



Université de Liège
Faculté de Médecine
Année académique 2009-2010

Médecin généraliste et demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales

Repères pratiques, déontologiques et considérations éthiques

Travail de fin d'étude présenté par
le Dr Elise Dechesne
en vue de l'obtention du Master
Complémentaire en médecine générale
Tuteur: Dr Miguelle Benrubi

Remerciements

La rédaction des remerciements se fait en général en fin du travail de longue haleine qu'est un travail de fin d'études. Cela semble assez ingrat car je voudrais pouvoir dire plus qu'un simple merci à toutes les personnes qui ont participé de manière ou d'une autre à ce travail.

Je voulais tout d'abord remercier mon tuteur, le Dr Miguelle Benrubi pour ses conseils toujours francs (!) et les nombreuses pistes de réflexion qu'elle a ouvertes à chaque rencontre. Je remercie également le Dr Marc Franckh, superviseur de mon TFE au sein du DUMG, pour son immense disponibilité et son aide précieuse en matière de méthodologie notamment. Ensuite je voulais remercier Mlle Raphaëlle Deliège, qui, outre le fait d'avoir été interrogée en tant qu'experte, a suivi ce travail dans la longueur et m'a donné motivation et nouvel élan à chaque rencontre.

Et enfin qu'aurait été mon travail sans le Dr Perrine Seron, ma « fidèle compagne » d'études et collègue ? Merci pour les longues heures de travail que j'ai pu entrecouper de débats révoltés!

Pour m'avoir permis de les rencontrer et/ou m'avoir consacré un temps pourtant précieux, je voulais également remercier : Milles Veerle Evenepoel et Katrien Lauwereys de Medimmigrant, Maître Xavier Maglioni, Mesdames et Messieurs du Bureau du Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins de Liège, le Bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Mme Françoise Guillaume, Mme Dominique Ernould et M Roger Gozin de l'Office des Etrangers.

Je voulais ensuite remercier mes proches de leur aide et soutien : Thomas Grailet pour son soutien « logistique » (entre autres) ; Maxime Dechesne, mon cousin « qui s'y connaît »; Marie-Céline Dardenne pour ses talents d'écriture ; mes parents pour leurs avis éclairés et puis tous les copains et le groupe Orval pour m'avoir changé les idées quand cela était nécessaire.

Je voulais également remercier les membres de l'équipe de la Maison Médicale « La Passerelle » pour le soutien qu'ils apportent à leurs assistants année après année, avec une mention spéciale pour Christel et Joanne qui ont tout fait pour adapter mes horaires à mon TFE.

Finalement je voulais remercier les soupes du Dr Perlise Dechron et la voix (et la chorégraphie) de Rita Pavone, excellents derniers recours en cas de « burn-out ».

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières.....	3
Résumé.....	4
Liste des abréviations.....	5
Introduction.....	6
I. Méthodologie.....	9
I.1 Analyse des certificats de demande de séjour pour raisons médicales.....	9
Questions pratiques.....	9
I.2 Recherche dans la littérature et sites de référence.....	10
I.3 Expertise externe.....	10
II. Résultats.....	12
II.1 Repères législatifs et déontologiques.....	12
II.1.1 Base légale	12
II.1.2 Base déontologique	18
II.2 Analyse des certificats et expertise externe.....	20
II.2.1 Généralités.....	20
II.2.2 Certificat type depuis mars 2010.....	21
II.2.3 A propos des anciens certificats.....	27
II.2.4 Questions déontologiques pratiques.....	28
III. Discussion.....	31
III.1 Secret médical.....	31
III.2 Rôle du médecin généraliste dans notre société.....	32
III.3 Définition du « bon état de santé »	34
III.4 Perspectives.....	35
Conclusion.....	36
Bibliographie.....	37

Résumé

Les patients migrants sont non seulement de plus en plus nombreux mais aussi plus fragiles et moins bien suivis sur le plan de la santé que la population générale. Le médecin généraliste doit apprendre à faire face à cette diversité culturelle.

Ce travail concerne la demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales pour laquelle le médecin généraliste doit remplir un certificat attestant une ou plusieurs pathologies. Ces certificats posent des questions à la fois pratiques, déontologiques et éthiques.

Via la recherche bibliographique et la rencontre d'experts, ce travail a permis de dégager quelques repères pratiques pour le médecin généraliste.

Ce travail contient donc des repères législatifs en matière de séjour, des repères déontologiques en matière de certificat et de secret médical et des références pratiques pour remplir au mieux ces certificats (description du traitement et des soins de proximité, liste de références en matière d'accessibilité et de disponibilité des soins de santé).

Ce travail pose aussi plusieurs questions déontologiques et éthiques sur le secret médical, la définition de la santé et l'évolution du rôle du médecin généraliste dans notre société. Il tente par ailleurs d'explorer des pistes de solution comme la création d'une base de données internationale sur l'accessibilité et la disponibilité des soins de santé dans le pays d'origine.

Mots clés : patient migrant, médecine générale, demande de séjour pour raisons médicales, certificat

Liste des abréviations

CCE	=	Conseil du Contentieux des Etrangers
CE	=	Conseil d'Etat
CEDOCA	=	Centre de Documentation et de Recherches
CIRE	=	Coordination et Initiatives pour et avec les Réfugiés et Etrangers
CGRA	=	Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides
CPAS	=	Centre Public d'Action Sociale
FEDASIL	=	Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile
INAMI	=	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
MSF	=	Médecins Sans Frontières
OE	=	Office des Etrangers
OMS	=	Organisation Mondiale de la Santé
ONEM	=	Office National de l'Emploi
ONG	=	Organisation Non Gouvernementale
PICUM	=	Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants
SPP	=	Service Public de Programmation
VwV	=	Vluchtelingenwerk Vlaanderen
WHO	=	World Health Organisation
WONCA	=	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (World Association of Family Doctor)

Introduction

La première fois que j'ai été confrontée à une demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales (communément appelée demande « 9ter » sur base de l'article de loi de référence [1], les questions qui se sont posées à moi ont été multiples. Quel est le statut de ce patient? Dans quel type de procédure se trouve-t-il? Quelles sont les informations que la déontologie m'autorise à divulguer? Comment ce certificat va-t-il influencer le parcours de mon patient? Comment remplir ces documents de manière adéquate? Quelles sont les limites du rôle du médecin généraliste, entre médecin « traitant » et médecin « contrôlant »?

Il me semblait alors extrêmement important en tant que médecin généraliste, en première ligne, d'être informée au mieux sur les démarches effectuées dans l'intérêt de mes patients.

Notre monde est de plus en plus multiculturel. Cette évolution influence forcément nos pratiques. Au delà des difficultés linguistiques, nous nous trouvons parfois devant une incapacité du système à faire face à la diversité culturelle ou religieuse. Pour preuve, une étude réalisée par le Ministère de la Santé australien a démontré que les personnes de communautés culturelles et linguistiques différentes utilisent moins souvent les services médicaux et psychologiques que la population en général et ont donc moins confiance dans les structures existantes car ces personnes ne comprennent pas leur mode de fonctionnement et ne se sentent pas écoutées [2].

En Belgique, le nombre de demandes d'asile ou de régularisation ne cesse d'augmenter (annexe 1). Les patients migrants sont de plus en plus nombreux et malgré les multiples difficultés inhérentes à l'immigration, beaucoup ne consultent pas ou peu [3]. C'est pourquoi il semble essentiel d'intégrer la dimension psycho-sociale de la santé avec ces patients et de travailler en réseau [2]. Or, il me semble que la formation de base du médecin généraliste le laisse souvent démuni face à cette problématique.

J'ai donc décidé de consacrer mon travail de fin d'études à la pratique du médecin généraliste face aux patients migrants en raison de ma sensibilité à leur grande vulnérabilité, qu'elle soit sociale, juridique, psychologique ou médicale.

J'ai, dans ce travail, fait le choix de parler de « patients migrants » plutôt que d'étrangers, réfugiés, ou primo-arrivants, ces termes n'étant pas interchangeables, notamment à un niveau juridique. Le terme « migrant », plus général, me semble par ailleurs intégrer la précarité de ce statut.

Mon travail ne concerne pas les aspects psycho-médicaux de la prise en charge des patients migrants, problématique qui pourrait bien entendu être un sujet d'étude en soi.

Je me suis par contre penchée sur la question des demandes d'ordre administratif auquel le médecin généraliste est souvent confronté.

Parmi la multitude de contacts de cet ordre qu'un médecin généraliste peut avoir avec un patient migrant (aide médicale urgente, demande de certificat pour regroupement familial, demande d'attestation d'absence de maladies contagieuses...), j'ai choisi de me concentrer sur la demande de séjour pour raisons médicales. En effet, cette demande concerne directement le médecin traitant du patient puisqu'il s'agit d'évaluer, en première ligne, la possibilité d'un séjour en Belgique sur base d'une ou de plusieurs pathologies.

