

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL

SEPTEMBRE 2014

N° 146

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Prof. R. Kramp*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- 3 - Accompagnement médical du mineur transsexuel
- Production d'analyses sanguines à la demande d'un Tribunal de Police
 - Sécurité des données couvertes par le secret professionnel
 - Plan national VIH 2014-2019
 - Modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient
-

CHRONIQUE INTERNATIONALE

10 - Le "Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (JAHWPF)", un plan d'action de la commission européenne relatif au personnel de la santé
Dr R. Kerzmann – A.S. Sturbois

- Déclaration du CEOM sur la télémédecine (Bari – Juin 2014)
Dr R. Kerzmann

HISTOIRE DE LA MEDECINE

15 La médecine belge et française et les Ordres face à la « Question juive » durant la deuxième guerre mondiale.

Dr J. Noterman

Ce Bulletin est consacré aux 5 **Avis** publics émis par le Conseil national en ses séances du 28 juin et 19 juillet 2014. Parmi ceux-ci, épinglons l'avis du Conseil national important pour tout médecin pouvant être confronté à une demande du Tribunal de Police à l'égard de résultats d'analyses sanguines. La rubrique **Histoire de la Médecine**, est dédiée à un sujet délicat datant de la deuxième Guerre mondiale, comparant l'attitude du monde médical belge et français et la position des Ordres respectifs à l'égard de la « question juive ». Enfin, la **Chronique internationale** comporte deux articles, l'un consacré à un plan d'action de la commission européenne relatif au personnel de la santé et l'autre à des recommandations éthiques par rapport à l'utilisation de la télémédecine.

Avis du Conseil national

En sa séance du 28 juin 2014, le Conseil national a considéré les modalités de l'« *Accompagnement médical du mineur transsexuel* ». Celles-ci doivent précéder tout changement d'état civil et de prénom tel qu'énoncé dans la Loi du 10 mai 2007. L'avis décrit de manière détaillée l'approche thérapeutique et toutes les étapes à considérer successivement dans ce domaine particulier qu'est la réassignation sexuelle d'un patient mineur. Cette réassignation est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins et des chirurgiens spécialisés ainsi que des psychologues, en veillant à impliquer également le médecin traitant et les parents. Notons qu'en cette matière délicate, il peut y avoir des différences de prise en charge suivant les pays.

« *Production d'analyses sanguines à la demande d'un Tribunal de Police* ». Dans le cas évoqué, précisons que la demande du Tribunal de Police était adressée au justiciable et que celui-ci est libre de se soumettre ou non à une telle demande. Si le justiciable s'y soumet, il a le libre choix du médecin qui, du point de vue déontologique, peut prescrire de telles analyses. Le médecin remet ensuite les résultats au justiciable qui les transmet ou non au Tribunal. Soulignons à l'attention du corps médical que l'interprétation des résultats est uniquement du ressort du Tribunal. Pour ce faire, le Tribunal peut faire appel à un médecin légiste. Le Tribunal prend alors sa décision qui peut être contestée par le justiciable. Celui-ci peut alors demander à un médecin un document » précisant les éléments susceptibles de modifier l'interprétation du Tribunal« .

« *Sécurité des données couvertes par le secret professionnel* ». Dans cet avis, le Conseil national rappelle à l'attention du corps médical un ensemble de règles de sécurité à prendre en considération lors du traitement électronique de données médicales couvertes par le secret professionnel afin de réduire au maximum les possibilités d'accès non autorisés. Des informations détaillées peuvent être consultées sur un site internet de la « *privacy commission* ».

En sa séance du 19 juillet 2014, le Conseil national a examiné le « *Plan national VIH 2014-2019* ». Au vu d'un certain nombre de constats tels, par exemple, un dépistage insuffisant au sein de certains groupes de population et de l'impérieuse nécessité de dépister très rapidement des personnes infectées par le VIH, le Plan national VIH préconise une approche de dépistage ne recourant pas aux structures classiques. Le dépistage serait ainsi « *décentralisé et démedicalisé* ». Si le Conseil national peut envisager que de nouvelles stratégies de dépistage soient développées, il souligne néanmoins que « *le dépistage relève de l'exercice de l'art de guérir* ». Dès lors, les moyens de dépistage évoqués dans le Plan national VIH doivent être soumis à un ensemble de critères stricts et évalués par des structures de référence medicalisées. Par ailleurs, le Conseil national met en exergue qu'un test d'orientation n'est pas en soi une preuve diagnostique de séropositivité et nécessite confirmation. Enfin, le Conseil national estime que le dépistage recourant au circuit médical reste l'approche la plus probante.

Enfin, l'avis les « *Modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient* » précise les modifications apportées à l'article 8 de ladite loi. Le médecin doit ainsi informer le patient

de ses couvertures d'assurance (article 8/1), une obligation déontologique, et de son droit de pratiquer l'art médical (article 8/2), indicatif de l'absence d'une sanction disciplinaire majeure ou d'un retrait temporaire de visa.

Chronique internationale

Le « *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting* » est un plan d'action émanant de la commission européenne préoccupée par la survenue prévisible d'une pénurie importante au sein des professionnels de la santé auquel participent 28 pays européens. Sept axes de travail ont ainsi été mis en place pour évaluer et analyser la problématique. Le Conseil national est indirectement impliqué dans ce plan d'action, notamment par l'intermédiaire de sa présence au Conseil européen des Ordres de Médecins (CEOM).

La « *Déclaration du CEOM sur la télémédecine* » est un texte reprenant les recommandations éthiques et déontologiques du CEOM en matière de télémédecine. De telles recommandations étaient devenues indispensables eu égard à l'utilisation de la télémédecine en pratique médicale. La lecture de ces recommandations est vivement conseillée aux utilisateurs actuels et potentiels de ce nouveau moyen de communication.

2

Histoire de la médecine

Sous l'intitulé « *La médecine belge et française et les Ordres face à la « question juive » durant la Deuxième Guerre mondiale* », le Dr J. Noterman, membre effectif du Conseil national, traite un sujet délicat et douloureux en comparant l'attitude du monde médical et celle des « Ordres de l'époque » en France et en Belgique. Pour ce faire, l'auteur décrit d'abord la situation médicale dans les deux pays avant le début du conflit et la mise en place de part et d'autre des « Conseils de l'Ordre » en 1940. Celle-ci fut nettement marquée par l'empreinte des différences de régime politique entre les deux pays. Ensuite, l'auteur passe en revue les mesures anti-juives prises dans chacun des deux pays et l'attitude des responsables des « Ordres » confrontés à ces mesures. Comme le souligne l'auteur dans son Epilogue, les « Ordres » des deux pays furent supprimés dès la libération, mais l'attitude des autorités des deux pays envers les dirigeants de ces « Ordres » fut bien différente.

Prof. émérite Ronald Kramp
Rédacteur en chef

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 28 JUIN ET 19 JUILLET 2014

- Accompagnement médical du mineur transsexuel (28/06/2014)
- Production d'analyses sanguines à la demande d'un Tribunal de Police (28/06/2014)
- Sécurité des données couvertes par le secret professionnel (28/06/2014)
- Plan national VIH 2014-2019 (19/07/2014)
- Modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (19/07/2014)

Accompagnement médical du mineur transsexuel (28/06/2014)

MOTS-CLES :
Mineurs d'âge – Transsexualité
REFERENCE :
a146001f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est interrogé concernant la question de l'accompagnement médical du mineur transsexuel.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 28 juin 2014, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de l'accompagnement médical du mineur transsexuel.

1° La loi du 10 mai 2007 relative à la transsexualité a pour objectif de faciliter le changement d'état civil et de prénom des transsexuels et non de régler les aspects médicaux de la prise en charge de ces personnes, bien que la loi fixe des conditions de nature médicale à l'obtention de ces changements¹.

La loi du 10 mai 2007 précitée prévoit que les procédures qu'elle définit en vue du changement de sexe ou de prénom interviennent respectivement après que l'intéressé a subi une réassignation sexuelle ou qu'il a suivi un traitement hormonal de substitution.

La question de l'accompagnement médical du patient transsexuel se pose donc bien avant que ces procédures ne soient envisagées et doit être abordée de manière autonome, et non pas comme si sa finalité était de répondre aux critères légaux pour obtenir le changement d'état civil ou de prénom.

La finalité de l'approche thérapeutique doit être de correspondre aux besoins spécifiques du patient.

2° Les risques et bénéfices de chaque option du traitement, le consentement éclairé du patient, l'accessibilité du traitement, la continuité des soins doivent être correctement appréhendés. La prise en

1. Auparavant, un transsexuel ne pouvait obtenir le changement de sexe dans son état civil que par une procédure judiciaire, et le changement de son prénom sur faveur du ministre de la Justice.

charge doit être complète et élaborée par étapes, telles que le changement de rôle, l'hormonothérapie, le recours à une chirurgie visant les caractères sexuels, les traits faciaux, le remodelage corporel, une psychothérapie (individuelle, de couple, familiale, de groupe).

Dans le cas d'un patient mineur, la question de l'opportunité de la prise en charge est rendue accrue par l'interrogation relative au caractère irréversible de la conviction du mineur quant à son genre et à la persistance de cette conviction à l'âge adulte. Cela nécessite que l'équipe médicale maîtrise la psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Il y a lieu de s'intéresser à l'environnement familial (fonctionnement, enjeux psychologiques et sociaux) du patient mineur pour s'assurer notamment du caractère intime de sa conviction.

La prise en charge médicale doit procéder par des étapes de degré invasif progressif, séparées d'un intervalle de temps qui permette au patient d'en assimiler les effets : les interventions complètement réversibles (supprimer la production d'œstrogène ou de testostérone, utiliser des progestatifs pour réduire les effets des androgènes, utiliser une contraception orale pour supprimer les règles), les interventions partiellement réversibles (hormonothérapie masculinisante ou féminisante) et les interventions irréversibles.

