van de momenteel voorgestelde behandelingen.

Daarnaast werd gewezen op de talrijke problemen in verband met preventie en in te zetten middelen. Vooral in het begin van hun ziekte zijn de patiënten die drager zijn van het virus onbewuste overdragers van hun besmetting tijdens een medische raadpleging. De geraadpleegde artsen zijn soms weinig waakzaam ten overstaan van het risico omdat ze slecht ingelicht zijn. En indien ze het toch zijn, laat hun uitrusting vaak te wensen over wat kledij, maskers, brillen en handschoenen betreft. Daarbij komt nog dat alles natuurlijk wegwerpmateriaal moet zijn. Ook het probleem van de kosten voor ander basismateriaal, zowel in de openbare als de privésector, werd besproken, bijv. het gebruik van krachtige desinfecteringsmiddelen of van ziekenwagens en andere diensten die speciaal aan deze ziekte gewijd zijn. Gezien de geografische aard van de epidemie dient niet alleen nagegaan te worden welke maatregelen genomen moeten worden in de getroffen landen, maar eveneens in de aangrenzende landen of zelfs verder.

Verschillende sprekers hebben gepleit voor de dringende invoering van allerlei bijkomende aangepaste opleidingsmiddelen, voor een efficiënt gecoördineerde preventie, de oprichting van een operationeel netwerk voor de communicatie en uitwisseling van gegevens, voor gemeenschappelijke isoleringsmaatregelen en voor goed overlegde bestrijdingsstructuren. Tijdens de discussie werd de sleutel “70-70-60” - die staat voor 70 % geïsoleerde patiënten, 70 % overleden patiënten die snel begraven worden in optimale beschermingsomstandigheden en 60 dagen die noodzakelijk zijn om dit

resultaat te bereiken - naar voren geschoven als gemeenschappelijke minimumnoemer voor het gecoördineerde actiedoel van alle betrokken partijen.

Via de artsenordes werd voorgesteld van start te gaan met een contact-, informatie- en waakzaamheidsketen om te komen tot een beter begrip van de pathologie, een optimale voorbereiding op de schadelijke effecten ervan en een antwoord op de vastgestelde behoeften. Gezondheidscoördinatie is essentieel.

Het probleem van de ebola-epidemie is ook een “politiek” en internationaal probleem. De CFOM zou internationale hulp moeten inroepen en een aanbeveling voor al de betrokken landen moeten overwegen opdat zij alle middelen waarover zij beschikken zouden inzetten en bovendien een beroep zouden doen op de andere staten gezien de talrijke behoeften van technische, logistieke, humane en managementaard.

Mobiele gezondheidszorg : applicaties en verbonden objecten – preventie en opvolging van patiënten

Dit thema werd ingeleid door dokter Jacques Lucas, onderzoorzitter van de Nationale Raad van de Franse artsenorde.

Hij wees erop dat mobiele gezondheidszorg (“mHealth”) een internationaal gegeven is. Simplistisch gesteld kunnen er drie groepen van landen onderscheiden worden.

De eerste groep is die van de Verenigde Staten van Amerika. Deze markt wordt overspoeld met objecten en applicaties (apps), waarschijnlijk door de know-how van de ingenieurs van Silicone Valley, maar ook door het soort van bescherming dat de Amerikaanse burgers genieten op het gebied van gezondheid, waarbij het zo is dat heel wat burgers er gewoon geen genieten.

De tweede is die van de landen die in volle opkomst zijn of geografisch aanzienlijk aan het uitbreiden zijn. Het gaat bijvoorbeeld over de Maghreb-landen of de landen van Franstalig Afrika waarin zich onvermijdelijk een “digitale sprong” zal voordoen in het voordeel van de medische, gezondheids- of medisch-sociale ontwikkeling. De revoluties die onlangs plaatsgevonden hebben in heel wat van deze landen dankzij de digitale middelen en sociale netwerken zijn hiervan een onmiskenbaar bewijs.

De derde groep omvat de Europese landen die met betrekking tot de bescherming van de persoonsgegevens veel hogere eisen stellen dan de Verenigde Staten. Deze laatste vinden dat persoonsgegevens betreffende de gezondheid een commerciële waarde hebben en doorverkocht mogen worden, waarbij ze de verwachte voordelen van deze verkoop in het licht plaatsen zonder ermee rekening te houden dat het over gevoelige gegevens gaat.