Dans l'arbre de la WONCA¹ (Figure 1), ce travail se situe à la fois dans la gestion des soins de santé primaires (premier contact, accès à tous pour tout problème de santé, coordination des soins et défense du patient) et dans le modèle holistique (physique, psychologique, social, culturel et existentiel).

Ce travail a pour objectif premier de fournir des repères pratiques pour le médecin généraliste face à la demande de certificat d'autorisation de séjour pour raisons médicales.

Les objectifs secondaires sont, d'une part, de permettre au médecin généraliste d'avoir une vision d'ensemble des différentes procédures dans lesquelles les patients migrants peuvent se situer et, d'autre part, de permettre une réflexion éthique et déontologique sur le rôle du médecin généraliste dans ce type de procédure.

1 Une représentation graphique de la définition européenne de la médecine de famille (soins primaires)

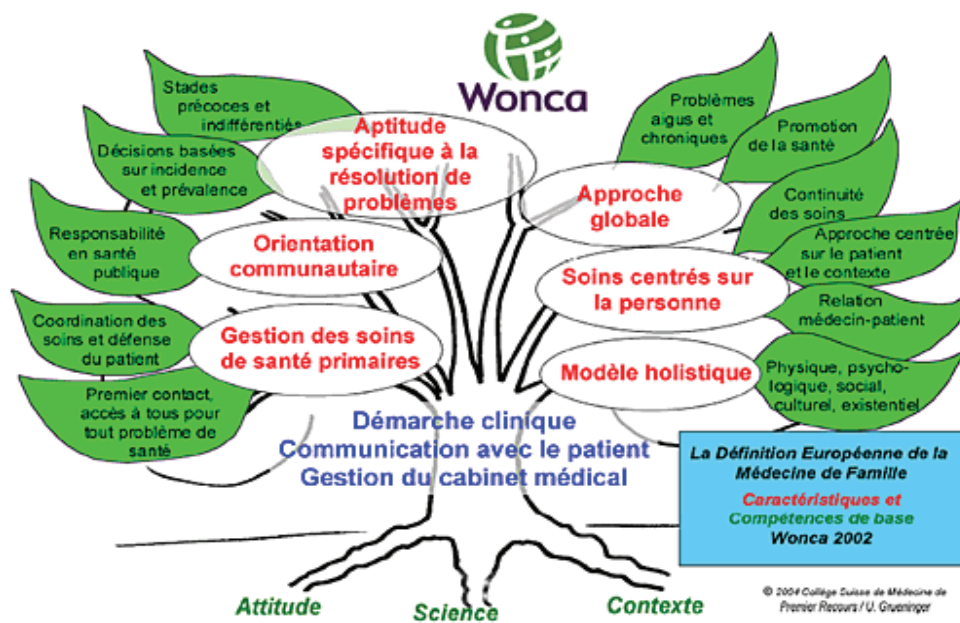


Figure 1: Arbre de la Wonca 2002

I. Méthodologie

J'ai débuté le travail par une recherche des bases légales et déontologiques concernant la demande « 9ter ». Pour ce faire, après la lecture des lois et articles de déontologie, la rencontre de plusieurs experts en la matière s'est avérée indispensable. Ensuite, afin de garder ce travail ancré dans la pratique, j'ai analysé les certificats de demande de séjour pour raisons médicales édités par l'Office des Etrangers et par l'asbl Medimmigrant. Cette dernière a en effet déjà effectué un immense travail de simplification pour les patients migrants et les professionnels de la santé en matière de demande « 9ter ». Enfin, l'analyse de ces certificats a généré de nombreuses questions auxquelles j'ai tenté de répondre via la lecture d'articles, la consultation de sites internet et la rencontre de différents experts.

I.1 Analyse des certificats de demande de séjour pour raisons médicales

Les deux certificats disponibles en matière de demande « 9ter » ont été analysés point par point afin d'en dégager les aspects qui me posaient question.

Ces questions ont été classées en deux grandes catégories : questions pratiques d'une part et questions déontologiques et éthiques d'autre part.

Questions pratiques

- Dans quel type de procédure se situent les patients?
- Comment décrire de façon optimale une pathologie et les soins nécessaires à celle-ci?
- Comment trouver des informations fiables sur l'accessibilité et la disponibilité des soins de santé dans le pays d'origine?

Questions déontologiques et éthiques

- Comment préserver le secret médical vis à vis d'un avocat?
- Comment préserver le secret médical vis à vis de l'administration?
- Que penser de l'évolution du rôle du médecin traitant dans notre société?
- Comment qualifier un bon état de santé?
- Comment donner des délais et des pronostics?

En fin de travail et à la lumière d'un nouveau certificat-type édité par l'OE en mars 2010 et de

l'entretien avec un représentant de cette institution, il a fallu remanier les résultats afin qu'ils restent d'actualité. J'ai donc choisi de scinder le chapitre des résultats en 3 parties :

- la première concerne le modèle de certificat d'application depuis mars 2010
- la deuxième aborde les différences avec les anciens certificats, en vigueur précédemment
- la troisième partie est consacrée aux aspects pratiques de la déontologie

Les questions plus éthiques sont quant à elles abordées dans la partie discussion étant donné qu'il est difficile, voire impossible, de présenter des résultats en matière d'éthique.

I.2 Recherche dans la littérature et sites de référence

J'ai commencé par une recherche dans la littérature des bases légales et déontologiques à la demande de séjour pour raisons médicales via les articles de loi, le code de déontologie belge et les avis rendus par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Ensuite, après avoir analysé les certificats et dégagé les points qui me posaient question, j'ai tenté de répondre aux questions posées.

Plusieurs ouvrages, articles et sites de référence, parfois recommandés par les experts, ont été consultés.

Le site de Medimmigrant a notamment été une base de recherche riche en informations mais aussi en nombreuses autres références.

Le sujet s'écartant du domaine scientifique à strictement parler et étant extrêmement précis, les recherches effectuées sur PubMed n'ont pas donné de résultats utilisables. Les résultats obtenus avec les mots-clés MesH « Refugees + Family Practice » n'ont en effet pas été pertinents dans le cadre de ce travail.

I.3 Expertise externe

Plusieurs experts ont été rencontrés afin de tenter de répondre aux questions posées ou afin d'élargir le champ de réflexion de ce travail. Les entretiens ont été enregistrés afin de pouvoir les retranscrire de la façon la plus précise qu'il soit.

J'ai commencé par questionner Mlles Veerle Evenepoel et Katrien Lauwereys de Medimmigrant afin d'éclaircir certains points de leur certificat et de discuter de leurs expériences en matière de « 9ter ».

Mlle Raphaëlle Delière de FEDASIL a été rencontrée à plusieurs reprises et a conseillé de nombreuses autres références. Elle m'a par ailleurs aidée à mener une réflexion plus éthique par de nombreuses sessions de travail et de « débat ».

J'ai également vu à plusieurs reprises Mlle Catherine Nepper du CIRé afin de discuter de l'aspect légal et pratique des demandes de séjours pour raisons médicales. Cette dernière a participé à l'étude de la jurisprudence en matière de recours en cas de refus d'autorisation de séjour pour raisons médicales.

De même, Maître Xavier Maglioni, avocat spécialisé dans le droit des étrangers, a été rencontré afin de discuter des aspects pratiques et légaux de cette demande ainsi que de ses expériences en matière de séjour pour raisons médicales.

J'ai également obtenu un entretien avec le bureau du Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins de Liège afin de discuter des questions plus déontologiques et particulièrement du secret médical.

De plus, un contact par courriel avec le bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins a permis de préciser un avis rendu concernant le respect du secret médical et l'Office des Etrangers.

J'ai finalement pu rencontrer Mr Roger Gozin, responsable du service « Régularisations humanitaires » de l'Office des Etrangers pour les questions restées en suspens.

II. Résultats

II.1 Repères législatifs et déontologiques

II.1.1 Base légale

Références: [1,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13]

II.1.1.1 Introduction

L'objectif de ce chapitre est de tenter de donner des repères législatifs au médecin généraliste confronté à des demandes en matière de droit au séjour des étrangers. Plusieurs facteurs rendent la compréhension de cette matière difficile : d'une part, les lois sont en soi complexes et, d'autre part, cette complexité est multipliée pour le patient migrant. Il est en effet confronté à de très nombreux documents à propos desquels il a peu d'informations, sans compter, bien souvent, des problèmes de compréhension liés à la langue.

Ensuite, il arrive souvent que plusieurs procédures soient entamées en même temps, ce qui crée une confusion d'autant plus importante.

Enfin, le médecin généraliste doit faire face à une législation régulièrement remaniée, ce qui l'oblige à réactualiser souvent ses connaissances.

Le texte ci-dessous qui résume la situation en matière de droit des étrangers au séjour en Belgique est à apprécier sous réserve de modifications ultérieures à sa publication.

II.1.1.2 Le séjour en Belgique

1. Un étranger qui souhaite demander une **autorisation de séjour** en Belgique doit, en principe, en faire la demande auprès de l'ambassade belge de son pays d'origine.