Compte tenu de tous ces critères, il est recommandé de recourir à une équipe pluridisciplinaire réunissant les compétences nécessaires en psychiatrie, endocrinologie et chirurgie reconstructrice, spécialement formée et familiarisée au traitement de la transsexualité, en ce compris ses aspects psychologiques et sociaux.

3° Le médecin traitant, pédiatre ou généraliste, doit être associé au travail de cette équipe pluridisciplinaire.

Les options et décisions prises doivent être concertées, approuvées par tous les intervenants professionnels et formalisées dans le dossier médical.

Même si la capacité de discernement du mineur lui permet de décider de manière autonome, il est essentiel que ses parents soient associés à la réflexion menée concernant le traitement de leur enfant.

L'accord écrit des parents et du mineur est de nature à protéger le médecin sur le plan juridique.

4° Les efforts des sociétés scientifiques internationales² pour dégager des recommandations de bonne pratique concernant la santé des personnes transsexuelles, mais aussi transgenres et de genre non-conforme, se heurtent parfois à un manque de consensus en ce qui concerne les stratégies thérapeutiques à privilégier.

De ce fait, il existe des différences suivant les pays dans la prise en charge des patients souffrant de trouble de l'identité du genre durant l'enfance et l'adolescence, influencées notamment par les opinions des professionnels de santé mais aussi par des différences culturelles.

2. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7^{ème} version des Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme, septembre 2013

Production d'analyses sanguines à la demande d'un Tribunal de Police (28/06/2014)

MOTS-CLES :
Prélèvement de sang
REFERENCE :
a146002f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné une question concernant la production d'analyses sanguines à la demande d'un Tribunal de Police.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 28 juin 2014, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question concernant la production du résultat d'analyses sanguines, à la demande d'un tribunal de police.

Il ressort des éléments que vous avez joints à votre courrier que la demande du Tribunal ne s'adresse pas au médecin traitant mais au justiciable. Celui-ci apprécie s'il s'y soumet.

Le patient a le choix du médecin. Il n'y a pas d'obstacle déontologique à ce qu'un médecin traitant accepte de prescrire ces analyses et de procéder éventuellement à la prise de sang.

Les résultats obtenus sont à remettre au patient qui décide s'il les communique au tribunal.

Le tribunal ne demande pas au médecin d'interpréter les résultats. Cette interprétation relève de la responsabilité du tribunal qui peut faire appel à l'expertise d'un médecin légiste.

Cette appréciation relève de la responsabilité du tribunal qui peut faire appel à l'expertise d'un médecin légiste.

Par l'exercice des voies de recours, le patient a la possibilité de contester une décision qui résulterait d'une interprétation erronée du résultat de ces analyses.

A la demande du patient, le médecin choisi par celui-ci peut lui remettre un document précisant les éléments susceptibles de modifier cette interprétation.

Sécurité des données couvertes par le secret professionnel (28/06/2014)

MOTS-CLES :
Informatique – Secret professionnel – Vie privée
REFERENCE :
a146003f

Des événements récents ont démontré que des services secrets se sont introduits dans plusieurs banques de données contenant des informations sensibles. La question de la sécurité des données couvertes par le secret professionnel se pose.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 28 juin 2014, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre demande d'avis concernant l'accès abusif à des données à caractère personnel relatives à la santé, traitées électroniquement, par des services secrets.

Le Conseil national est conscient que le traitement électronique de données peut comporter des risques de fuites ou d'accès abusif à des données couvertes par le secret professionnel. Il est cependant possible de réduire ces risques à un minimum moyennant le respect des règles pratiques, non limitatives, suivantes :

- l'utilisation de réseaux informatiques suffisamment protégés, régulièrement contrôlés sur des fuites et qui prévoient un accès à l'aide de l'eID ;
- l'utilisation d'un mot de passe suffisamment performant ;
- l'utilisation d'un programme anti-virus adapté ;
- la clôture du programme lors de la cessation des activités ;
- travailler avec des sociétés qui garantissent contractuellement un principe de confidentialité ;
- utiliser l'ordinateur exclusivement à des fins professionnelles ;

Vous trouverez des informations plus détaillées au sujet du traitement de données à caractère personnel en général dans le document « Mesures de référence en matière de sécurité applicables à tout traitement de données à caractère personnel »

http://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/mesures_de_reference_en_matiere_de_securite_applicables_a_tout_traitement_de_donnees_a_caractere_personnel_0.pdf.

Le Conseil national souligne l'utilité de l'échange électronique de données médicales et continuera à veiller à ce que celui-ci puisse se faire dans l'intérêt du patient sans préjudice de son droit au respect de la liberté de chacun de maîtriser l'information le concernant.

Plan national VIH 2014-2019 (19/07/2014)

MOTS-CLES :
Médecine préventive – Sida
REFERENCE :
a146006f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le plan national VIH 2014-2019, en ce qu'il soutient le développement d'un dépistage décentralisé et démedicalisé à l'égard de groupes cibles prioritaires (particulièrement vulnérables face à l'épidémie de VIH).

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 19 juillet 2014, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le plan national VIH 2014-2019, en ce qu'il soutient le développement d'un dépistage décentralisé et démedicalisé à l'égard de groupes cibles prioritaires (particulièrement vulnérables face à l'épidémie de VIH).

1° Dépister précocement les personnes infectées par le VIH est un enjeu important. L'administration rapide d'un traitement améliore le pronostic de la maladie et la connaissance de sa séropositivité permet de prendre des mesures pour éviter la transmission.

Le recours au dépistage est insuffisant au sein de certains groupes de population.

La fréquentation trop faible des structures classiques de dépistage et la difficulté, associée à la crainte de stigmatisation et de jugement moral, d'instaurer un dialogue avec les professionnels de

santé au sujet de l'orientation sexuelle, des comportements sexuels et des prises de risque, constituent des freins au dépistage des personnes relevant de ces groupes .

Sur la base de ces constats, s'est développée la notion de dépistage décentralisé, en dehors des structures classiques de dépistage (par exemple dans une unité mobile), et démedicalisé, par du personnel formé mais non professionnel de la santé (par exemple des personnes issues du groupe cible). L'objectif poursuivi est de faciliter l'accès à un test de dépistage en allant à la rencontre d'une population vulnérable face au VIH.

Le plan national pluriannuel VIH précité recommande de développer, en adéquation avec la législation existante, le dépistage décentralisé et démedicalisé en vue de cibler les groupes prioritaires ainsi que les contextes présentant une prévalence élevée et où l'on peut s'attendre à une proportion élevée de diagnostics tardifs.

2° Le Conseil national estime qu'il est primordial de développer des stratégies pour augmenter le recours au dépistage, tenant compte des facteurs qui facilitent ou au contraire freinent l'accès au dépistage.

Le dépistage décentralisé et démedicalisé est une réponse aux difficultés d'accès auxquelles se heurtent certains groupes.

La contrepartie de cet accès facilité est l'absence d'un environnement medicalisé.

La décentralisation et la démedicalisation doivent être correctement évaluées et circonscrites, afin de s'assurer qu'elles sont proportionnelles et pertinentes au vu de l'objectif poursuivi, soit un meilleur dépistage de la population cible.

Des indicateurs épidémiologiques, sociodémographiques et comportementaux doivent être inclus dans les évaluations, notamment pour vérifier si ces dispositifs permettent effectivement d'atteindre le public visé. Les évaluations doivent également comprendre des mesures de la satisfaction des usagers, de la qualité des partenariats institutionnels mis en œuvre et de l'impact sur les milieux de vie abordés.

3° Le dépistage relève de l'exercice de l'art de guérir ; il est donc essentiel que ce dépistage démedicalisé soit encadré juridiquement.

Le Conseil national estime que de tels dépistages doivent être organisés, supervisés et évalués par des structures de référence, agréées ou reconnues par les autorités compétentes, qui disposent en leur sein de médecins. Ils doivent offrir toutes les garanties de qualité, d'hygiène et de respect des bonnes pratiques en matière de dépistage.

Le recrutement des volontaires doit être rigoureux. Leur formation et leur compétence sont essentielles, notamment du point de vue de l'utilisation et de l'interprétation des tests, de l'information et des conseils délivrés, des aspects psychologiques et du respect de l'éthique et de la confidentialité.

Leur formation et leur pratique doivent être supervisées et régulièrement réévaluées par des structures de référence et faire l'objet d'une certification.

Des mesures doivent être prises en vue de garantir la confidentialité et le respect de la vie privée à tous les niveaux, notamment lors de la délivrance des résultats et dans la configuration des lieux. La question de la confidentialité est particulièrement délicate lorsque la personne rentre dans l'unité mobile, ce qui, aux yeux des autres, peut sous-entendre un comportement à risque, ou en sort dans un état de détresse après l'annonce d'un résultat positif.

Des mesures de suivi et de soutien adéquates doivent être définies pour éviter que la personne ne soit livrée à elle-même à l'issue du dépistage. Des accords de collaboration avec des structures de soins doivent exister afin que la personne dépistée accède facilement à une prise en charge médicale et à un soutien psychosocial. Le recours au médecin traitant doit être encouragé.

Dans un cadre festif, il est particulièrement important de s'assurer que la personne est bien en mesure de consentir au dépistage et qu'elle n'est pas sous l'influence d'alcool ou de drogues.

Avant de consentir à la réalisation du test, elle doit être informée des conditions dans lesquelles le test va se dérouler, notamment le fait que le personnel est non médicalisé et les limites inhérentes au type de test utilisé pour réaliser le dépistage.

Le test rapide d'orientation diagnostique n'est pas suffisant pour affirmer une séropositivité et nécessite d'être confirmé par un test de dépistage classique.