De beschouwing van de Nationale Raad van de Franse artsenorde ligt in het verlengde van de Europese Commissie die een Groenboek gepubliceerd heeft over de mobiele gezondheidszorg, de applicaties en de verbonden objecten. Dit Groenboek is grotendeels gericht op de “handels”markt, berekend in miljarden euro’s, die eHealth vormt. Verschillende waakzaamheidspistes op ordinaal gebied werden vastgelegd en meegedeeld aan de voornoemde commissie.

Deze pistes kunnen ingedeeld worden in acht aanbevelingen :

1. De verzamelde gegevens moeten absoluut beschermd worden door een Europese wetgeving die niet alleen aan de Lidstaten opgelegd wordt maar die ook de hulpverleners van de landen buiten de gemeenschap kan beïnvloeden.

2. De informaticaveiligheid betreffende deze gegevens moet gewaarborgd zijn in de besturingssystemen.
3. Het is absoluut noodzakelijk dat het gebruik van de grote volumes verzamelde gegevens en de kruising van verschillende “bron”gegevens onderworpen worden aan het recht op de bescherming van de gezondheidspersoonsgegevens zoals dit zal voortvloeien uit het Europese reglement dat men aan het herzien is.
4. De apps en de verbonden objecten moeten een juridisch statuut hebben, verenigbaar met de Richtlijn 2001/83/EG betreffende de medische hulpmiddelen. Zelfs al zullen al deze objecten waarschijnlijk niet opgenomen kunnen worden in het strikte toepassingsgebied van deze herwerkte richtlijn, zal het noodzakelijk zijn dat het recht de betrouwbaarheids- en relevantiecriteria preciseert evenals de beperkingen die van toepassing zouden kunnen zijn op de verkoop van de objecten die betrekking hebben op de leefwijze en het welzijn van de personen op grond van de vastgestelde risico's voor hun veiligheid en hun gezondheid.
5. De uitgevers, de providers en de platformverantwoordelijken zullen verplicht moeten worden aan de onervaren gebruikers een rechtstreeks raadpleegbare, duidelijke en eerlijke informatie te geven over de technische betrouwbaarheid van de app of van het verbonden object ten opzichte van de geregistreerde en doorgegeven parameters en over de beveiliging die toegepast wordt om de toegang tot de gegevens met een risico op nominale identificatie onmogelijk te maken. Dit veronderstelt natuurlijk het bestaan van een regulerende overheid.
6. De eventuele bijdrage van de mobiele gezondheidsvoorzieningen tot een betere definitie van het volksgezondheidsbeleid van de Lidstaten zal bepaald moeten worden. Ze rechtvaardigt een voorafgaand openbaar debat in naam van de principes van transparantie, gezondheidsdemocratie en rechtvaardigheid in de toegang tot de zorg, de preventie, de begeleiding en de therapeutische opleiding. De burger moet de garantie krijgen dat de verzamelde gegevens geen discriminatie zullen voortbrengen vanwege de verzekeraars en/of de Staat.
7. Men moet zich afvragen hoe en onder welke voorwaarden de mobiele gezondheidszorg gelijkgesteld kan worden met de uitoefening van de telegeneeskunde terwijl ze er juridisch toch van blijft verschillen. De Nationale Raad van de Orde van geneesheren van Frankrijk meent persoonlijk dat de telegeneeskunde een specifieke Europese reglementering vereist opdat ze op juridisch vlak zou verschillen van de elektronische verrichting en van de Richtlijn 200/31/EG inzake elektronische handel.
8. Zodra de voordelen voor de individuele en/of collectieve gezondheid van de apps en de verbonden objecten een wetenschappelijk vaststaande erkenning verkregen zullen hebben, zal bekeken kunnen worden hoe de Lidstaten ze sociaal zouden kunnen ondersteunen, onder het uitdrukkelijke voorbehoud dat dit de “financier” niet toelaat toegang te krijgen tot de verwerkte gegevens noch de betrokken persoon te identificeren. Dit veronderstelt natuurlijk dat alle gezondheidsgegevens anoniem en niet “heridentificeerbaar” gemaakt worden.

Daarnaast moeten nog twee andere aspecten in aanmerking genomen worden. Ten eerste mag het onderzoekspotentieel dat de Europese Commissie voor ogen houdt met deze apps en verbonden voorwerpen nooit, in naam van de economische winst, leiden tot een verzwakking van de geldende ethische normen.