Différents types de séjour sont accessibles au départ de l'ambassade:

- demande de régularisation par le travail
- demande de régularisation pour raisons familiales (mariage, regroupement familial...)
- demande de séjour pour études
- demande de visa touristique

2. Le cas de la **demande d'asile** est particulier, comme nous le verrons plus tard, puisque, par définition, une personne qui demande l'asile a dû fuir son pays. La demande est donc effectuée cette fois à partir de la frontière belge.

3. Cependant, la situation la plus fréquente est celle d'étrangers en **séjour illégal** sur le territoire belge (travailleurs clandestins, expiration du visa, migrants en cours de procédure de régularisation...). Ces personnes, si elles désirent rester en Belgique, peuvent alors engager une procédure de **demande de régularisation** de leur séjour. Il leur faudra justifier le fait qu'ils ne peuvent retourner dans leur pays d'origine afin de faire leur demande à l'ambassade belge comme prévu par la loi. Elles peuvent alors demander une régularisation sans passer par l'ambassade belge de leur pays d'origine :

- soit pour **circonstances exceptionnelles** (article 9bis de la loi du 15 septembre 2006)
- soit pour **raisons médicales** (article 9ter de la loi du 15 septembre 2006)

Ces différents types de demandes donnent droit à **différents types de statuts** :

- Statut de séjour **définitif** : réfugié reconnu et régularisé définitif
- Statut de séjour **provisoire** : régularisé provisoire, étudiant, séjour lié à un contrat de travail à durée déterminée, visa touristique
- Statut de séjour **précaire** (séjour « toléré ») : demandeur d'asile en cours de demande

Sont en **absence d'autorisation de séjour** les personnes en séjour illégal (« illégaux » et « travailleurs clandestins ») n'ayant jamais demandé l'asile ainsi que les « sans-papiers » déboutés de l'asile mais restés en Belgique malgré l'ordre de quitter le territoire et en cours de demande de régularisation.

En outre, il est possible de cumuler plusieurs demandes simultanées, ce qui rend la compréhension des procédures encore plus complexe. Les différents statuts ne sont par contre pas « cumulables ». On ne pourra, par exemple, pas cumuler de statut de protection subsidiaire (c'est-à-dire un demandeur d'asile qui n'entre pas dans les critères reconnus par la Convention de Genève) avec un séjour pour raisons médicales : le premier étant prioritaire sur le second. Ceci dit, le statut de protection subsidiaire étant, comme nous allons le voir, temporaire, rien n'empêche un patient migrant d'introduire une demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales alors qu'il est reconnu comme bénéficiant du statut de protection subsidiaire. Voici un bel exemple de la complexité des procédures existantes en Belgique !

II.1.1.3 Historique de la procédure de demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales

Avant 2007, l'**article 9 alinéa 3** de la loi du 15 décembre 1980 sur le droit des étrangers laissait une grande place à l'interprétation des circonstances dites « exceptionnelles » permettant une régularisation de séjour. Il s'agissait alors d'une décision au cas par cas, dépendant du pouvoir discrétionnaire² du Ministre de l'Intérieur dont dépend l'Office des Etrangers.

Les demandes de séjour pour raisons médicales ont pris une place de plus en plus importante dans ces « circonstances exceptionnelles », si bien que la révision de la loi en 2006 puis sa circulaire d'application en 2007 ont conduit à scinder l'article 9 alinéa 3 en articles 9bis et 9ter. Ce nouvel article **9ter** concerne ainsi uniquement les demandes de régularisation pour raisons médicales.

L'article **9bis** reste, quant à lui, une de demande de régularisation pour raisons humanitaires ou circonstances exceptionnelles pour lesquelles le Ministre de l'Intérieur souhaite garder son pouvoir discrétionnaire.

En mars puis en juillet 2009, les **critères « Turtelboom »** puis « **Wathelet** » ont tenté, par le biais d'instructions aux administrations, de définir de manière plus précise les « circonstances exceptionnelles ». Ainsi les procédures déraisonnablement longues (délai variable en fonction du type de procédure), les situations humanitaires urgentes (auteur d'un enfant belge, risque d'éclatement de la cellule familiale...) et l'ancrage local durable (scolarisation des enfants, travail...) pouvaient, si la demande était introduite avant le 15 décembre 2009, donner droit à une autorisation de séjour.

En date du 11 décembre 2009, cette procédure a été **annulée** par le Conseil d'Etat, étant donné que ces instructions non contraignantes donnent le droit à un séjour et à un recours devant la justice sans être passées par le processus législatif. L'Office des Etrangers a toutefois tenu à signaler « *qu'il suivra loyalement les directives de Monsieur Melchior **Wathelet**, Secrétaire d'Etat à la Politique de Migration et d'Asile, dans le cadre de son pouvoir discrétionnaire* ».

² Se dit du pouvoir de l'Administration lorsque cette dernière est libre de porter une appréciation sur l'utilité et l'opportunité d'une décision à prendre (Larousse 2010)

II.1.1.4 Quelques définitions

II.1.1.4.1 Demande d'asile

Sur base de la **Convention de Genève** de 1951 relative aux droits des réfugiés, « *tout étranger qui a fui son pays parce que sa vie ou son intégrité y était menacée et qui craint d'y retourner peut demander l'asile* », c'est-à-dire demander un droit de séjour à la Belgique.

Le demandeur d'asile se doit de démontrer devant le **CGRA** qu'il est en danger dans son pays et que les autorités de celui-ci ne le protègent pas.

Deux statuts de protection sont prévus par la loi belge : le statut de **réfugié** et, depuis le 10 octobre 2006, le statut de **protection subsidiaire**.

1. Le statut de **réfugié** est accordé à « *une personne qui se trouve hors de son pays d'origine et qui craint avec raison de subir des persécutions, et qui ne peut ou ne veut, du fait de cette crainte, obtenir la protection des autorités de ce pays* ».

Il existe 5 motifs de persécution donnant droit au statut de réfugié : la **race**, la **nationalité**, la **religion**, l'appartenance à un **groupe social** ou les **opinions politiques**.

Le **statut de réfugié** donne droit à une autorisation de séjour à durée illimitée, au regroupement familial et à une carte de réfugié. Les réfugiés ont également accès au marché du travail sans devoir obtenir de permis de travail et s'ils ne travaillent pas, ils ont droit au revenu d'intégration sociale à charge du CPAS.

2. Le statut de **protection subsidiaire** peut, quant à lui, être accordé aux personnes qui demandent l'asile en raison d'une crainte de persécution dans le pays d'origine mais qui n'entrent pas dans les critères du statut de réfugié tels que reconnus par la Convention de Genève. Pour qu'il soit accordé, il faut « *être considéré comme un réfugié et qui ne peut pas bénéficier de l'article 9ter, et à l'égard duquel il y a de sérieux motifs de croire que, s'il était renvoyé dans son pays d'origine ou, dans le cas d'un apatride, dans le pays dans lequel il avait sa résidence habituelle, il encourrait un risque réel de subir les atteintes graves visées au paragraphe 2, et qui ne peut pas ou, compte tenu de ce risque, n'est pas disposé à se prévaloir de la protection de ce pays et ce, pour autant qu'il ne soit pas concerné par les clauses d'exclusion visées à l'article 55/4.*

§2 Ces atteintes graves sont définies comme:

- *la peine de mort ou l'exécution; ou*
- *la torture ou les traitements ou sanctions inhumains et dégradants du demandeur dans son pays d'origine; ou*

- *les menaces graves contre la vie ou la personne d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé interne ou international*».

Le **statut de protection subsidiaire** donne droit à une autorisation de séjour de durée limitée : le permis de séjour doit être renouvelé tous les ans. Au bout de 5 ans, si le droit de séjour a été prolongé chaque année, la personne obtiendra un droit de séjour à durée illimitée. Le bénéficiaire de la protection subsidiaire a le droit de travailler mais doit auparavant obtenir un permis de travail. Il a également le droit à l'aide sociale à charge du CPAS.

La **procédure d'asile** se déroule comme décrit dans l'annexe 2.

II.1.1.4.2 Demande de régularisation de séjour

Demande de régularisation pour raisons humanitaires

Selon l'article **9bis** de la loi du 15 septembre 2006, le séjour peut être autorisé lors de « **circonstances exceptionnelles** » laissées au pouvoir discrétionnaire de l'administration.

Comme décrit plus haut, en 2009, les critères « Turtelboom » et « Wathelet » ont tenté de définir de manière plus précise ces « circonstances exceptionnelles » (procédure déraisonnablement longue, situation humanitaire urgente et ancrage local durable). Ces critères ont été annulés en date du 11 décembre 2009, laissant l'appréciation des « circonstances exceptionnelles » à l'administration.

Demande de régularisation pour motifs familiaux

Il s'agit de demande de **regroupement familial**. Pour les ressortissants de l'Union Européenne, elle peut concerner les parents, le conjoint (ou cohabitant légal) et les enfants. Pour les non-européens, le regroupement familial n'est autorisé que pour le conjoint (ou cohabitant légal) et les enfants.