4° Enfin, le Conseil national estime qu'il faut encourager prioritairement le dépistage via le circuit médical.

Le dépistage délocalisé et démedicalisé peut être un élément au sein d'une stratégie globale, en complément des dispositifs existants qui ont fait leurs preuves.

La formation et la sensibilisation des acteurs de première ligne, notamment les médecins généralistes, au rôle qu'ils peuvent jouer dans le cadre du dépistage du VIH, doit être aussi une priorité afin de supprimer les freins au dépistage des groupes prioritaires.

Cet avis sera réévalué sur base des résultats de la mise en œuvre du plan VIH 2014-2019.

Modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (19/07/2014)

MOTS-CLES :
Assurances responsabilité civile du médecin – Discipline – Droits du patient
REFERENCE :
a146007f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 19 juillet 2014, le Conseil national a examiné les articles ajoutés dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé.

Ces insertions s'inscrivent dans le cadre de la transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

L'article 4, point 2, b, cette directive énonce :

« L'État membre de traitement veille à ce que : b) les prestataires de soins de santé fournissent des informations utiles, pour aider chaque patient à faire un choix éclairé, notamment en ce qui concerne les options thérapeutiques, sur la disponibilité, la qualité et la sécurité des soins de santé qu'ils dispensent dans l'État membre de traitement et qu'ils fournissent également des factures claires et des informations claires sur les prix, ainsi que sur leur statut en matière d'autorisation ou d'enregistrement, leur couverture d'assurance ou tout autre moyen de protection personnelle ou collective au

titre de la responsabilité professionnelle. Dans la mesure où les prestataires de soins de santé fournissent déjà aux patients qui résident dans l'État membre de traitement des informations utiles sur ces sujets, la présente directive n'oblige pas les prestataires de soins de santé à fournir des informations plus détaillées aux patients d'autres États membres; »

La transposition de cette disposition en droit belge s'est faite par l'insertion des articles 8/1 et 8/2, en vue de compléter l'article 8 de la loi relative aux droits du patient précitée.

Cette loi distingue le droit à l'information du patient concernant son état de santé et son évolution probable (article 7) du droit à l'information concernant un acte déterminé en vue d'y consentir (article 8).

Les articles 8/1 et 8/2 de la loi relative aux droits du patient s'inscrivent dans le cadre du devoir d'information du praticien professionnel à l'égard du patient en vue d'obtenir son consentement libre et éclairé à un acte déterminé.

1° L'article 8/1 de la loi relative aux droits du patient dispose : *Le praticien professionnel informe le patient s'il dispose ou non d'une couverture d'assurance ou d'une autre forme individuelle ou collective de protection concernant la responsabilité professionnelle.*

Le Conseil national rappelle que si la couverture de la responsabilité professionnelle n'est pas légalement obligatoire, elle l'est par contre déontologiquement sur base de l'article 34, § 2, du Code de déontologie médicale qui dispose que la victime d'une faute médicale a droit à la réparation du dommage causé par cette faute et que tout médecin doit être assuré à cette fin.

L'information du patient quant à l'absence d'une couverture d'assurance n'est pas déontologiquement de nature à exonérer de sa faute le médecin qui donne des soins à un patient sans que sa responsabilité professionnelle soit couverte.

2° L'article 8/2 de la loi relative aux droits du patient dispose : *Le praticien professionnel informe le patient de son statut d'autorisation à exercer ou d'enregistrement.*

Le patient doit être informé des qualifications professionnelles du médecin qui lui dispense des soins de santé.

Le médecin qui n'est pas en droit de pratiquer se rend coupable d'exercice illégal de l'art de guérir s'il ne respecte pas cette interdiction même si les patients, informés de cette interdiction, consentent à recevoir ses soins. Le consentement de la victime d'une infraction pénale ne justifie pas cette infraction dans le chef de son auteur. De même, celui qui s'est vu imposer une limitation de l'exercice de l'art médical ne peut l'excéder.

Le Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (JAHWPF) , un plan d'action de la commission européenne relatif au personnel de la santé¹

Dr R.Kerzmann – A.S. Sturbois

Dans le « Livre Vert » du 10 décembre 2008 relatif au personnel de santé en Europe², la Commission des Communautés Européennes a établi un relevé des défis auxquels seront confrontés dans les prochaines années les systèmes de santé des Etats Membres.

La démographie des professionnels de la santé qualifiés, dont l'évolution est liée au vieillissement de la population en général et du personnel de santé en particulier, n'est pas le moindre de ces challenges dès lors que le nombre de jeunes recrues risque de ne pas suffire à compenser les départs.

La crainte d'une pénurie est accrue par l'augmentation prévisible de la demande de soins de santé liée au vieillissement de la population, notamment parce que les personnes âgées sont plus fréquemment atteintes de maladies chroniques multiples.

Enfin, le faible attrait des professions liées aux soins de santé est aussi un obstacle au recrutement du personnel de santé.

Certains estiment à 1 million environ, le niveau prévisible de la pénurie en travailleurs de santé à l'horizon 2020.

D'ores et déjà, l'application de la Directive 2005/36/CE³ génère dans l'espace européen des flux migratoires d'importance inégale qui contribuent à ce déficit dans certains pays.

En 2011, la Commission Européenne a financé une étude de la faisabilité d'une collaboration entre les Etats membres permettant de prévoir les besoins en personnel de santé, d'assurer la planification des effectifs disponibles et d'analyser les préférences de ces mêmes effectifs.

Sur base des résultats obtenus, et au titre du Programme de santé 2012⁴, la Commission a décidé de financer la "Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (JAHWPF)".

Entamés en avril 2013, les travaux de cette organisation sont programmés jusqu'en 2016. Leur finalité est la mise en place d'une plate-forme de collaboration entre les Etats Membres qui favorise l'organisation de leur coopération, le partage de bonnes pratiques, l'amélioration de la planification et de la prévisibilité de la main-d'œuvre de santé nécessaire (médecins, infirmiers, accoucheuses, pharmaciens, kinés,...).

Le JAHWPF regroupe actuellement 30 associés partenaires et 34 collaborateurs, provenant de 28 pays européens.

Au plan méthodologique, l'action commune est agencée en 7 axes de travail (Works Packages 1 à 7). Trois lots sont réservés aux aspects organisationnels de l'action : la coordination (WP 1), la diffusion (WP 2) et l'évaluation (WP 3) des actions menées. Ces WP organisationnels sont destinés à

1. Joint Action Health Workforce for Planning and Forecasting – www.euhwforce.eu

2. Livre vert relatif au personnel de la santé en Europe – COM (2008) 725 final – 10/12/2008 – 16 pages

3. Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

4. Commission staff working document on an action plan for the EU healthcare workforce - 17/07/2012

soutenir l'activité des quatre autres lots (WP 4 à 7) consacrés à l'analyse fondamentale des problèmes de base : la collecte de données relatives aux flux migratoires et à la mobilité des personnels de santé en général (WP 4⁵), l'échange de bonnes pratiques et l'utilisation d'un modèle quantitatif en méthodologie de planification (WP 5), l'étude des documents de planification de chaque Etat membre, l'échange de leurs expériences et de leurs pratiques en analyse des effectifs et l'estimation des besoins en termes de compétences (WP 6) et enfin, l'analyse des moyens permettant de consolider dans le temps les résultats engrangés aussi bien que l'identification et le formatage des partenaires appelés à collaborer et à poursuivre les activités du JAHWPF (WP 7).

L' « Action commune » a mis sur pied un réseau d'experts pour aider tant l'Union Européenne que les Etats Membres à développer leur capacité d'anticipation des besoins et de planification du personnel de santé et à appuyer leurs politiques sur des analyses scientifiques.

Pour la Belgique, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est un des experts du JAHWPF; l'Ecole de Santé Publique de l'ULB figure également au rang de ses collaborateurs. Parmi les autres partenaires on retrouve plusieurs organisations internationales dont l'OCDE⁶ ou l'OMS⁷ Europe et bien entendu des organisations médicales européennes dont le CPME⁸, l'UEMS⁹, l'UEMO¹⁰.

Le Conseil National de l'Ordre n'est pas directement impliqué dans le panel d'experts du JAHWPF mais par sa présence au CEOM¹¹ et par sa collaboration active au COPIL¹², en accord avec l'UEMS, il peut indirectement collaborer aux travaux du WP 4 et prendre connaissance des démarches et des progrès accomplis par cette action commune.

A n'en pas douter, les résultats escomptés du « JAHWPF » devraient être extrêmement intéressants et surtout très utiles pour évaluer les besoins, harmoniser les compétences, anticiper l'évolutivité et la mobilité de toutes les professions de santé dans l'espace européen et réguler la démographie médicale en particulier. Ils devraient ainsi garantir à la population européenne le maintien à l'avenir d'un haut niveau d'accessibilité et de qualité des soins.

5. Chronique internationale, réunion du 15 juin 2013 du Conseil du CEOM – Bucarest, Joint Action Workpackage 4, Dr R. Kerzmann et A.S. Sturbois, bulletin du Conseil national n°142, p.20, <http://ordomedic.be/fr/actualites/bulletins/>

6. OCDE – Organisation de Coopération et de Développement Economique www.oecd.org

7. OMS Europe – Organisation Mondiale de la santé Bureau Régional de l'Europe <http://www.euro.who.int>

8. CPME – Comité Permanent des Médecins Européens www.cpme.eu

9. UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes www.uems.eu

10. UEMO – Union Européenne des Médecins Omnipraticiens <http://www.uemo.eu>

11. EOM – Conseil Européen des Ordres de Médecins www.ceom-ecmo.eu

12. Comité de Pilotage de l'Observatoire Européen de la Démographie Médicale, créé en 2010, émanation du CEOM

Déclaration du CEOM sur la télémédecine (Bari 5 Juin 2014)

Dr R. Kerzmann

La pratique de la télémédecine, confidentielle encore jusqu'il y a peu, s'impose aujourd'hui de plus en plus comme incontournable.