De informatie en de voorgelichte toestemming van de burger zijn absolute basisvoorwaarden. De online aankoop op zich kan immers nooit een bewijs zijn van deze toestemming, met als enige basis het lezen van de algemene gebruiksvoorwaarden, zonder een duidelijke informatie. Men zal ook aandacht moeten schenken aan de psychologische impact en de verslaving die het buitensporige gebruik van de apps en de verbonden objecten zou kunnen meebrengen. Er zal met dit aspect rekening gehouden moeten worden in de certificatieprocedure van de producten.

Het geanimeerde debat dat op deze zeer leerrijke uiteenzetting volgde, was een bevestiging zowel van de onontkoombare aard van deze evolutie als van de beslissende rol die de Ordes kunnen opeisen om de gezondheid en de veiligheid van de patiënten “consumenten” op dit gebied te

beschermen. Deze zijn de eindgebruikers, al dan niet ziek, en het is de plicht van de Ordes hun vertrouwen in de digitale wereld van de gezondheid te waarborgen en tegelijkertijd de duurzame ontwikkeling ervan te bevorderen ten voordele van iedereen : gebruikers, beroepsbeoefenaars, informatici, overheidsdiensten, op gefundeerde ethische principes. Maar net zozeer als de patiënten zijn het in de eerste plaats onze confraters, en onder hen de jongsten en zij die al het meest betrokken zijn bij deze digitale revolutie, die zich bewust moeten blijven van de uiterst gevoelige aard van de persoonsgegevens betreffende de gezondheid en van de totale eerbiediging ervan. Ze moeten toezien op een voorzichtig en steeds gecontroleerd gebruik van deze apps en verbonden objecten in hun dagelijkse praktijkuitoefening. Deze houding zal dan vanzelfsprekend een voorbeeld zijn.

De onafhankelijkheid van de artsen bij gewapende conflicten ten overstaan van de militaire en administratieve overheden of van de opstandelingen

Dokter Xavier Deau herinnert de deelnemers eraan dat het ICRC de WMA, het ICMM, de ICN en de FIP geraadpleegd heeft met de bedoeling dat deze organisaties het eens zouden worden over een gemeenschappelijke noemer voor de deontologische beginselen die gelden voor de gezondheidsberoepsbeoefenaars in periodes van gewapend conflict en in andere noodsituaties. Hij brengt dit feit ter kennis van de afvaardigingen en stelt het document resulterend uit de gevoerde raadplegingen voor ter discussie.

De referenties waarop dit document steunt zijn :

- het menselijkheidsprincipe – op grond waarvan het medisch personeel in alle omstandigheden het menselijk lijden probeert te voorkomen en te verlichten,
- het onpartijdigheidsprincipe volgens welk de gezondheidszorg verstrekt dient te worden zonder discriminatie,
- de normen van het internationaal humanitair recht, in het bijzonder het Verdrag van Genève van 1949 en de aanvullende protocollen van 1977,
- de normen van de Universele Verklaring van de rechten van de mens van 1948,
- het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van 1966,
- de ethische beginselen en de codes van plichtenleer aangenomen door de beroepsorganisaties van de gezondheidssector en met name de Regulations in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence van de WMA (regels in tijden van gewapend conflict en in andere geweldsituaties).

De algemene principes worden overlopen net als de betrekkingen tussen het gezondheidspersoneel en de patiënten en de maatregelen ter bescherming van het gezondheidspersoneel.

Het hoeft niet te verbazen dat de ethische beginselen die van toepassing zijn op het verstrekken van gezondheidszorg in vreedstijd dezelfde zijn en van toepassing blijven in tijden van gewapend conflict en in andere noodsituaties. Het gezondheidspersoneel moet ook, in alle omstandigheden, handelen in overeenstemming met het internationaal recht en met het nationaal recht van de patiënten, de fysieke en mentale gezondheid van de mensen vrijwaren en hun lijden verlichten. Welke argumenten ook ingeroepen worden, het gezondheidspersoneel mag nooit folteringsdaden aanvaarden noch enige andere vorm van wrede, onmenselijke of vernederende behandelingen. Ze mogen dergelijke handelingen noch bijwonen, noch eraan deelnemen. Het hoger belang van de patiënt moet de overhand hebben zonder onderscheid tenzij anders vereist door de medische noden en de beschikbare middelen. Het recht van de patiënt op vertrouwelijkheid moet geëerbiedigd worden. De persoonlijke levenssfeer van gewonde, zieke of overleden personen mag niet gebruikt worden voor politieke of publicitaire doeleinden. Het gezondheidspersoneel moet beschermd worden in de uitoefening van zijn functies en moet zijn werk kunnen doen in de best mogelijke veiligheidsomstandigheden. De toegang van het gezondheidspersoneel tot de patiënten en tot de

gezondheidsvoorzieningen mag niet verhinderd worden, net als de toegang van de patiënten tot de gezondheidsvoorzieningen en tot het gezondheidspersoneel. Het dragen van een van de internationaal erkende emblemen zoals het rode kruis, de rode halve maan of het rode kristal is de zichtbare uiting van de bescherming die het internationaal recht aan het gezondheidspersoneel verleent. Deze gezondheidswerkers mogen in geen geval gestraft worden voor het feit dat zij geneeskundige activiteiten uitgevoerd hebben die in overeenstemming zijn met de geneeskundige deontologie.