Demande de régularisation par le travail

Pour obtenir un séjour pour raisons professionnelles, le demandeur doit produire un contrat et un permis de travail auprès de l'ambassade belge de son pays d'origine. Si la personne ne peut rentrer dans son pays d'origine afin de faire la demande, elle doit pouvoir le justifier. En pratique, cette procédure est très rarement applicable.

Demande de régularisation pour **raisons médicales**

Sur base de l'article **9ter** de la loi du 15 septembre 2007, « *L'étranger qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité et souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou à son délégué.* ».

Le médecin généraliste est en première ligne face à cet article de loi, puisque c'est souvent à lui qu'on demande le certificat médical détaillé nécessaire à la recevabilité de la demande.

La demande doit être introduite par recommandé directement à l'**Office des Etrangers**. Elle doit être accompagnée d'une pièce d'identité, d'un certificat médical type dûment complété et de « *tout autre renseignement ou pièce utile concernant sa maladie* » selon l'arrêté royal publié au Moniteur Belge le 31/05/2007 (annexe 3).

Si ces conditions sont réunies, la demande est déclarée **recevable** par le fonctionnaire et la personne reçoit un **titre de séjour provisoire** (carte orange). Cette carte est valide pour 3 mois et renouvelable pendant toute la durée de la procédure. Elle donne droit à l'aide sociale à charge du CPAS et aux soins médicaux.

Un médecin de l'Office des Etrangers examine ensuite le **fondement** de la demande sur base des documents fournis par le patient. Dans de rares cas, il demande l'avis de médecins experts et/ou convoque le patient pour examen. Il rend ensuite son avis et c'est le fonctionnaire, sur base de l'ensemble du dossier, qui accorde ou non le droit de séjour pour raisons médicales. Celui-ci est en général octroyé pour **un an** et peut être renouvelé auprès de la commune (qui transmet à l'OE). Si après **5 ans**, le droit de séjour a été prolongé chaque année, la personne obtiendra un droit de **séjour illimité** en Belgique.

II.1.1.4.3 « Sans-papiers »

Il s'agit de personnes qui ne bénéficient pas d'un titre de séjour, soit parce qu'ils n'en ont jamais fait la demande, soit parce que celui-ci leur a été retiré ou refusé.

Les « sans-papiers » peuvent bénéficier d'une **aide juridique gratuite** et de l'**aide médicale urgente** via un certificat signé par le médecin consulté et remis au CPAS qui prend les frais

en charge et se fait rembourser par le SPP Intégration Sociale³. Les familles en séjour illégal ont également le droit à l'**aide matérielle** dans un centre d'accueil sur base de la **loi accueil** du 12 janvier 2007 concernant l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers (annexe 4). Les structures d'accueil belges sont les suivantes : centre FEDASIL ou Croix-Rouge, Initiative Locale d'Accueil, Structure CIRÉ-VwV. En plus de l'hébergement, les bénéficiaires de l'accueil ont droit à un accompagnement social, médical et psychologique.

II.1.2 Base déontologique

Références : [14,15]

II.1.2.1 Généralités

L'**article 1** du code de déontologie médicale belge définit la déontologie comme : « *l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin doit observer ou dont il doit s'inspirer dans l'exercice de sa profession.* ».

Le code de déontologie peut donc être défini comme un cadre éthique à la pratique médicale.

L'**article 5** stipule que « *Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur situation sociale, leur nationalité, leurs convictions, leur réputation et les sentiments qu'il éprouve à leur égard.* ».

Au delà du devoir de citoyen de respecter les droits fondamentaux de la personne humaine, le médecin a ainsi, par sa fonction même, un devoir de soins quel que soit le patient.

II.1.2.2 A propos des certificats

En ce qui concerne les certificats en général et celui de la demande de séjour pour raisons médicales en particulier, l'**article 67** précise que « *Le médecin a le droit mais non l'obligation de remettre directement au patient qui le lui demande un certificat concernant son état de santé. Le médecin est fondé à refuser la délivrance d'un certificat. Il est seul habilité à décider de son contenu et de l'opportunité de le remettre au patient.*

Lorsque le certificat est demandé par le patient dans le but de lui permettre d'obtenir des avantages sociaux, le médecin est autorisé à le lui délivrer en faisant preuve de prudence et de discrétion dans sa rédaction ou éventuellement à le transmettre, avec son accord ou celui de ses proches, directement au médecin de l'organisme dont dépend l'obtention des avantages

3 SPP Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politique des Grandes Villes

sociaux. »».

Cet article laisse donc au médecin son libre arbitre : s'il doit fournir des soins de même qualité à tous, c'est en pleine conscience qu'il choisit de rédiger ou non le certificat attendu. Ce dernier bénéficiant de la réputation de crédibilité, il ne doit pas être rempli à la légère et les informations qu'il contient se doivent d'être d'une rigoureuse exactitude. Les certificats dits « de complaisance » nuisent en effet autant au patient qu'à la profession. Le certificat doit par ailleurs être « *daté du jour de sa rédaction, signé et authentifié par un cachet.* » comme le rappelle le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Ce dernier a d'ailleurs rendu un **avis** en date **du 21 mars 2009** concernant le refus d'une attestation médicale dans le cas où le médecin estime que cette dernière n'est pas justifiée : « *Le Conseil national estime que le médecin traitant doit avoir une raison légitime de refuser au patient le certificat qu'il demande à propos de son état de santé, et doit la lui communiquer. Le Conseil national estime qu'en l'espèce, le médecin peut difficilement refuser un certificat médical. Dans la procédure, la décision définitive doit être prise par un médecin désigné à cet effet.* ».

II.1.2.3. Secret professionnel

En ce qui concerne la question du secret professionnel, évoquée longuement dans le code de déontologie, les **articles 55 à 57** stipulent que « *Le secret professionnel auquel le médecin est tenu est d'ordre public. Il s'impose dans quelque circonstance que ce soit aux praticiens consultés par un patient ou amenés à lui donner des soins ou des avis. Le secret professionnel du médecin comprend aussi bien ce que le patient lui a dit ou confié que tout ce que le médecin pourra connaître ou découvrir à la suite d'examens ou d'investigations auxquels il procède ou fait procéder. Le secret professionnel s'étend à tout ce que le médecin a vu, connu, appris, constaté, découvert ou surpris dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession.* ».

En ce qui concerne le secret médical et l'Office des Etrangers, le dernier **avis** du Conseil National de l'Ordre des médecins date du **25 avril 1998**.

Cet avis faisait suite à une interpellation du Conseil Scientifique et Ethique de Prévention du SIDA, déplorant le non-respect du secret médical au niveau de l'Office des Etrangers. Il arrivait en effet, d'après eux, que des rapports comportant toutes sortes de détails médicaux soient communiqués aux fonctionnaires non médecins de l'Office des Etrangers.

Le Conseil National a estimé dans sa réponse que « *les informations médicales transmises*

doivent être examinées et traitées par un médecin... En l'absence de dispositions légales en la matière, le Conseil National s'est informé auprès du Ministre de l'Intérieur à propos de la procédure effective de l'examen des certificats médicaux par l'Office des Etrangers. ».

Le directeur général de l'Office des Etrangers a répondu à l'époque que : « *l'Office des Etrangers ne disposait de médecins que pour les cas d'étrangers placés dans un des centres relevant de sa compétence* ».

Le Conseil national a donc rappelé au Ministre de l'Intérieur le nécessaire respect du secret médical dans le traitement de l'information médicale.

Le sujet n'a plus été traité depuis lors par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

II.2 Analyse des certificats et expertise externe

II.2.1 Généralités

Il ne s'agit pas ici de trouver des réponses définitives face aux problèmes posés par les certificats de demande de séjour pour raisons médicales, réponses qui permettraient toujours aux patients d'obtenir un droit de séjour. Ceci enlèverait en effet leur sens aux certificats. Le certificat de demande « 9ter » doit être rempli en toute bonne foi et avec les éléments dont on dispose.

Comme décrit précédemment, un troisième certificat type de demande « 9ter » a été édité dans le courant du mois de mars 2010 par l'Office des Etrangers.

Les certificats disponibles sont donc maintenant au nombre de 3 :

- certificat type de l'OE **antérieur à mars 2010** (annexe 5)
- certificat type de l'OE **en vigueur depuis mars 2010** (annexe 6)
- **certificat médical circonstancié de l'asbl Medimmigrant** (annexe 7)

Je n'ai évidemment pas pu interroger les experts rencontrés sur le dernier certificat en raison de sa parution tardive par rapport aux échéances de mon TFE. Leurs avis portent donc sur les deux certificats les plus anciens : le certificat type de l'OE antérieur à mars 2009 et celui de Medimmigrant.

J'ai cependant rencontré le responsable du service « Régularisations humanitaires » de l'Office des Etrangers récemment et je l'ai interrogé sur ce nouveau certificat.

Ces informations sont malheureusement arrivées fort tard dans le déroulement de mon travail et remettent parfois en cause les avis d'experts interrogés il y a plusieurs mois.