Exploitant toutes les possibilités des nouvelles technologies de la communication, la télémédecine permet de mettre en rapport à distance les médecins avec les autres professionnels de la santé et les patients. Elle peut ainsi, selon les circonstances, aider à l'établissement d'un diagnostic, permettre le suivi à visée préventive ou post-thérapeutique d'un patient à risque, faciliter l'accès à un avis spécialisé, servir de support à la prescription de médicaments...

La mobilité toujours plus grande tant des patients que des professionnels de santé dans l'espace européen justifie également le recours à la télémédecine.

Son développement est au centre de nombreux débats et réflexions car il suscite des questions nouvelles dans les domaines éthique, juridique et déontologique.

L'encadrement des nouvelles applications de télémédecine, les implications en termes de responsabilité, les qualifications professionnelles des praticiens étrangers, la protection des données médicales du patient, l'impact économique sur le budget des soins de santé, en sont quelques exemples.

Le CPME¹ avait déjà consacré au thème de la télémédecine, en 2002, une monographie² reprenant des directives d'utilisation approuvées par son assemblée générale.

Dès le mois d'octobre 2007, l'AMM³, lors de sa 58^{ème} assemblée générale de Copenhague, Danemark, avait quant à elle adopté une première position éthique relative à la télémédecine en encourageant « *la mise en place d'une législation nationale et d'accords internationaux sur des sujets relatifs à la pratique de la télémédecine tels que la prescription en ligne, l'enregistrement du médecin, la responsabilité et le statut juridique des dossiers médicaux électroniques* ».

Considérant par la suite que le recours à la notion de « télésanté » permettait d'englober l'ensemble des activités qui contribuent à la bonne santé du patient et de la société, telles que la prévention, la promotion, l'autogestion du diagnostic par le patient ou le traitement des maladies et pour lesquelles les médecins jouent un rôle fondamental, l'AMM a rédigé lors de sa 60^{ème} assemblée générale à New Delhi, Inde, en octobre 2009, une déclaration⁴ relative aux principes directeurs pour l'utilisation de la télésanté dans les soins médicaux.

Le Conseil Européen des Ordres de Médecins ne pouvait rester indifférent à cette évolution des modes de pratiques.

1. CPME – Comité Permanent des Médecins Européens - www.cpme.be

2. CPME guidelines for Telemedicine – 2002 – 96 pages

3. AMM – Association Médicale Mondiale – <http://www.wma.net>

4. WMA Statement on guiding principles for the use of telehealth for the provision of health care – 16.10.2009

Au terme des analyses menées et à l'occasion de la réunion plénière qui s'est tenue à Bari le 13 juin dernier, les organisations participantes au CEOM ont décidé d'adopter un texte de recommandations éthiques qu'elles considèrent comme essentielles lors du recours à la télémédecine.

Le lecteur trouvera ci-dessous le texte intégral de cette déclaration :

« La pratique de la télémédecine ne doit pas contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient. Aucune technologie ne peut venir remplacer la relation humaine, interpersonnelle et singulière, qui doit rester le fondement même de l'exercice de la médecine mais les technologies de l'information et de la communication, notamment la télémédecine, peuvent être utiles pour apporter l'expertise médicale sur des territoires où elle ne se trouve pas.

Le respect des principes déontologiques encadrant les actes de télémédecine, ci-dessous rappelés, est la condition nécessaire pour garantir la qualité de la médecine et le respect des droits des patients au sein de l'Union européenne.

1) Définition de l'acte de télémédecine

Le CEOM appelle à définir la télémédecine comme étant une des formes de l'exercice de la médecine qui utilise, au bénéfice du patient, les technologies de l'information et de la communication. Elle permet de mettre en rapport à distance un patient et un médecin ou de partager ses données médicales entre deux ou plusieurs médecins, éventuellement assistés par d'autres professionnels de santé, à des fins médicales, de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement, dans le respect des règles de déontologie propres à chacune des professions médicales ou de santé.

Ils doivent être en situation d'exercice légal de leurs professions dans leur Etat membre d'établissement et sur le territoire de l'Union européenne.

2) La télémédecine n'est pas de l'e-commerce

Le CEOM rappelle que la pratique de la télémédecine doit être strictement distinguée juridiquement des autres prestations du domaine de l'e-santé, qui englobe d'autres aspects numériques touchant à la santé.

Si des applications de e-santé peuvent, dans certains domaines, relever du champ d'application du commerce en ligne, la télémédecine n'en relève pas, puisqu'il s'agit d'un acte médical qui impose un encadrement juridique propre à garantir la compétence du médecin et le respect des droits du patient.

3) Respect des règles déontologiques

Le CEOM souligne que l'usage des technologies de l'information et de la communication dans l'exercice de la télémédecine n'impose pas de dispositions spécifiques dans les codes de déontologie médicale des Etats membres de l'Union ni dans la Charte européenne d'Ethique médicale puisque les principes éthiques et déontologiques en vigueur demeurent et s'appliquent à cette pratique de la médecine.

4) Droits des patients et respect de la relation médecin-patient

Le CEOM rappelle que les droits des patients s'imposent de la même manière en télémédecine que dans le cadre habituel des soins en présence physique. La pratique de la médecine à distance amplifie le degré de vigilance sur les contraintes de sécurité relatives à la confidentialité des données médicales, à la robustesse et à la fiabilité des organisations techniques utilisées.

Le patient doit être informé de la nécessité, l'intérêt, les conséquences et la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en oeuvre pour sa réalisation et doit donner librement son consentement.

5) Obligations des médecins

Le CEOM recommande de définir le champ de responsabilité individuelle de chaque intervenant et celui qui serait partagé par l'ensemble des professionnels participant à l'acte de télémédecine.

Ces responsabilités s'exercent d'abord vis-à-vis du patient pris en charge mais sont également partagées avec des confrères, d'autres professionnels de santé et des professionnels techniques avec lesquels le médecin coopère.

Chaque professionnel doit être couvert par une assurance en responsabilité précisant le lieu de compétence juridictionnelle, en cas de dommage, sachant que l'article 3d) de la Directive 2011/24/UE sur les soins transfrontaliers² établit que le droit applicable est celui de l'Etat membre de l'Union où est établi le prestataire.

6) Compétences et responsabilité dans les usages du numérique

Le CEOM incite ses organisations participantes à soutenir la formation permanente des médecins dans leur adoption des technologies de l'information.

Chaque professionnel de santé exerce dans le champ de compétences de chaque profession dont l'exercice légal est réglementé.

Dans le cadre de protocoles validés et en assurant les sécurités informatiques, il faut garantir la mise en oeuvre de bonnes pratiques des professions de santé dans la communication à distance, tant pour ce qui est du recueil des données personnelles de santé du patient, leur hébergement, leur transmission et leur traitement. Il faut garantir la sécurité, la disponibilité et la fiabilité des dispositifs technologiques relevant de la responsabilité du tiers technologique.

7) Nécessité de cadres juridiques nationaux et d'une coordination européenne

Le CEOM recommande la mise en place d'une législation nationale spécifique dans chaque Etat membre de l'Union européenne sur la télémédecine.

Le CEOM propose que les Etats membres se coordonnent pour encadrer les actes de télémédecine transfrontaliers en favorisant l'interopérabilité des actes de télémédecine entre les Etats membres dans le respect du principe de subsidiarité des systèmes de soins de santé nationaux. »

La médecine belge et française et les Ordres face à la « Question juive » durant la deuxième guerre mondiale.

The belgian and french medicine and the Orders facing the Jewish Question during the second world war.

Dr J. Noterman,

Chargé de cours honoraire émérite (ULB)

Président du conseil provincial du Brabant d'expression francophone de l'Ordre des médecins (1997-2000)

Ndlr : cet article a paru dans la Rev. med. Brux. 2014; 35 : 114-121

Résumé

L'attitude du monde médical et des « Ordres » face à la « question juive » diffèrent entre les deux pays. Cette différence prend sa source avant le conflit. La xénophobie et l'antisémitisme sont plus marqués en France. De plus, la capitulation belge de mai 1940 et l'armistice du 25 juin en France ne représente pas la même situation.

En France, un gouvernement légal sous la direction du Maréchal Pétain va prendre toute une série de mesures xénophobes dont les juifs sont les premières victimes.

En Belgique, en l'absence de gouvernement, les Secrétaires Généraux des ministères vont devoir appliquer les mesures antijuives dictées par l'occupant. Ils ne peuvent pas légiférer sur le plan politique d'après la loi.

L'Ordre des Médecins français sera créé fin 1940 par le gouvernement de Vichy. En Belgique, l'Ordre existait depuis 1938 mais n'avait pu se réunir en l'absence des arrêtés d'exécution. Il fut créé fin 1941 un « Ordre bis » dont la légalité fut contestée par de nombreux juristes et médecins.

L'Ordre français devait appliquer les mesures antijuives en se chargeant lui-même de la sélection des médecins juifs autorisés à pratiquer.

En Belgique, l'« Ordre bis », très mal vu par les médecins ne joua pas de rôle officiel à ce sujet. Il se contenta sans protester d'appliquer les ordonnances allemandes antijuives.

A la libération, les dirigeants des Ordres eurent un sort différent. En France ses dirigeants échappèrent aux sanctions. En Belgique, ceux-ci furent lourdement condamnés.

Abstract

The attitude of the medical community and the « Orders » to the « Jewish question » differs in the two countries. This difference originates before the conflict. Xenophobia and anti-semitism were stronger in France. In addition, the Belgian capitulation of May 1940 and the armistice of June 25 in France do not represent the same situation.