Het betreft natuurlijk verklaringen van goede voornemens en het is zeer belangrijk ze in herinnering te brengen. Een arts mag nooit een conflict, van welke aard ook, rechtvaardigen; hij moet uiterst neutraal en volledig onpartijdig blijven ten opzichte van zijn humanitaire plicht.

Het was dan ook geen verrassing dat de gedachtewisseling over dit thema uitmondde in de algemene instemming van de deelnemers met de beginselen van neutraliteit van de arts. Sommigen van hen, in de DR Kongo of in Madagaskar, hebben trouwens verslag uitgebracht over de situatie ter plaatse en gaven concrete en ongehoorde voorbeelden van gewelddadigheden door sommige oorlogvoerende partijen.

De oude en de huidige geschiedenis toont aan dat de gezondheidsberoepsbeoefenaars, en in het bijzonder de artsen, in geval van gewapende conflicten doelwitten waren en blijven, hetzij omdat ze aarzelen partij te kiezen onder druk van de gewapende groepen en zo hun leven op het spel zetten, hetzij omdat ze zelf opkomen voor de zaak en zich aldus blootstellen aan onaanvaardbare afdwalingen. Hiervan zijn er voorbeelden genoeg, zowel tijdens de verschillende kolonisaties als tijdens de Tweede Wereldoorlog, de oorlog in Libanon en de oorlog in Irak. Deze “afdwalende” artsen waarvan de identiteit gekend is, dienen zonder twijfel “gecriminaliseerd” te worden en voorbeeldstraffen opgelegd te krijgen via het Internationaal Strafhof. Verschillende landen hebben echter nog geen akkoorden in deze zin ondertekend. Dit is waarschijnlijk een werk van meerdere generaties en het zal wellicht nooit perfect zijn.

Meer in het algemeen werd gewezen op de noodzaak van een meer doorgedreven opleiding in de medische deontologie, voorafgaand aan de praktijk. De cursus medische deontologie komt nog steeds te weinig en op een te theoretische wijze aan bod tijdens de studie geneeskunde. De latere opvolging volstaat duidelijk niet om de bestaande leemten op te vullen.

Einde van de vergadering

De volgende algemene vergadering vindt plaats in 2015 te Annaba (Algerije).

-
1. Tijdschrift van de Nationale Raad, 143, pag. 17 en 18
 2. Document SMAC 197/Aesthetic Treatments COM REV/Apr2014
 3. European Junior Doctors
 4. Document SMAC 197/Physician Well-being COM REV/Apr 2014

5. Document SMAC 197/Protection of Healthcare Workers/Apr 2014
6. Solitary Confinement and supermax prisons; a human rights and ethical analysis, Shalev, Sharon (2011). Journal of Forensic Psychology Practice, 11 (2-3), 151-183.
7. Document AMM SMAC 197/Solitary Confinement
8. Document AMM SMAC 197/Air Pollution/Apr 2014
9. IARC (2012) : "IARC : Diesel Engine Exhaust Carcinogenic", Press Release nr. 213
10. Brook, Robert D. et al. (2010): AHA Scientific Statement: Particulate Matter Air Pollution and Cardiovascular Disease. An Update to the Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation 121:2131-2378.
11. ERS (2010): The ERS report on air pollution and public health. European Respiratory Society, Lausanne, Switzerland ISBN: 978-1-84984-008-8
12. EURO 6/VI is de eerste richtlijn van de EU die grenswaarden vastlegt voor het aantal deeltjes voor zware voertuigen en alle-terreinwagens. Bedoeling is de gezondheid van de mens te beschermen tegen deze zeer gevaarlijke, ultrafijne deeltjes, die niet meegerekend worden in de PM10 en PM 2.5-metingen door hun nagenoeg verwaarloosbare massa.
13. Document AMM SMAC 197/Street Children/Apr 2014
14. Nationale Artsenverenigingen
15. IFPMA= International Federation of Manufactures & Associations