Même si les avis d'experts divergent, la plupart des experts rencontrés dans un premier temps préconisaient de remplir les **deux** certificats : celui « type » de l'Office des Etrangers et celui édité par l'asbl Medimmigrant. En effet, le certificat type de l'OE était très succinct et il était recommandé de compléter également un certificat médical circonstancié afin de préciser les pathologies et de donner toutes les informations utiles concernant la pathologie comme prévu par la loi.

L'**avocat** rencontré pensait que le certificat de Medimmigrant, par ses détails, risquait parfois de desservir le patient en fournissant des données à priori inoffensives mais qui pourraient le cas échéant être utilisées contre le demandeur. Il n'utilisait donc que le **certificat type de l'OE**. Par contre, il joignait souvent à ce dernier un **rapport** de spécialiste (médecin spécialiste, psychologue, travailleur social,...) ou un rapport du médecin traitant affirmant la bonne compliance au traitement.

Pour l'**OE**, il n'existe aucun certificat obligatoire, la seule condition est qu'il soit crédité par un médecin (cachet + signature). Monsieur Gozin recommande de remplir **uniquement le nouveau certificat type**, celui-ci ayant été élaboré par les médecins de l'OE afin de sélectionner les questions les plus pertinentes. Il n'y a d'après lui aucune valeur surajoutée à ce qu'un même médecin remplisse plusieurs certificats, sauf si un des documents apporte une information nouvelle puisque, comme stipulé dans l'arrêté royal fixant les modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 (annexe 3), le demandeur est tenu de fournir « *tout autre renseignement ou pièce utile concernant sa maladie dont il dispose en date de l'introduction de la demande* ». De même, il peut parfois être utile qu'un médecin **spécialiste** remplisse un 2ème certificat.

Le **nouveau certificat type** de l'OE peut se trouver sur le site www.dofi.fgov.be

Le certificat de Medimmigrant de même que l'ancien certificat type de l'OE sont quant à eux disponibles sur le site www.medimmigrant.be

II.2.2 Certificat type depuis mars 2010

II.2.2.1 Généralités

L'**Office des Etrangers** prend en compte, lors d'une demande « 9ter », l'ensemble du dossier et non pas seulement ce qui concerne la pathologie invoquée. L'OE est en effet soumis à une double pondération c'est-à-dire qu'au delà de la loi belge, il doit également respecter les Droits

de l'Homme et les conventions internationales.

Il est d'après l'OE impossible de définir des **critères** fixes de régularisation, malgré les demandes répétées de nombreuses ONG, ces derniers ne s'articulant pas avec l'évolution des situations réelles. L'examen au cas par cas d'une demande reste d'après l'OE le meilleur moyen de s'approcher de l'individualité. L'OE reconnaît cependant que cette appréciation subjective au cas par cas entraîne le risque de l'erreur humaine.

Selon l'**avocat**, c'est à la personne qui rédige la demande de séjour (avocat, travailleur social...) de vérifier sur base des informations fournies par le médecin si le certificat dûment complété peut **justifier** l'introduction d'une demande « 9ter ». En effet, il est, d'après lui, préférable de ne tenter la procédure de régularisation qu'avec un dossier solide, car un refus d'autorisation de séjour aboutit à un ordre de quitter le territoire.

L'asbl **Medimmigrant** peut également donner conseil sur l'intérêt d'introduire un « 9ter » mais seulement en région bruxelloise.

Le certificat sera d'autant plus pertinent et utile qu'il y aura eu un **dialogue** entre les différents intervenants et ceci tout en respectant le secret médical [3]. De plus, le certificat sera d'autant plus crédible qu'il est introduit **tôt par rapport à l'arrivée en Belgique**, que le patient est **en traitement** pour les pathologies invoquées et qu'il n'y a **pas** eu de nombreux **changements de soignants** [2]. Il convient également de montrer la bonne **compliance** au traitement [7].

La maladie d'une personne évolue dans le temps, c'est pourquoi il est important de préciser « **sous réserve d'évolution** » ou « à ce stade de la pathologie ». Si la maladie évolue de façon importante, il vaut mieux communiquer cette modification de la situation à l'OE, éventuellement par un nouveau rapport médical [7].

Pour les représentantes de **Medimmigrant**, la règle d'or de ces documents est de **recentrer sur le retour au pays d'origine** et sur le **patient dans son individualité**.

Pour l'OE, ce document doit permettre de répondre à **3** questions : quelle est la **pathologie** pour laquelle la demande est faite? A-t-elle le degré de **gravité** requis par la loi? Existe-t-il un risque de **traitement inhumain** ou dégradant en cas de retour au pays d'origine?

Je me propose ici de reprendre quelques-uns des éléments les plus importants du nouveau certificat type de l'OE. Chaque point ci-dessous débute par une question telle qu'énoncée dans

ce certificat.

II.2.2.2 Description du traitement, évolution et complications

« Traitement actuel et date de début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B : traitement médicamenteux/matériel médical; intervention/hospitalisation (fréquence, dernière en date); durée prévue du traitement nécessaire »

« Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical?... »

« Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement? »

« Evolution et pronostic de la/des pathologie(s) mentionnée(s) à la rubrique B »

D'après la majorité des experts, il est important d'être le plus **exhaustif** possible dans ces questions, en détaillant non seulement le traitement mais aussi les examens complémentaires et les consultations de spécialistes nécessaires à un bon suivi de la pathologie. Par **traitement**, on entend aussi bien le traitement médicamenteux que tous les soins nécessaires à un bon suivi de la pathologie (kinésithérapie, soins infirmiers, suivi post-opératoire...). De même, il est important dans la description des examens complémentaires de **préciser** le matériel et les spécialistes nécessaires et la **fréquence** des examens, des consultations et des hospitalisations.

Pour Medimmigrant, il faut garder à l'esprit que ce document est **destiné à un médecin** : il ne s'agit donc pas d'évoquer toutes les complications et les traitements possibles d'une pathologie mais bien de spécifier l'évolution la plus probable pour ce patient particulier. Le médecin généraliste est en effet le mieux placé, lorsqu'il connaît son patient, pour anticiper les complications possibles et proposer les traitements les plus adéquats. Il connaît en effet mieux que personne les facteurs de risque et les fragilités du patient, les risques d'allergies et d'interactions médicamenteuses qui lui sont propres.

La question plus « sensible » du pronostic sera évoquée plus loin, dans la partie discussion.

II.2.2.3 Soins de proximité

«[...] Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité)? »

Par soins de proximité, on entend la nécessaire présence de la famille ou de proches au bon déroulement de la prise en charge du patient.

Dans le cas où la présence de membres de la famille est nécessaire, il s'agit de préciser si les personnes ressources se trouvent en Belgique ou dans le pays d'origine. D'après la jurisprudence établie par Medimmigrant, il apparaît que le cas de personnes âgées ou d'enfants en bas âge dont l'ensemble de la famille est en Belgique ont souvent fait l'objet d'une régularisation de séjour sur base de la nécessité de soins de proximité.

II.2.2.4 Accessibilité et disponibilité des soins dans le pays d'origine

Cette question n'est plus évoquée telle quelle dans le nouveau certificat mais elle est, d'après Mr Gozin, posée de façon implicite par les questions suivantes :

« *Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement?* »

« *Evolution et pronostic de la/des pathologie(s) mentionnée(s) à la rubrique B?* »

« *...quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical?* »

Cette question est sans conteste une des plus difficiles du certificat en raison de la charge de travail importante qu'elle implique. Elle demande une grande connaissance du terrain puisqu'au delà de la **disponibilité théorique** des traitements et matériels nécessaires, il s'agit de pouvoir évaluer l'accessibilité des soins.

Par **accessibilité**, on entend un domaine assez vaste [7,16]:

- proximité d'un hôpital
- état des routes et moyen de transport disponibles
- accès financier et coûts des traitements comparés au revenu moyen par habitant du pays
- système de remboursement des soins de santé
- délais d'attente
- continuité des soins
- disparité entre zones urbaine et rurale
- discrimination ethnique ou tribale

L'asbl **Medimmigrant** conseille donc de donner un maximum d'informations sur la situation socio-économique du patient et du pays d'origine. Plus le dossier est complet et plus les sources sont clairement identifiées, plus il sera pris en compte.

II.2.2.4.1 Les sources

Les sources doivent être **clairement identifiées** comme décrit dans l'ancien certificat type de

l'OE : « *les informations relatives à la disponibilité et/ou accessibilité des soins dans le pays de provenance de l'étranger concerné ne seront tenues comme vérifiables et donc susceptibles d'être prises en compte qu'à condition de mention expresse de la **source documentaire** ou des **coordonnées de la personne-autorité de référence*** », ceci sous peine de ne pas être prises en compte par l'OE qui se charge de vérifier les sources lorsqu'elles ne font pas partie de leur liste de sources « fiables ».