In France, a legal government under the direction of Marshal Pétain took a series of xenophobic measures of which the Jews were the first victims.

In Belgium, in the absence of any government, the General Secretaries in Ministries were the ones who had to apply the anti-jewish measures dictated by the German occupant. By law, they could not legislate on the political level.

The "Order" of French physicians was created in late 1940 by the Vichy government. In Belgium, the "Order" had existed since 1938 but had been unable to meet in the absence of implement decrees. An "Order A" was created in late 1941, the legality of which was questioned by many lawyers and physicians.

The French "Order" was to apply the anti-jewish measures by taking responsibility for the selection of Jewish physicians entitled to practice.

In Belgium, the "Order" frowned upon by the physicians, played no official role in this regard. It simply applied the anti-jewish measures dictated by the Germans without protesting.

After the conflict, the leaders of the "Orders" had a different fate in both countries. In France they escaped sentences. In Belgium, they were heavily condemned.

Key words: History, Board of medicine, Antisemitism, World war two.

Prologue : Le contexte historique et médical dans les deux pays avant le conflit

Précisons d'emblée qu'il n'y avait pas, tant en France qu'en Belgique, d'Ordre des médecins en activité malgré les nombreuses tentatives de création d'une institution de ce genre(1, 2). La loi belge de 1938 créant l'Ordre n'avait pas été suivie assez vite des arrêtés d'application en raison du déclenchement du conflit en mai 40.

Avant d'aborder ce qui constitue l'objet de cet article, il est nécessaire de survoler le contexte socio-politique de l'avant-guerre dans les deux pays. Les décisions qui furent prises par les autorités médicales au cours de l'occupation allemande se trouvent liées au climat politique et économique qui régnait dans les années 20 et 30.

Depuis la fin du XIXème siècle, on observait une montée lente quoique discontinue du nationalisme et de l'antisémitisme en Europe (3,4). Les pogroms en Russie et la publication du pamphlet antisémite intitulé « Protocole des sages de Sion » en parallèle avec les mouvements nationalistes allemands et autrichiens créaient un climat de plus en plus tendu en Europe centrale (4, 5). Cet antisémitisme se retrouvait en France dans les écrits d'Edouard Drumont. L'« Affaire Dreyfus » fut le point culminant de cette tendance en divisant l'opinion publique française en deux camps pendant tout l'avant guerre de 1914. Le « Sionisme » de Théodor Herzl, né en réaction, n'améliora pas la situation (4, 5, 6).

Néanmoins, le nationalisme français et belge différaient considérablement entre eux. Avant l'entre deux guerre, il n'y avait pas en Belgique d'antisémitisme notable ni de nationalisme aussi déclaré qu'en France (7). Cette montée d'intolérance xénophobe n'apparut vraiment en Belgique qu'à l'occasion des immigrations consécutives au remodelage des frontières après 14-18 et suite à la crise économique de la fin des années vingt (6). L'antisémitisme se rencontrait, pour l'essentiel, dans les milieux nationalistes flamands ou catholiques. Après 1920, il augmente bien qu'une distinction persistât entre les « bons juifs » c'est-à-dire belges et anciens combattants et les « mauvais » arrivant d'Europe de l'Est.

Dans les années trente l'Eglise demeura ambivalente. Elle réprouva, en effet, les violences physiques mais approuva plus ou moins la législation allemande antijuive. En 1938-39, elle prit prétexte des persécutions dont furent victime les prêtres et les catholiques en Espagne et en URSS pour justifier sa position. On n'observa que peu de protestations de la part des non catholiques à ces occasions. L'Eglise craignait par-dessus tout un rapprochement des catholiques avec les francs-maçons et les communistes, adversaires déclarés du nazisme et qui représentaient les défenseurs des juifs et de l'athéisme (6). Cette tendance se manifesta surtout à Anvers. En France, c'est à Paris que

l'intolérance fut la plus virulente. L'explication en était que ces deux villes constituaient les destinations les plus attractives pour les émigrés. Il y avait toutefois une différence fondamentale concernant les intentions de ces expatriés. A Anvers, beaucoup n'étaient arrivés qu'en transit en vue d'une émigration plus lointaine, alors que Paris était considérée comme un point de chute plus ou moins définitif (6).

La formation des partis nationalistes extrémistes en Belgique dans les années trente (Verdinaso, VNV, Rex) allait entraîner une vague de xénophobie qui serait la première forme de l'intolérance. L'antisémitisme belge allait croître au fil des années en raison des politiques antijuives pratiquées par des pays comme la Pologne, la Roumanie, la Tchécoslovaquie et surtout l'Allemagne suite aux lois de Nuremberg de 1936, l'Anschluss de 1938, et le démembrement de la Tchécoslovaquie pour finir(6). Cet antisémitisme resta cependant largement minoritaire en Belgique avant le déclenchement de la guerre.

En France, le nationalisme et l'antisémitisme de l'Action française de Charles Maurras fleurissait déjà depuis longtemps et des députés comme Xavier Vallat et Darquier de Pellepoix prônaient ouvertement l'instauration d'un statut des juifs réglementant le droit de vote, l'éligibilité et l'accession aux fonctions publiques. Cet antisémitisme de droite fut rejoint plus tardivement dans les années 30 par la gauche. Le leader communiste Maurice Thorez parle du « chacal Blum aux doigts longs et crochus » et le propre parti de Léon Blum osa parler de la « dictature juive sur le parti » (5). De tels excès de langage et de plume ne se retrouvèrent que de façon marginale en Belgique après 1936 (6).

17

La xénophobie culmina en France en 1939 avec l'enfermement dans des camps des réfugiés républicains espagnols puis allemands à partir de la déclaration de guerre de septembre. Ces Allemands étaient juifs pour la plupart.

De telles mesures ne suscitèrent qu'indifférence dans la population. Notons cependant le décret-loi Marchandeaude d'avril 1939 punissant « toute attaque de presse envers un groupe de personnes qui appartiennent par leur origine à une race ou une religion déterminée lorsqu'elle a pour but d'exciter la haine entre les citoyens ou habitants » (4). Le terme de « race », bien qu'impropre, était employé de façon régulière dans la première moitié du siècle.

La situation médicale en France avant 1940

La France adopta des lois de plus en plus restrictives à propos de l'octroi du diplôme de médecin et/ou du droit d'exercer sur son sol au cours des années trente. Ces lois à visée protectionniste ne pouvaient cependant pas être identifiées officiellement à de l'antisémitisme mais étaient clairement de nature xénophobe. Comme la grande majorité des exilés (à l'exclusion des Espagnols) étaient d'ascendance juive, l'amalgame était évident. Ainsi la loi Armbruster de 1933 défendait la corporation médicale par l'exigence du diplôme d'Etat français par opposition au diplôme Universitaire ainsi que la citoyenneté française, le BAC français pour les étudiants et l'interdiction d'accès à la fonction publique si la naturalisation ne datait pas de 5 ans au moins. Deux ans plus tard, la loi Cousin-Nast de juillet 1935 renforçait encore la précédente par l'obligation du service militaire pour tous les naturalisés. Ces mesures tendant à lutter contre la pléthore médicale, le maintien d'un niveau optimal de soins, de connaissances et de moralité ne diminua pas le nombre des récriminations des syndicats médicaux qui portaient dorénavant sur les « facilités » d'obtention de la nationalité (4, 5). Il faut signaler ici que les idées xénophobes propagées par l' « Action française » étaient bien implantées dans le milieu médical.

Enfin, les thèses racistes et eugénistes s'exprimaient de plus en plus librement par l'intermédiaire de Georges Montandon (Professeur à l'école d'anthropologie de Paris) qui décrivait les caractères « somatiques » des juifs (5).

La situation médicale en Belgique avant 1940

Les organisations professionnelles n'avaient pas comme en France revendiqué l'interdiction d'exercice pour les étrangers ni brandi le spectre de la pléthore. Ce n'est qu'à partir de 1937 qu'une surabondance potentielle de médecins est évoquée de manière anecdotique (8). Il fallut attendre mai 1939 pour que, sur un ton modéré très différent de celui employé en France, le vœu soit émis par la Fédération médicale belge (FMB) que la profession ne fût exercée que par des Belges ou des naturalisés ayant obtenu le diplôme légal compte tenu des législations des « pays voisins » qui réservent ce droit à leurs nationaux (9).

Il n'existait donc pas en Belgique de climat xénophobe et antisémite dans le monde médical avant le conflit.

Bien entendu, des mesures protectionnistes étaient en vigueur depuis longtemps comme les différences entre le diplôme légal et scientifique pour l'exercice de la profession. Les diplômés étrangers pour autant qu'ils fussent légaux donnant droit à l'exercice dans le pays d'origine pouvaient être soumis à l'appréciation du Ministère de la santé publique moyennant attestation du gouvernement étranger légalisée par l'agent diplomatique belge accrédité, soumis ensuite au Ministère de l'instruction publique, au Jury central etc...(10). Ces mesures limitaient l'exercice aux immigrés « légaux » disposant des documents de leur pays d'origine, ce qui ne correspondait que rarement à la situation des réfugiés politiques juifs. Pour eux, en Belgique, la seule possibilité d'accéder à l'exercice était un cursus universitaire complet au grade légal ce qui leur était accessible moyennant une homologation de leurs études secondaires d'obtention plus aisée.

Le gouvernement, quant à lui, n'accueillait cette immigration juive des années trente qu'avec réticence surtout à partir de 1936 en pratiquant une politique de plus en plus restrictive sous prétexte que cette immigration risquait d'entraîner une vague d'antisémitisme (6). En quelque sorte, les juifs allaient susciter, eux-mêmes, la xénophobie : c'était là un raisonnement pour le moins spécieux...