Liste non exhaustive des sources utilisées par l'OE :

- **archives** de leur service
- **expérience** de leurs médecins (sélectionnés pour leur expérience en matière de Tiers Monde ou de maladies tropicales)
- base de données **CEDOCA** (centre de documentation du CGRA utilisé pour les demandes d'asiles) : celle-ci est malheureusement non accessible pour le médecin généraliste
- **ambassades** belges à l'étranger (qui peuvent faire une enquête de terrain à la demande de l'OE) : www.embassyworld.com

Ce site donne les coordonnées de toutes les ambassades. Le médecin généraliste n'a malheureusement pas la possibilité de commander des enquêtes de terrain mais est libre de demander l'avis des ambassades.

- « **World Health Organisation** » ou « **Organisation Mondiale de la Santé** » : www.who.int

On peut retrouver des données statistiques par pays et par période dans la base de données WHOSIS. De même les différents « projets en santé » donnent des informations générales sur la situation d'un pays.

- site de l'**Institut de Médecine Tropicale d'Anvers** : www.itg.be

Ce site comporte un nombre important de données et de liens utiles en matière de soins de santé. Il est également possible de faire une recherche par pays et par pathologie dans la rubrique « rechercher ».

- site de l'**Organisation Internationale pour les Migrations** : www.iom.int (rubrique « Librairie » => « Etudes et rapports » => « Profils nationaux »)

Ce site présente des profils nationaux riches en statistiques et autres données liées à l'immigration.

- site de la **Croix Rouge Internationale** : www.icrc.org (rubrique « Dans le monde »)

Hormis une liste des projets de la Croix Rouge dans le monde, ce site donne accès à un aperçu de la situation globale par pays (accès à l'eau potable, situation humanitaire

urgente, conflits en cours...).

- site de **Médecins Sans Frontières** : www.msf-azg.be

Outre un aperçu de la situation globale par pays des projets MSF existants dans le pays, il est également possible d'effectuer une recherche par thème.

- site de **Pharmaciens Sans Frontières** : <http://psfci.acted.org>

La rubrique « Documentation » de ce site contient des études, rapports et thèses concernant le secteur pharmaceutique. On peut également y retrouver des documents émanant des professionnels de la santé des pays du sud.

Brochure Medimmigrant

L'asbl **Medimmigrant** a réalisé une **brochure** (annexe 8) sur les sources d'informations concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins médicaux dans les pays d'origine. Certaines de ces informations ne sont malheureusement plus à jour. J'ai donc tenté ici de faire une synthèse des références les plus intéressantes pour le médecin généraliste. J'ai également réalisé un carnet d'adresses utiles (annexe 9). Il existe bien évidemment de nombreuses autres références en fonction de pathologies précises (ex : SIDA, tuberculose...). Il ne me semblait pas pertinent de les détailler ici : référez vous si nécessaire à la brochure complète de Medimmigrant.

- « **Country of Origin Information** » : www.cri-project.eu

Ce site comporte, par pays, divers renseignements sur l'accessibilité et la disponibilité des soins. La liste des pays est malheureusement restreinte et, à ce jour, comporte 18 pays : Albanie, Arménie, Algérie, Argentine, Bolivie, Bosnie, Cameroun, RD Congo, Equateur, Ghana, Guinée, Géorgie, Kosovo, Macédoine, Maroc, Montenegro, Russie et Serbie.

- Site de **Caritas** : <http://www.reintegrationcaritas.be> (rubrique « Publications » => « Country Sheets »)

On trouve sous forme de « fiche pays » des renseignements sur l'accès au territoire, la sécurité, les possibilités de réintégration, le logement, l'emploi, la sécurité sociale, les soins médicaux, l'éducation, etc. Les fiches sont disponibles pour les pays suivants : Arménie, Bosnie, Cameroun, Equateur, Guinée, Géorgie et Kosovo.

L'élément le plus intéressant de ce site est la possibilité de **poser des questions** par courriel : des partenaires locaux cherchent des réponses dans des délais assez courts.

- « **European Country of Origin Information Network** » : www.ecoi.net

Ce site offre la possibilité de réaliser une recherche par pays et par pathologie.

- « **United Nations High Commissioner for Refugees** » : www.unhcr.org

Ce site donne, par pays, des informations statistiques concernant les réfugiés, de même qu'une information globale sur la situation du pays.

- site de la **sécurité sociale** belge : www.securitesociale.be (rubrique « Liens => Internationale »)

Cette rubrique donne des liens vers les sites de sécurité sociale de tous les pays.

- site donnant le **taux de change** des valeurs étrangères : www.xe.com

Ce dernier peut s'avérer utile lorsqu'il s'agit de comparer coût du traitement et revenu moyen par habitant.

Experts

Il peut aussi être intéressant de tenter de contacter des **experts** dans l'hôpital principal du pays d'origine. L'idéal est de s'adresser à l'homologue du spécialiste belge. Un contact téléphonique est déjà utile mais le mieux est d'obtenir un rapport écrit et « cacheté » comprenant la fonction du médecin consulté ainsi que les coordonnées de son hôpital [7].

Cette situation est malheureusement la plupart du temps peu réalisable avec le temps et les moyens dont dispose un médecin généraliste.

Le patient peut lui aussi tenter de contacter un spécialiste dans son pays d'origine. Si certaines informations sont dans une autre langue que le français, le néerlandais, l'allemand ou l'anglais, il conviendra de faire traduire les passages pertinents par un traducteur agréé [7].

II.2.3 A propos des anciens certificats

L'OE a choisi d'éditer un nouveau certificat type afin d'éviter la réception de certificats lacunaires en terme de contenu médical et qui ne permettaient pas aux médecins de l'OE de rendre un avis. Ce nouveau certificat a été établi en étroite collaboration avec les médecins du service et les questions retenues sont celles dont ils ont besoin pour prendre une décision en connaissance de cause.

Certaines questions ont été modifiées par rapport au précédent certificat type, la plupart du temps en raison d'un manque de **pertinence**. Les questions du « *bon état de santé avant l'arrivée en Belgique?* » et du voyage (« *le malade peut-il voyager? Délai?* ») ne sont donc plus jugées comme pertinentes. Pourtant cette dernière question du voyage était considérée comme de la première importance pour Maître Maglioni et se retrouvait également dans le

certificat de Medimmigrant.

En outre, l'OE a reconnu que certaines de ces anciennes questions ne dépendaient **pas d'une appréciation médicale** et que le médecin généraliste ne pouvait alors fournir que des faits déclamatoires, sans valeur juridique (comme par exemple la question des « *séjours antérieurs hors de Belgique* »).

Certaines questions ont également été **remaniées**, comme celle à propos de « *l'avis médical concernant le retour dans le pays de provenance* ». Cette question était également une des plus importantes pour Maître Maglioni : en effet, là où un avocat pouvait se faire accuser de défendre son client, il semblait pour lui plus difficile de remettre en cause l'avis médical et de compromettre la relation thérapeutique entre un médecin et son patient. L'OE interrogé sur le sujet a répondu que : « Dans le cadre d'une *demande article 9ter*, le médecin traitant ne doit pas se borner à avoir un « avis » concernant le risque médical que constituerait un éloignement de l'étranger concerné : il doit confirmer le risque invoqué, puisque si la demande invoque un tel risque, c'est à la demande même de l'étayer. On voit mal comment un risque médical pourrait être confirmé autrement que par un médecin ». La notion d'« avis » a donc été supprimée. Une confirmation du risque médical est cependant attendue de la part du médecin traitant. De même, la question de l'accessibilité et de la disponibilité des soins dans le pays d'origine n'est plus abordée telle quelle mais sous-entendue comme évoqué plus haut.

L'OE n'a pas souhaité se prononcer sur le certificat de **Medimmigrant**. Ils estiment en effet qu'ils n'ont pas « à se prononcer par rapport aux documents diffusés par des organismes privés ».

II.2.4 Questions déontologiques pratiques

II.2.4.1 Secret médical

« A l'attention du médecin : Prière de remettre ce certificat au/à la concerné(e). Il/elle se chargera de sa communication au Service intéressé. » (certificat médical détaillé de l'OE)

D'après le Bureau du Conseil Provincial de l'**Ordre des Médecins** de Liège, il est tout d'abord primordial d'**informer** le patient sur le contenu du document que l'on va transmettre et d'obtenir son **accord**. Cet accord doit être notifié **par écrit** dans le dossier médical du patient. Le document doit comporter la mention « **remis en mains propres au patient pour tout usage qu'il juge bon d'en faire** ». Le patient est ensuite libre de le confier à la personne de

son choix, qu'il s'agisse d'un avocat ou d'un travailleur social.

Le médecin est exceptionnellement autorisé à transmettre le document directement à une tierce personne si cette personne a été expressément désignée par le patient comme « **personne de confiance** » dans le cadre de la loi sur les droits du patient (annexe 10). Cette désignation doit avoir été faite **par écrit** et être conservée dans le dossier médical du patient.

Suite à une interpellation de ma part par courriel, le Bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins a rappelé le nécessaire respect du secret médical mais a par ailleurs rappelé qu'il n'avait autorité que sur les médecins inscrits à son tableau et pas sur l'administration. Il s'est également montré très intéressé par la réponse que l'Office des Etrangers fera en matière de respect du secret médical dans le cadre de la demande « 9ter ».

Pour Maître Maglioni, il n'existe pas de violation de secret médical entre avocat et médecin traitant. D'une part, il est lui-même soumis à la déontologie professionnelle. D'autre part, il fait la demande « 9ter » **au nom du patient, dans son intérêt bien compris et transmis dans le cadre d'un secret partagé.**

Par contre, il existe pour lui un problème au niveau supérieur : lorsque des fonctionnaires non médecins entrent en possession d'informations médicales. C'est pourquoi il importe que le patient soit conscient du parcours de son dossier et accepte de le rendre en connaissance de cause.

L'OE interrogé à propos du secret médical répond que c'est au fonctionnaire non médecin, pour une raison de manque de temps et de moyens, d'apprécier la recevabilité d'une demande. Il doit, pour ce faire, prendre connaissance du certificat médical et vérifier que ce certificat se rapporte à la maladie invoquée dans la demande. De plus l'OE argue que si les médecins devaient s'occuper de la recevabilité, la loi imposerait qu'ils soient tous « délégués du ministre » (c'est-à-dire fonctionnaires) ce qui serait impossible d'après l'OE. Cet argument n'est pas recevable puisque les médecins de l'OE sont déjà tous « délégués du ministres ».

Dès 2007, date d'entrée en vigueur de l'article « 9ter », l'OE a spontanément informé dans le détail le Conseil National de l'Ordre des Médecins de sa mission en contexte de l'article « 9ter ». Le Conseil n'a fait, d'après eux, aucune remarque au sujet de ce courrier.

L'OE rappelle que les obligations de discrétion professionnelle tant des fonctionnaires que des médecins sont réglées par le même **article 458 du code pénal** (annexe 11). De plus, l'OE a déclaré en temps utile à la **Commission pour la Protection de la Vie Privée** que l'exercice de sa mission nécessite la prise de connaissance et le traitement de données à caractère médical.

Suite à cette déclaration, l'OE peut communiquer ces données aux personnes et instances en relation directe avec le responsable politique (ministre), à des services publics, judiciaires ou de police. Et enfin, la **loi sur la motivation** des décisions administratives oblige également l'OE à mentionner, dans les décisions négatives, l'avis détaillé du médecin de l'OE qui est intervenu dans le dossier.

II.2.4.2 Certificat et validité

Même si la déontologie le permet, il semble difficile, en tant que thérapeute, de demander au patient d'aller consulter un autre médecin afin d'obtenir un rapport sous le prétexte de la « neutralité thérapeutique ». De plus, le médecin généraliste, de par sa connaissance du patient dans son individualité et dans sa globalité, est le plus compétent pour remplir ce type de document. Les médecins de l'**Ordre** interrogés conseillent dans le cas d'un certificat qui semble non justifié de préciser qu'on « *rédige ce document à la demande du patient* ». De même, ils conseillent l'emploi du **conditionnel** lorsque les antécédents présentés par le patient ne peuvent être vérifiés.

Il n'est bien entendu pas toujours possible de répondre adéquatement à toutes les questions du « 9ter ». Certaines questions resteront parfois sans réponse, en fonction de l'histoire particulière de chaque patient, et il s'agit de les laisser telles quelles et de spécifier : « *mes compétences ne me permettent pas de répondre à cette question* » comme le recommande le Bureau du Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins.

III. Discussion

Pour rappel, ce travail n'avait pas pour visée d'effectuer une critique et/ou une analyse de la politique belge en matière d'immigration. Je ne peux en effet pas prétendre à la connaissance exhaustive de ce domaine complexe uniquement sur base de mes recherches et rencontres d'experts. S'il ne m'appartient pas de critiquer les lois existantes, le but poursuivi est bien de questionner leurs implications dans une pratique de médecine générale soucieuse de respecter la déontologie.

J'aborde ici la problématique du partage du secret médical entre acteurs, qu'ils soient médecins ou fonctionnaires mandatés par l'administration. Ensuite, je questionne la place du médecin généraliste dans notre société. Puis, je développe plus largement la question éthique de la définition du « bon état de santé ». Et enfin, je souhaite évoquer une piste de solution aux questions pratiques de l'accessibilité et de la disponibilité des soins.

III.1 Secret médical

Nous avons vu que le secret médical au sens déontologique du terme n'est pas respecté au niveau de l'administration, et ce par manque de médecins disponibles, par manque de temps et de moyens. Il existe donc un manque de cohérence entre les lois existantes qui autorisent, voire imposent, leur procédure à l'OE et le code de déontologie dans sa forme actuelle. Bien que Mr Gozin l'ait évoquée, je n'ai retrouvé aucune exception au secret médical dans le code de déontologie qui rencontrerait les critères de cette procédure. Selon mes recherches, les rares cas où la déontologie médicale autorise la levée du secret concernent, la plupart du temps, des destinataires médecins (médecin de l'INAMI, médecin conseil d'un organisme assureur, médecin chargé d'une mission d'expertise judiciaire ...).

On est en droit de se demander pourquoi cette contradiction entre lois et déontologie persiste plusieurs années après la déclaration de l'OE à l'Ordre des Médecins et l'autorisation de la Commission pour la Protection de la Vie Privée. Si cela permet aux médecins de travailler en respectant à la fois lois et code de déontologie, pourquoi ne pas le modifier? Si l'Ordre des Médecins n'a de pouvoir que sur les médecins inscrits à son tableau, à qui revient la responsabilité de s'assurer que le secret est conservé aux différents niveaux de traitement des données? Même si chaque médecin, de façon individuelle, respecte le secret médical et est donc « couvert » au niveau légal, qui est responsable de la non observance du secret et des

conséquences potentielles pour le patient migrant ?

A l'heure de l'informatisation des dossiers médicaux et de l'importance accordée au consentement éclairé pour des données pourtant anonymisées, pourquoi les données concernant les patients migrants ne font-elles pas l'objet des mêmes précautions?

La solution idéale n'existe probablement pas. Cependant, une chose est sûre : la situation actuelle reste insatisfaisante. Le médecin peut se sentir tiraillé entre une obligation d'assurer les soins à son patient (qui le contraint au partage du secret) et un respect strict du secret médical (comme recommandé par le code de déontologie), qui pourrait être préjudiciable à son patient.

III.2 Rôle du médecin généraliste dans notre société

Nous avons vu qu'il est déontologiquement difficile de refuser de rédiger un certificat. Par ailleurs, pour les patients migrants, cela pourrait être interprété comme une participation du médecin aux mécanismes d'exclusion du pays d'accueil. En outre, la rédaction d'un rapport de ce type n'est pas incompatible avec une bonne relation thérapeutique : elle apporte une reconnaissance des pathologies, contribue à l'alliance thérapeutique et ouvre un espace de discussion autour de la santé du patient [2].

Cependant nous sommes en droit de nous demander s'il est bien du ressort du médecin généraliste de remplir ces documents. En effet, quel rôle lui donne-t-on quand on lui demande son avis médical en cas d'arrêt du traitement par exemple? Comment ne pas se sentir instrumentalisé? Comment ne pas être préoccupé par la portée de nos réponses?

De plus, le médecin généraliste se trouve souvent en porte-à-faux entre loyauté envers le patient et respect de la déontologie professionnelle notamment quand il lui semble que la demande n'est pas justifiée (par exemple lorsqu'un patient qui ne suit manifestement pas son traitement demande un certificat de bonne compliance).

Enfin, certaines questions vont simplement au-delà de ce qu'un médecin peut prétendre connaître et juger.

Tout ceci pose la question des **limites** du rôle du médecin traitant dans notre société.

Celui-ci est de plus en plus sollicité par les autorités, qu'il s'agisse par exemple de certificat d'incapacité de travail à 33% ou de reconnaissance de handicap. Il me semble qu'il existe un glissement du rôle de « soignant » vers celui de médecin « contrôlant ».

Deux exemples, celui du pronostic et celui du traitement des données sensibles, illustrent ces tensions de rôles que je viens de décrire.

Le premier exemple est celui du pronostic avec et sans traitement. Il est théoriquement difficile et d'une utilité thérapeutique discutable de donner un pronostic à un patient. Le pronostic émane par définition d'une appréciation subjective et dynamique dans le temps [17]. Comment alors cette appréciation subjective d'un médecin peut-elle aboutir à une décision sur une éventuelle autorisation de séjour? Pour l'OE, le médecin généraliste n'est pas formellement tenu de fournir délais et pronostics mais, s'il s'en abstient, cela risque de déformer les affirmations de son patient.

Un deuxième exemple de ces tensions de rôle est celui du traitement des données « sensibles » (rapport psychiatrique à ne pas communiquer au patient ou à sa famille). En effet, il est admis qu'il n'est généralement pas dans l'intérêt du patient de prendre connaissance de ces données. L'OE exige pourtant que toutes les données concernant la pathologie invoquée dans la demande « 9ter » soient en possession du patient sous peine d'une irrecevabilité du dossier.