Une réunion se tint à la Société des Nations, en 1938, au sujet des émigrés dits « obligatoires » (c'est-à-dire chassés de leur pays). Elle ne déboucha pas sur des mesures concrètes (6).

Les partis politiques demeuraient divisés ; certains comme Rex prônèrent à partir de 1938, que les juifs fussent interdits de toutes fonctions publiques, d'enseignement etc... s'ils n'étaient pas belges à l'instar des revendications françaises. Ces propositions préfiguraient les mesures qui furent mises en application au cours de l'occupation.

Quant au problème des naturalisations, la loi de 1932 fixait le délai à 10 ans de résidence ou 5 ans pour l'étranger qui avait épousé une belge. Il ne devait pas y avoir de tentatives de modification de ces conditions dans la période précédant le conflit ni pendant celui-ci à l'inverse de la législation française qui revint sur toutes les naturalisations obtenues depuis 1928 et sur la situation des juifs algériens qui, citoyens français, furent tous déchus de leur nationalité avec les conséquences qui en découlèrent (5).

La mise en place des conseils de l'Ordre des médecins

La création des conseils de l'Ordre différa sensiblement dans les deux pays à la fin des hostilités de mai-juin 1940 en raison de la différence de leurs régimes politiques.

En France

L'armistice est signé à Rethondes le 22 juin à la demande du gouvernement du Maréchal Pétain qui succéda à Paul Reynaud lequel s'y opposait en principe (11, 12, 13). Le général de Gaulle avait bien exhorté la France à poursuivre la lutte depuis Londres le 18 juin mais cet appel avait été peu ou pas écouté et encore moins suivi.

Dans les conditions d'armistice figurait l'obligation de la livraison des réfugiés allemands « fauteurs de guerre » que le ministère de l'intérieur aidera à livrer alors que du 21 au 25 juin, date de l'entrée en vigueur de l'armistice, il eut été possible de les faire fuir (11,13). Cette condition particulièrement infamante fut reprochée au gouvernement de Vichy à la fin de la guerre mais il est vrai que les Allemands ne voulaient rien changer au protocole d'armistice. C'était à prendre ou à laisser.

Dès le 10 juillet, l'Assemblée Nationale réunie à Vichy « se ferait hara-kiri » (13) en confiant les pleins pouvoirs à Pétain par 569 voix contre 80 et 17 abstentions (13). Nouveau chef de l'Etat, Pétain disposait donc des pouvoirs d'un monarque absolu (12). Très vite, le nouveau gouvernement de Vichy dirigé par Pierre Laval édicta une série de lois que les Allemands ne lui avaient pas ou pas encore demandé. Celles-ci traitaient des conditions de nomination dans les cabinets ministériels (120740), les employés d'administration (170740), de la révision de la loi sur les naturalisations depuis 1927 (220740) et de l'interdiction de pratiquer la médecine, la pharmacie et la dentisterie si la personne n'est pas née de père français (160840). Des dérogations étaient prévues pour des raisons particulières, scientifiques ou militaires(4). Ces lois xénophobes visaient presque exclusivement les juifs car ils représentaient la grande majorité des expatriés.

Dans la foulée, le décret-loi Marchandreau fut aboli ce qui permettait à la presse sous contrôle de se déchaîner préparant ainsi l'opinion à la mise en place du futur « Statut des juifs » qui parut le 18 octobre au Journal Officiel. Ce statut prévoyait, outre la définition de qui était juif, l'exclusion des médecins juifs français des fonctions hospitalières et du corps enseignant. Il fixait des quotas applicables aux médecins et aux étudiants en médecine. D'autres professions, par exemple, le barreau étaient aussi concernées (4,14). « Eliminer les juifs des domaines essentiels de la vie nationale française constituait un point de convergence entre l'occupant et Vichy » (13). L'avant-guerre n'avait pas permis la création d'un Ordre des Médecins en dépit des nombreuses tentatives (15,16). Pour asseoir le changement, un Conseil Supérieur de la médecine est créé le 071040. Il deviendra en juillet 1943 le Conseil National de l'Ordre des médecins. Il est assisté de conseils départementaux. Le Conseil Supérieur, formé de 12 membres nommés par le Secrétaire Général à la Santé Publique Serge Huard est placé sous la présidence du Professeur René Leriche (5,17). Ce dernier était un ami personnel du Dr Ménétrel, le secrétaire particulier et médecin du Maréchal Pétain. Il se réjouissait de nettoyer Paris de la « juiverie médicale » mais se plaignait par ailleurs à ce même Ménétrel du statut des juifs car il ne distinguait pas les juifs d'anciennes souches de ceux récemment arrivés (5). Pour Paul Valéry qui écrit à Pétain à ce sujet, il ne fallait pas confondre les vieilles familles israélites françaises avec les juifs immigrés (5). On nageait en pleine confusion. Leriche conserva son attachement à Pétain dans l'après-guerre en louant sa modération et en mettant en évidence le fait que, par sa présence, il permit d'éviter le pire (17).

Dès la fin 40, un Ordre « légal » existait donc en France. La presse médicale approuva sans réserve cette mise en place qui répondait à une ancienne revendication syndicale qui remontait loin avant le conflit. Le statut des juifs ne provoqua pas de réactions. Il en fut de même pour la loi rétroactive sur les naturalisations. Le Barreau resta tout aussi muet que le monde médical sur ces lois scélérates (14).

En Belgique

La situation différait considérablement. La capitulation du 28 mai n'était qu'un arrêt du conflit sur le plan militaire, le gouvernement s'étant réfugié en France et puis à Londres à la suite de péripéties qui ne seront pas évoquées ici. Le Roi n'avait agi qu'en tant que chef de l'armée, abandonnant *de facto* ses charges de chef de l'Etat (18, 19, 20) et se considérait comme prisonnier de guerre. Cette attitude pour le moins restrictive quant à son rôle engendra en synergie avec d'autres problèmes la future « Question royale ».

Le gouvernement ayant quitté le territoire, seuls demeuraient les secrétaires généraux (SG) qui ne pouvaient théoriquement prendre des arrêtés que pour autant qu'il y ait urgence et qu'ils ne soient pas d'ordre « politique » (21). Cette situation s'avéra floue dans les faits par l'interprétation qu'on en faisait et en raison des pressions de l'administration allemande de surveillance, la *militärverwaltung*. Celle-ci s'ingénia à faire prendre par les SG toute une série de mesures au cours de la guerre en vue d'éviter de prendre des ordonnances moins bien acceptées par la population.

Fin 1940, Reeder, le chef de la *militärverwaltung* pour la Belgique et le Nord de la France fit part à Vossen, le SG du Ministère de l'Intérieur et de la Santé Publique (SGMISP) de sa volonté qu'un Ordre des médecins fut créé rapidement, comme c'était déjà le cas en France faisant ainsi fi de la loi de 1938.

Il joignait à son avis un mémorandum en 10 points fixant les tâches qui incomberaient à cette nouvelle structure (22).

La mise en place de cet Ordre souleva une opposition considérable. Tout d'abord, les SG n'étaient pas, pour beaucoup de juristes, habilités à promulguer ce genre d'arrêté-loi. Il ne s'agissait pas d'une urgence et le caractère politique et donc illégal de cette création, alors qu'il existait déjà une loi qui, bien que non entrée en application, apparaissait difficilement contestable. De surcroît, le climat de plus en plus tendu entre les organisations professionnelles flamandes (*Algemeen vlaamsch geneesheer verbond* ou AVGV) et bilingue à prédominance francophone (FMB) ne facilitait pas les choses au Ministère, les uns étant partisans du projet, les autres y voyant la mainmise de l'occupant et la prééminence d'un parti, le *Vlaamsch Nationaal Verbond* ou VNV, de tendance dictatoriale et xénophobe sinon raciste. Un consensus fut cherché par Libbrecht (directeur de la SP au MISP) sans succès au cours des premiers mois de 1941 (22).

Finalement, l'arrêté créant l'Ordre ne fut pris qu'en novembre par Romsée, le successeur de Vossen destitué par les Allemands (22). C'était plus d'un an après la loi française. Entretemps, le statut des juifs n'avait pas été entériné par les SG en raison de son caractère estimé anticonstitutionnel, mais il fut appliqué sur ordonnance allemande au niveau communal avec leur consentement plus ou moins forcé (23, 24).

La différence entre les deux pays était donc toujours présente. En France, le gouvernement légal partisan de la collaboration pouvait agir dans le respect relatif des lois, le pays étant occupé. En Belgique, des SG qui ne disposaient que de pouvoirs limités pratiquèrent une politique du « moindre mal » à la légalité contestée ce qui permettait quelquefois de mettre des entraves aux visées de l'occupant, mais qui frisait souvent la collaboration par ailleurs.

L'Ordre belge des Médecins mis en place et qui n'avait qu'un lointain rapport avec la loi de 1938 fut considéré dès sa création comme sinon illégal du moins très suspect par la majorité des médecins et bon nombre de juristes. La FMB essaya, jusqu'à l'ordonnance de sa dissolution, de s'opposer à lui, à l'inverse des organisations professionnelles françaises (21).

Les mesures antijuives et les Ordres

En France

Il est intéressant de noter que la grande majorité des mesures xénophobes et antisémites ont été édictées avant que le « Statut des juifs » ne vienne les compléter (2, 5). Lors de sa mise en place par S. Huard, le SG à la Santé Publique du Gouvernement de Vichy, le Conseil Supérieur (CS) ne protesta pas contre le Statut des Juifs ni contre la dénaturalisation rétroactive. La « Question juive » fit toutefois l'objet de nombre de ses réunions (5). Le CS et les conseils départementaux prirent une participation active aux mesures d'interdiction concernant la pratique médicale de ceux visés par les lois d'exclusion.