Une piste de solution en vue d'assurer une distinction saine des rôles, serait la création, au sein de l'OE, d'un service en charge d'évaluer les demandes « 9ter » sur base d'éléments objectifs du dossier fournis par le médecin traitant et, si nécessaire, d'une convocation du patient.

Ce système, bien qu'imparfait, permettrait de redéfinir le rôle du patient dans sa propre procédure alors qu'actuellement, il lui est demandé de fournir à la fois les éléments à sa charge et sa décharge. Il existe donc, en matière de demandes de séjour, un « renversement de charge de la preuve »⁴ : le patient ne sera reconnu malade que s'il en fournit les preuves.

De plus, le médecin généraliste retrouverait une position plus confortable vis-à-vis de son patient.

A l'évocation de cette piste de solution, Mr Gozin affirme que l'OE manque de médecins, de temps et de moyens pour organiser un système similaire à celui de l'ONEM par exemple. Il ajoute ensuite que les personnes introduisant une demande « 9ter » sont censées être gravement malades et donc qu'il semble difficile de les faire se déplacer. Ceci peut être réglé par une procédure d'examen médical sur pièces telle que celle de la Direction Générale des

4 Charge de la preuve = tâche de prouver les faits nécessaires au succès d'une prétention. Cette tâche incombe au demandeur. Celui qui ne porte pas la charge de la preuve a l'avantage de la présomption d'innocence (n'a pas besoin de preuves pour étayer sa plainte). Au contraire, lors d'un renversement de la charge de la preuve, c'est à l'accusé de fournir les preuves (pas de présomption d'innocence).

Personnes Handicapées. Enfin, l'autorisation de séjour pour raisons médicales est d'après lui une « faveur » accordée aux étrangers pour laquelle il semble normal de devoir se justifier.

III.3 Définition du « bon état de santé »

Références : [17]

L'article « 9ter » stipule que la pathologie invoquée dans la demande doit entraîner un « **risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays** ».

Cela pose pour moi la question de la définition d'une pathologie entraînant « un risque pour la vie » et donc la définition d'une maladie « **grave** ». Et comment s'interroger sur la gravité d'une maladie sans redéfinir la « **bonne santé** »?

Selon la définition de l'OMS datant de 1946, la **santé** est : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Donc, lorsqu'il s'agit de mesurer l'état de santé d'un patient, il ne s'agit pas seulement de mesurer ses symptômes, ses hospitalisations ou ses rechutes mais surtout de mesurer l'impact de sa maladie sur sa qualité de vie.

L'OMS définit la **qualité de vie** comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ». Ce terme fait donc référence à des notions très vastes : économiques, politiques, culturelles et spirituelles.

La définition de la **qualité de vie liée à la santé** est plus précise : il s'agit d'un concept basé sur une perception subjective, à un moment donné, par le patient de son état de santé. Cela correspond à la répercussion de cet état de santé sur la possibilité pour un patient de vivre une vie qui le comble. La qualité de vie liée à la santé reste donc une perception **subjective** du patient, **variable** dans le temps.

Un bon état de santé et une bonne qualité de vie ne sont donc pas toujours perçus de façon

unanime. Si pour le médecin, une amélioration des valeurs biologiques ou des clichés de radiographie est une bonne évolution, il n'en est pas toujours de même pour le patient, logiquement attaché aux conséquences directes et indirectes de sa pathologie. Comment dans ce cas se prononcer sur la **gravité** d'un état de santé? La loi n'est-elle pas restrictive quand elle n'aborde que le risque pour la vie et non le risque pour la qualité de vie? Les définitions de l'OMS sur la bonne santé et la qualité de vie ne sont-elles applicables que dans certaines circonstances ou pour certaines classes de la population ?

III.4 Perspectives

L'ONG PICUM a réalisé, en 2009, une étude sur les demandes de séjour pour raisons médicales en Europe [16]. A cette occasion, elle a recueilli les témoignages d'ONG, d'autorités et de professionnels de la santé sur l'intérêt de la création d'une base de données européennes sur la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le monde. Les personnes interrogées dans le cadre de cette étude s'accordent à dire que la création d'une base de données **fiable, indépendante et compréhensible** est indispensable. Cette base de données devrait contenir le plus de données possibles (structures et systèmes de soins existants, disponibilité et accessibilité des traitements, accessibilité financière, accès géographique, différence ethnique...) et ces données devraient être strictement contrôlées pour la qualité.

Cette base de données n'existe pas à ce jour alors que le projet semble unanimement vital, autant pour les patients migrants qui souhaitent séjourner en Europe pour raisons médicales que pour ceux qui souhaitent retourner dans leur pays d'origine et qui veulent être correctement informés avant de prendre leur décision.

Les autorités belges n'ont pas répondu au questionnaire de l'ONG PICUM.

Ce projet, s'il voit le jour, demandera la collaboration aussi bien des autorités des différents pays européens que des ONG et des acteurs de terrain. Cette base de données n'est bien entendu pas une solution miracle à tous les problèmes liés à la migration mais elle pourrait, à mon sens, grandement améliorer la prise en charge des patients migrants.

Conclusion

La situation particulière des patients migrants en fait une population fragilisée, que ce soit au niveau du statut ou de l'accessibilité aux soins de santé.

Le médecin généraliste, trop peu (in)formé, peut se sentir perdu face à la multiplicité de codes et de repères dans ce contexte.

C'est pourquoi il semble capital avec ces patients de travailler en **réseau** avec services et associations impliquées dans le domaine de l'interculturalité, en pleine collaboration avec les différents acteurs (avocats, travailleurs sociaux, interprètes...).

Il est essentiel que le praticien soit **actif** afin de raccourcir au maximum les longs délais des procédures. Pour ce faire, il est indispensable qu'il appréhende la structure globale dans laquelle le patient migrant se trouve.

En tant qu'acteur de **santé communautaire**, le médecin généraliste se doit d'intégrer les différents déterminants de santé tels que statut socio-économique, éducation, mode de vie ou environnement général. Cette pratique favorise la responsabilisation du patient le rendant acteur de sa propre santé et, par extension, de son parcours migratoire.

Les résultats de ce travail auront, je l'espère, contribué à éclairer le médecin généraliste face à la demande « 9ter », notamment via quelques repères pratiques et déontologiques.

Mais ce travail aura surtout ouvert de nouvelles questions. Au premier plan pour le médecin généraliste, la question du partage du secret professionnel (et par conséquent du partage de la responsabilité) a une portée dépassant largement le cadre de ce travail. De même l'évolution du rôle du médecin généraliste dépasse les limites de mon propos. Cependant les médecins restent les premiers responsables du devenir de leur profession. Il leur incombe donc de se positionner par rapport au rôle de plus en plus contrôlant qu'on leur demande d'exercer.

Il existe heureusement des pistes de solution. La création d'une base de données internationale concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins en est un exemple pratique. Une meilleure utilisation du réseau, plus de consultations avec interprètes et le recours plus fréquent à l'expertise de services spécialisés sont d'autres pistes d'avenir. Les soins de santé doivent tendre vers une prise en charge globale et individualisée, respectueuse de l'être humain dans ses différences, qu'elles soient culturelles ou religieuses.

Bibliographie

1. Articles de Loi : articles 9bis et 9ter de la loi du 15 décembre 1980 révisée en 2006 et appliquée en 2007.
2. Institut Provincial d'Orientation et de Guidance, Paul Jacques, psychologue, Equipe spécifique de santé mentale – Clinique de l'Exil, *L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés - Repères pour les professionnels de la santé mentale*, 2009.
3. *Exil et appartenances*, dossier dans *Confluences (Revue de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale)*, n° 21, décembre 2008,
<http://www.iwsm.be/confluences/C21%20%283%29.pdf>.
4. Association pour le droit des étrangers asbl, *Le statut administratif des étrangers*, janvier 2009.
5. *Convention de Genève*, 1949.
6. www.cire.irisnet.be (guide de l'asile)
7. www.medimmigrant.be
8. *Rapport d'activités 2008 de l'Office des Etrangers*, in
<https://dofi.ibz.be/fr/jaarverslag/2008fr.pdf>, p. 48-65 (chapitre 4 2008, *développement réel et perception : régularisation humanitaire de séjour*).
9. www.adde.be (fiches pratiques)
10. www.fedasil.be
11. www.cgra.be
12. <https://dofi.ibz.be/fr/1024/frame.htm> (site de l'OE)
13. <http://www.picum.org/>
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Code de déontologie*, mise à jour de juin 2007.
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Avis rendus* in
<http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/refus-d-attestation-medicale---etrangers> et
<http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/office-des-%E9trangers-respect-du-secret-m%E9dical>
16. PICUM, *Undocumented and Seriously ill : Residence Permits for Medical Reasons in Europe*, 2009, in <http://www.picum.org/sites/default/files/data/Undocumented%20and%20Seriously%20Ill%20Report%20Picum.pdf>
17. Professeur J.-Y. Reginster, *Principes généraux de santé publique et d'économie de la santé*, 2e doctorat en Médecine, Université de Liège, Faculté de Médecine, 2004-2005.