L'établissement des listes de médecins à exclure et des candidats aux dérogations leur incombait. Il y eut quelques frictions à ce sujet car certains conseils départementaux voulaient faire du zèle et refuser le contrôle du CS. Seul, le conseil départemental du Nord répondit qu'il ne connaissait pas de médecins juifs sur son territoire. Le CS qui avait la responsabilité finale des listes et tenait à tout vérifier devait tenir bon. Ces listes patiemment élaborées parfois avec une lenteur calculée (L'exercice de la profession pouvant continuer en attente de la décision finale) devaient, à partir de fin mars 41, être soumises au nouveau Commissariat général aux questions juives (CGQJ) dirigé par Xavier Vallat, nationaliste d'extrême droite proche de l'Action française, qui prenait les décisions avant qu'elles ne fussent définitivement adoptées par le gouvernement. Seuls les médecins juifs français, vétérans de guerre, titulaires de la légion d'honneur, et quelques rares autres avaient une chance d'obtenir une dérogation du CGQJ dans le cadre des quotas (2% par département) de médecins juifs encore autorisés à exercer (5).

Le Conseil Supérieur avait cependant proposé au CGQJ de ne tenir compte que de l'interdiction pour les étrangers ce qui limitait déjà de façon significative la prétendue « pléthore » de médecins étrangers et/ou juifs qui avait « justifié » les mesures. De même, il avait demandé que les quotas de 3% pour les inscriptions comme étudiants dans les Facultés de médecine ne soient pas pris en compte pour les étudiants en cours de cursus. Rien n'y fit et le CS se résigna.

Certains membres de ce CS se montraient cependant consternés par ces mesures et envisageaient de démissionner. Leriche plaida pour le « moindre mal » et les convainquit de poursuivre cette « sélection » craignant le pire en cas de mainmise non médicale sur cette politique inique (5,17). Il démissionna fin 1942 pour « divergences de vue avec le SG ». Louis Portes qui lui succéda n'adopta pas une attitude plus ferme. Il faut remarquer que l'atmosphère qui régnait dans le milieu médical était marquée par une xénophobie et un antisémitisme virulent. On en retrouve les manifestations dans la revue « Le Concours Médical » (25). Ceci explique en partie l'attitude de l'Ordre censé représenter tous les médecins. Il faut dire aussi que la lecture du questionnaire d'inscription à l'Ordre favorisait cette ambiance délétère. Des questions telles que : Nom de naissance (en cas de changement de nom) , Nationalité(Est- elle d'origine ? Sinon est-elle acquise par mariage ou naturalisation ? Et à quelle date ?), Nationalité du père et de la mère. Ont-ils été naturalisés et à quelle date ? Avez- vous un associé ou un assistant ? Quels sont son nom, ses titres, sa nationalité d'origine ? De plus, « Le concours Médical » et «La Presse Médicale » publiaient les listes de tous les médecins exclus en vue de « faciliter » leur remplacement par des médecins français de naissance (25). Ce n'est que tout à la fin de l'occupation que le 8 juillet 1944, le CS devenu Conseil National en 1943 essaya de se dédouaner. Ce jour là, Portes lança un appel à tous les médecins à propos des blessés par balle dont les Allemands exigeaient la dénonciation sous peine de mort. Cet appel, qui fut plus tard gravé dans le marbre au siège du Conseil de l'Ordre à Paris, était libellé comme suit : « Le président du Conseil de l'Ordre de médecins se permet personnellement de rappeler à ses confrères qu'appelés auprès de malades ou de blessés ils n'ont d'autres missions à remplir que leurs donner leurs soins, le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que les malades portent à leur médecin. Il n'y a aucune considération administrative qui puisse nous en dégager ».

C'était finalement mieux que rien, mais cette démarche n'excusait pas le rôle joué par l'Ordre dans la politique xénophobe et antisémite du gouvernement de l'Etat français du Maréchal Pétain.

Fin août, l'Ordre fut dissous par le gouvernement provisoire du général de Gaulle.

En Belgique

La situation diffère sensiblement, l'Ordre n'ayant été instauré qu'en novembre 1941, soit avec plus d'un an de retard sur la France.

Entretemps le « Statut des juifs » avait paru sous forme d'ordonnance allemande fin octobre 40, comme en France, à la différence que cette dernière avait édicté un « Statut des juifs » paru au journal officiel avant la demande de l'occupant.

L'Ordre belge ne manifesta pas contre ce statut qui datait déjà de plus d'un an et qui n'avait soulevé qu'une opposition des SG qui refusaient d'en endosser la responsabilité car il était contraire à la constitution (22).

Le formulaire obligatoire d'inscription à l'Ordre interrogeait le demandeur aux fins de savoir s'il était « concerné » par le « statut de juifs » et quelles avaient été ses occupations pendant la campagne des 18 jours de 1940 et après celle-ci. L'Ordre se livrait donc bien à un recensement spécifique, au même titre que les SG avaient accepté que les communes tiennent un registre des juifs sur base d'« inscription volontaire », ce qui s'assimilait à une responsabilité « passive », qui leur semblait acceptable en vertu de la politique du « moindre mal » (23,24).

En ce qui concerne les étrangers, l'article 13 de la loi sur l'Ordre prévoyait qu'il fallait que ceux-ci demandent la permission de pratiquer au MISP. Celui-ci demandait alors l'avis de l'Ordre et du jury central avant de décider. Il y avait donc une grande différence avec la France qui exigeait la nationalité française.

L'exclusion des juifs de toutes les fonctions publiques prévue par l'ordonnance allemande d'octobre 1940 contraignit les commissions d'assistance publique (CAP) et les universités à prendre des mesures. A la CAP de Bruxelles, 17 personnes étaient concernées dont 13 furent effectivement mises en disponibilité au 31 décembre. Des arrangements financiers furent toutefois prévus. On ne trouve pas trace d'une objection officielle du conseil d'administration de la CAP à cette ordonnance pour le moins inacceptable (24).

Au niveau des universités, la mise en disponibilité des membres du personnel académique concerné fut instaurée malgré le désaccord des autorités universitaires. A Bruxelles, l'ULB refusa de remettre la liste des professeurs concernés aux Allemands. Seuls, les noms de ceux qui acceptèrent volontairement de se considérer comme juifs furent transmis (24). Parmi ceux-ci, il faut citer Oscar Weill, médecin et professeur à l'hôpital Brugmann qui joua un rôle important un peu plus tard lors de l'exclusion des patients juifs des hôpitaux de l'agglomération.

Dans le but de contrôler la population juive, les Allemands exigèrent la création d'une association des juifs de Belgique (AJB) qui dut assumer un rôle d'ordre social (Home d'enfants et de vieillards etc...) et à laquelle tous les juifs devaient adhérer, en principe, sous peine de sanctions...

Vint alors l'ordonnance de la *Militärverwaltung* de juin 1942 relative à l'exercice de la profession médicale qui prévoyait dans son article premier que : « il sera interdit aux juifs d'exercer la profession de docteur en médecine, chirurgien - dentiste, dentiste, vétérinaire, sage - femme, infirmière, surveillant - diététicien, assistant médico- technique de même pour le massage, gymnastique médicale ou autre professions de l'art de guérir ou de soigner les malades.» L'article 3 disait que : « Des exceptions

pourront être accordées pour autant qu'elles soient nécessaires au maintien normal de l'état de santé de la population juive ». Les demandes devaient être adressées aux *Ober-ou Feldkommandanturen* (21,31). Cette ordonnance, d'une rare inhumanité, démontrait à suffisance les intentions de ghettoisation et d'élimination d'une population de la vie sociale environnante. Elle apparaissait comme plus radicale qu'en France. Il n'y avait pas de quota envisagé pour les médecins ni pour les étudiants. Aucun commentaire sinon celui de « C'était prévisible » n'apparut dans le bulletin francophone de l'Ordre des médecins (21).

L'inscription de tous les médecins juifs à l'Ordre était toutefois requise. Une cotisation réduite de moitié leur était imposée mais ils ne pouvaient bénéficier des avantages accordés par la chambre concernée (essence, pneus de vélos, charbon, fournitures diverses etc...) Ils ne faisaient pas partie de l'Ordre tout en devant obligatoirement s'y inscrire ! (22).

Aucun commentaire de l'Ordre à propos des listes restreintes des médecins juifs autorisés à pratiquer pour assurer « le maintien de la santé » de la population juive n'a été fait. Il s'agissait pourtant de confrères belges pour la plupart, possédant un diplôme légal, victimes d'une injustice flagrante (26).

Pour la province d'Anvers, il y avait 12 médecins et 4 dentistes juifs agréés par l'occupant, 44 médecins et 23 dentistes pour le Brabant (27). On ne retrouve pas de listes nominatives publiées de médecins juifs autorisés à pratiquer dans le bulletin francophone. De même, il n'y eut pas de listes pour les autres provinces flamandes. Cette absence s'explique-t-elle par le regroupement majoritaire des juifs dans les agglomérations d'Anvers et de Bruxelles ? (6) Les archives de cet « Ordre de guerre » qui pourraient éclairer ce point sont restées inaccessibles jusqu'à présent pour diverses raisons.

A Anvers parut encore, dans le *beroepsblad*, l'ordonnance interdisant aux médecins belges de soigner les Juifs, que ce soit en consultation, à l'hôpital, maternité etc... Le bulletin francophone n'y fait pas allusion pour des raisons qui tiennent, peut-être, à la gêne éprouvée par le vice-président Dossin devant de telles mesures.

Les hospitalisations à Anvers ne pouvaient avoir lieu qu'à l'*Erasmus hospital* de Borgerhout où une section juive avait été autorisée. De même des horaires particuliers étaient réservés pour les visites de dispensaire à l'Office National de l'Enfance et à la ligue contre la tuberculose.

Pour Bruxelles, où les CAP des diverses communes avaient été regroupées (le *Grössbrussel*.) la situation évoluait dans le même sens.

'Vu l'interdiction d'encore soigner des patients juifs, le nouveau président de la CAP, A. Bacq, reçut avec un certain délai, l' « autorisation » d'installer un hôpital juif dans l'orphelinat d'Ixelles situé à côté de l'hôpital à la chaussée de Boondael.

Le 01 novembre 1943, tous les malades juifs des divers hôpitaux furent regroupés dans cette nouvelle structure sous peine de déportation !!! Le personnel juif, interdit d'exercice depuis octobre 40, pouvait être réembauché à la charge de la CAP. Trois chefs allaient diriger cette institution : Jean Wiener, comme médecin directeur, Oscar Weill comme chef de service de médecine et Richard Reich en tant que chirurgien chef. L'hôpital disposait de 110 lits et Wiener parvint à gonfler le nombre de membres du personnel à 70 dont 20 médecins et 12 infirmières diplômées. A titre documentaire, ajoutons que de Novembre 43 à la Libération en septembre 44, il y eut entre 800 à 1200 malades soignés dans cette institution. Curieusement l'hôpital ne fut contrôlé qu'une seule fois par l'autorité allemande. Cette « clémence » relative peut être attribuée à un juif allemand, Félix Meyer. Celui-ci avait bien connu Reeder, le chef de la *militärverwaltung* à Aix-la-Chapelle dans les années d'avant-guerre. Meyer aida Wiener à mettre sur pied cet hôpital grâce à ses relations avec l'occupant (32).

In fine, on peut s'étonner que la déportation des membres de l'AJB et des patients et personnels des homes et de l'hôpital n'eut pas lieu. Bien que programmés pour 1944, les moyens de transport, l'invasion et la libération du territoire prirent les bourreaux de vitesse. Il n'y aurait pas de Bruxelles « *judenfrei* ».

D'autre part, l'ordonnance visant à la dénonciation aux autorités allemandes de tout étranger hospitalisé ne souleva non plus aucun commentaire alors qu'elle était publiée en même temps que le code de déontologie qui stipulait bien que le médecin était tenu au secret médical strict par devoir éthique. Il est vrai que Van Hoof, le chef de l'Ordre était farouchement xénophobe et antisémite et que Dossin, son sous-chef francophone, manifestait des convictions rexistes sans peut-être faire partie du mouvement (22).

Des listes de médecins inscrits et non inscrits à l'Ordre semblent avoir circulé et être entrées en possession de l'occupant sans l'assentiment de Libbrecht le directeur de la SP au MISP (22). Van Hoof communiquait, en effet, avec les *Kommandanturen* pour la désignation de médecins requis pour l'organisation Todt et le Service du travail obligatoire. Les non inscrits à l'Ordre étaient désignés par priorité.

Il n'y eut pas en Belgique de CGQJ analogue à celui qui sévissait en France bien que des officines du type « *volksverwering* » très liées à la police de sécurité allemande (SIPO-SD) aient plus ou moins essayé de jouer ce rôle (28). L'Ordre ne semble pas avoir eu de contact officiel avec celles-ci et ne participa pas, semble-t-il, à la confection des listes de médecins juifs autorisés à pratiquer.

A la libération, Van Hoof, Dossin et quelques autres responsables, conscients de leur peu de crédit auprès de la profession prirent le chemin de l'exil vers l'Allemagne. L'Ordre fut supprimé par un arrêté-loi pris à Londres dès le mois de Mai 44 par le gouvernement en exil (22).

Epilogue

Les deux pays ont manifesté dans l'immédiat avant-guerre une volonté identique de se doter d'un ordre professionnel médical (1, 2, 4, 15, 16). Les projets de loi s'accumulèrent en France et n'aboutirent pas. En Belgique, la loi de 1938 créant un Ordre des médecins n'entra pas en vigueur, les arrêtés d'application n'ayant pu être pris avant le 10 mai 1940.

Dès la libération, les Ordres des deux pays furent supprimés mais l'attitude des autorités envers leurs dirigeants s'avéra fort différente. Leriche et Portes, ne partirent pas pour l'Allemagne et ne furent pas condamnés. En Belgique, les deux chefs des chambres et quelques autres dirigeants fuirent en Allemagne, le climat du pays leur étant trop hostile. Ils furent lourdement condamnés en 1947 (22).

L'explication de cette différence d'attitude tient probablement à la politique d'apaisement du gouvernement français du général de Gaulle qui voulait réconcilier les Français ayant suivi majoritairement, du moins assez longtemps, le gouvernement Pétain légalement formé avec la nouvelle « légitimité » née de la victoire. L'avis de L. Portes de juillet 1944 gravé dans le marbre au siège de l'Ordre traduit en quelque sorte l'aval donné par les autorités d'après guerre à la légalité de l'Ordre créée en octobre 1940.

De plus, en 1997, soit 52 ans plus tard, le Dr B. Glorion, président de l'Ordre des médecins de France, fit officiellement une déclaration de « repentance » pour la politique antisémite pratiquée par l'Ordre pendant la guerre (29). Il assumait donc la légalité de l'Ordre mis en place par l'Etat Français du Maréchal Pétain.

En Belgique, il n'y eut rien de comparable, l'illégalité de l'Ordre de guerre étant reconnue depuis la fin de l'occupation.

Bibliographie

1. Anciaux C : Aperçu historique de l'institution d'un Ordre des Médecins. B.O. 1988; 41 : 23-7
2. Evleth D: The Ordre des Médecins and the Jews in Vichy France, 1940-1944. Fr Hist. 2006; 20: 204-24
3. Zweig S: The world of yesterday. London, Cassel, 1944, 33-60.
4. Evleth D: Vichy France and the continuity of medical nationalism. Soc Hist Med 1995; 95-116
5. Nahum H: La médecine française et les juifs. 1930-1945. Paris, L'Harmattan 2006.
6. Saerens L : Etrangers dans la cité. Anvers et ses juifs. 1880-1944. Loverval, Labor, 2005.
7. Aron P, Gotovitch J : Dictionnaire de la seconde guerre mondiale en Belgique. Bruxelles, Versailles, 2008.
8. Bulletin officiel de la FMB 1937. Bibliothèque royale. B366.
9. Le Médecin belge 1939. Bibliothèque royale. B366.
10. Arrêté royal du 130233.
11. Shirer WL : La chute de la IIIème république. Paris, Stock, 1970
12. Benoist-Méchin J : Soixante jours qui ébranlèrent l'Occident. Deuxième phase. La bataille de France et troisième phase. La fin du régime. Paris, Albin Michel, 1956
13. Azéma JP : 1940. L'année noire. Paris, Fayard, Points, 2012
14. Badinter R : Un antisémitisme ordinaire. Vichy et les avocats juifs (40-44). Paris, Fayard, 1997
15. Theil P : Brève histoire de l'Ordre des Médecins. Bull Acad Natl Med 1981 ; 165 : 739-45
16. Pouillard J : Histoire de l'Ordre national des médecins français. www.conseilnational,medecin.fr 1003012.
17. Leriche R : Souvenirs de ma vie morte. Paris, Seuil, 1956
18. Van Welkenhuizen J : Quand les chemins se séparent. Mai-juin-juillet 1940. Aux sources de la question royale. Paris-Gembloux, Duculot, 1988
19. Léopold III : Pour l'Histoire. Sur quelques épisodes de mon règne. Bruxelles, Racine, 2001
20. Aron R : Léopold III ou le choix impossible. Verviers, Marabout-Histoire, 1985
21. Noterman J : Un « Ordre des Médecins » de guerre (Novembre 1941-Septembre 1944) ou l'aboutissement dévoyé de la loi sur l'Ordre de 1938. Rev Med Brux 2010 ; 31 : 185-92 ; 475-85 ; 545-54
22. Dossier du procès de l'Ordre. Cour militaire, Bruxelles, N° 61/ 48
23. Majérus B : Logique administrative et persécution anti-juive. La police bruxelloise et les arrestations de 1942. CHTP-BEG 2003 ; 12:181-217
24. Delplancq Th : L'exclusion des juifs de la fonction publique en Belgique 1940-1944 BTNG/ RBHC 2005 ; 35 : 243-78
25. Halioua B : La xénophobie et l'antisémitisme dans le milieu médical sous l'occupation vus au travers du « Concours Médical ». M/S Médecine sciences 2003 ;19 :107-15
26. Bulletin officiel de la Chambre des Médecins. Bibliothèque Royale B6603
27. Beroepsblad van de Kamer der Geneesheeren. Bibliothèque Royale B 6214
28. Meinen I: La Shoa en Belgique. Waterloo, Renaissance du livre, 2012
29. Dorozinski A : French doctors apologise for wartime antisemitism. BMJ 1997 ; 315 : 1116
30. Massange C : L'hôpital israélite de Bruxelles (1943-44). Les cahiers de la mémoire contemporaine 2006 ;7 :13-34
31. Pirson Ch, Rivière L : La faculté de médecine de l'université libre de Bruxelles sous l'occupation. Collection « Musée de la Médecine » 2009 ; 2 : 51-2



COLOFON

ORDRE DES MEDECINS

Conseil national,
Place de Jamblinne de Meux 34-35, 1030 Bruxelles,
Tél. 02/743.04.00—Fax: 02/735.35.63
E-mail: info@ordomedic.be—Site internet: <http://www.ordomedic.be>

REDACTEURS EN CHEF

Pr R. Kramp, Pr M. Deneyer

EDITEUR RESPONSABLE

Dr J. Noterman
Place de Jamblinne de Meux 34-35, 1030 Bruxelles,

Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur.