

La régularisation pour raisons médicales, vidée de sa substance ?

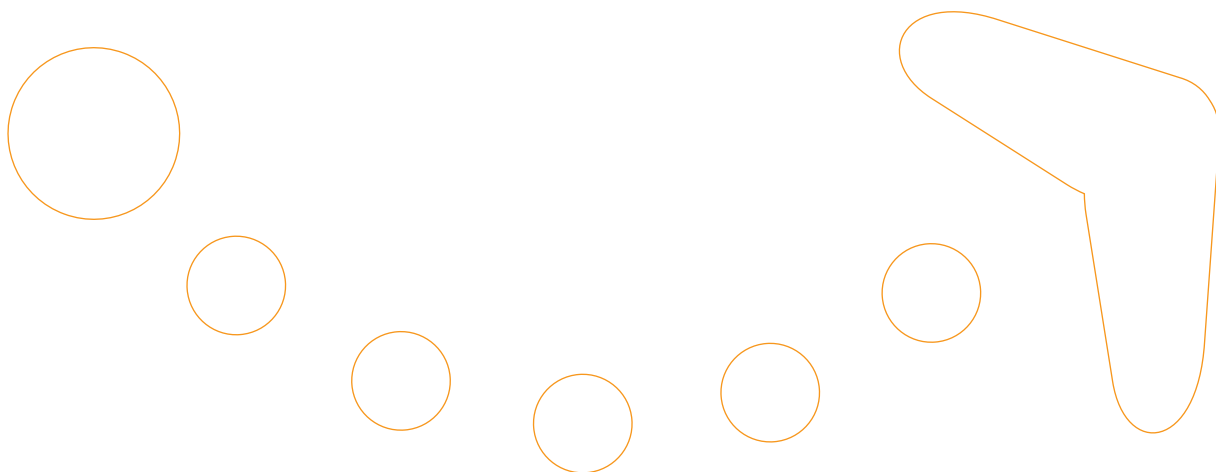


octobre 2014


CIRÉ

Sommaire

Introduction	3
Quelques chiffres en matière de régularisation	4
Que prévoit l'article 9 ter ?	5
De nombreux dysfonctionnements	6
Conclusion	8



Introduction

Si l'administration a tendance à être de plus en plus stricte dans la délivrance d'autorisations de séjour en général (9 bis et 9 ter), la pratique de l'Office des étrangers en matière de régularisation pour raisons médicales pose sérieusement question. De nombreux dysfonctionnements dans la façon dont les demandes 9 ter sont traitées actuellement sont constatés par différents acteurs de notre société (associations, avocats, médecins) et le nombre de personnes régularisées sur base de l'article 9 ter ne cesse de diminuer. Une grande majorité des personnes atteintes d'une maladie qui peut mettre leurs jours en danger et qui introduisent une demande 9 ter n'obtiennent pas de titre de séjour et sont susceptibles d'être renvoyées vers des pays où elles n'auront pas la possibilité d'être soignées de manière adéquate.

Si l'on peut comprendre que le législateur ait voulu rappeler le caractère exceptionnel de la régularisation pour raisons médicales et la réserver aux situations médicales graves en introduisant un « filtre médical » au stade de l'examen de la recevabilité des demandes, l'application qui en est faite aujourd'hui par l'administration belge ne respecte pas le prescrit de l'article 9 ter.

Quelques chiffres en matière de régularisation

Depuis 2012, le nombre total des personnes régularisées en Belgique est en nette diminution¹. Les statistiques disponibles dans les rapports de l'Office des étrangers ne permettent toutefois pas de distinguer clairement le nombre des personnes autorisées au séjour sur base de l'article 9 bis (motifs « humanitaires ») de celui des personnes autorisées au séjour sur base de l'article 9 ter (motifs médicaux). D'après l'administration, environ 1/3 des personnes autorisées au séjour le seraient sur base de l'article 9 ter et 2/3 sur base de l'article 9 bis.

	Nombre de personnes autorisées au séjour* (9.3, 9bis, 9ter confondus)	Nombre de personnes dont le séjour est refusé (9.3, 9bis, 9ter confondus)
2008	8.369	21.607
2009	14.830	8.758
2010	24.199	10.332
2011	9.509	30.417
2012	4.412	39.684
2013	1.901	33.438
2014 (janvier-août)	969	13.428
Total	62.151	156.043

* Statistiques de l'Office des étrangers : https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Statistiques/Pages/Sejour_Exceptionnel.aspx

En 2012, après l'instauration du filtre médical, 7% des demandes auraient été déclarées recevables, 48 % auraient été déclarées irrecevables pour diverses raisons techniques (identité, certificat médical incorrectement complété...) et 45% auraient été déclarées irrecevables sur base du filtre médical². En 2012, 14 027 demandes de régularisation médicales ont ainsi été examinées par l'Office des étrangers. Sur ce total, 7 843 demandes ont été déclarées irrecevables, 5 521 recevables et 663 demandes sans objet se sont traduites par un refus technique ou une exclusion.

Durant la phase d'examen au fond, 5 202 des 5 521 demandes ont été déclarées non fondées et 319 fondées. Les 319 demandes fondées correspondaient à 535 personnes.

En 2013, environ 35 % des demandes auraient été déclarées irrecevables d'un point de vue médical, 35,2 % des demandes auraient fait l'objet d'un examen au fond et les autres auraient été déclarées irrecevables pour d'autres raisons techniques. Parmi les demandes examinées au fond, 1,6 % des demandes auraient été acceptées au fond et 33,6 % auraient été rejetées au fond³.

1 Les chiffres de 2009, 2010 et 2011 sont plus élevés en raison de la campagne de régularisation qui a eu lieu en Belgique en 2009. Pendant cette période des critères plus clairs de régularisation ont été fixés par le Gouvernement (instruction ministérielle du 19/07/2009).

2 Réponse à une question parlementaire à la Secrétaire d'État Maggie De Block du 19 février 2013 CRIV 53 COM 669, p.29.

3 Chiffres transmis par M. De Block lors d'une intervention le 28/02/2014.

Que prévoit l'article 9 ter ?

La procédure de régularisation pour raisons médicales permet d'octroyer une autorisation de séjour à des personnes étrangères gravement malades qui se trouvent en Belgique et qui ne peuvent se faire soigner adéquatement dans leur pays d'origine.

L'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980⁴ prévoit ainsi que :

“L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité (...) et qui souffre d'une maladie telle 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 auprès du ministre ou son délégué.”

La procédure de régularisation pour raisons médicales se déroule en deux phases. Au cours d'une première phase dite de « recevabilité », le fonctionnaire de l'Office des étrangers examine si le dossier est complet et si toutes les formalités administratives ont été remplies. Au cours de cette même phase, le médecin de l'Office des étrangers remet au fonctionnaire un avis médical sur le fait que la maladie semble ou non entraîner un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou un risque de traitement inhumain ou dégradant. C'est le fameux « filtre médical ». Si le dossier n'est pas complet ou si la maladie ne répond manifestement pas au seuil de gravité requis, la demande 9 ter sera déclarée irrecevable⁵. Lors de cette phase de recevabilité, les médecins de l'Office des étrangers doivent donc, sur base des éléments médicaux fournis par le demandeur, donner un avis *prima facie* de la gravité de la maladie. Lors de cet examen, les médecins de l'Office des étrangers n'examinent pas quelles sont les possibilités de soins dans le pays d'origine et ce, alors que la gravité de la maladie est intrinsèquement liée à l'état des soins dans le pays d'origine.

Ce n'est que si la demande a été déclarée recevable que le médecin de l'Office des étrangers examinera de façon plus complète la situation de santé du demandeur ainsi que l'état des soins disponibles dans son pays d'origine ou de résidence au cours d'une seconde phase dite de « fond ».

Les personnes dont la demande a été déclarée recevable se voient remettre une attestation d'immatriculation (« carte orange ») valable 3 mois et renouvelable 3 fois pour 3 mois puis de mois en mois tant qu'une décision sur le fond n'a pas été prise. Si la demande est déclarée fondée, ces personnes se voient remettre un titre de séjour temporaire d'un an renouvelable tant que l'état de santé et l'état des soins dans le pays d'origine ne se sont pas sensiblement améliorés.

4 Loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, M.B., 31 décembre 1980.

5 L'article 9 ter §3 précise tous les cas où une décision d'irrecevabilité peut être prise par le délégué de l'Office des étrangers. Un recours en annulation auprès du Conseil du contentieux des étrangers peut être introduit dans les 30 jours de la notification de la décision.

De nombreux dysfonctionnements

L'application qui est faite aujourd'hui de l'article 9 ter par l'administration belge est problématique à plusieurs égards.

Une appréciation trop stricte de la « gravité » de la maladie contraire à la loi

Le nombre de demandes 9 ter introduites ayant augmenté ces dernières années, le législateur a voulu, en 2012, rappeler le caractère exceptionnel de la régularisation pour raisons médicales et la réserver aux situations médicales graves en introduisant un « filtre médical » au stade de la recevabilité de la demande 9 ter. Ce filtre médical avait pour objectif de lutter contre un usage impropre de la procédure pour des motifs insuffisamment graves et de résorber l'arriéré et accélérer le traitement des demandes en refusant l'examen au fond des cas « non graves » *prima facie*.

Le filtre médical en tant que tel ne pose pas problème mais l'instauration de ce filtre s'est accompagnée d'une interprétation plus restrictive des demandes 9 ter par l'Office des étrangers.

Nous constatons ainsi en pratique que pour pouvoir passer ce « filtre médical », les personnes ne doivent plus seulement prouver un risque pour leur vie ou leur intégrité physique, ce que prévoit l'article 9 ter, mais un risque vital immédiat ou un stade irréversible de la maladie. L'Office des étrangers s'est ainsi régulièrement référé dans ses décisions négatives à la jurisprudence extrêmement stricte de la Cour européenne des droits de l'Homme. Selon cette jurisprudence, qui se base sur l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme⁶, un étranger ne peut être éloigné vers son pays d'origine que si sa maladie est arrivée à un stade final, irréversible ou s'il existe un risque vital immédiat⁷. Bien que l'article 3 ne constitue qu'un socle minimum et que le législateur belge ait fait le choix d'un régime plus protecteur, l'Office des étrangers continue à exiger un seuil de gravité extrêmement élevé et à traiter distinctement la question de la gravité de celle de l'accès aux soins dans le pays d'origine.

En mai 2014, un médecin ayant travaillé au sein de la cellule 9 ter de l'Office des étrangers témoignait de cette dérive dans la presse : « *Pour pouvoir être accepté via le 9 ter, on est passé d'une personne malade dont la vie ou l'intégrité physique est en danger à une personne dont la vie est exposée à un danger immédiat. Et les instructions étaient claires : un risque immédiat, c'était dans les trois mois. Si la consigne n'était pas écrite, elle était dite. Il reste très peu de maladies avec un risque immédiat à trois mois ! Il devenait presque impossible de remettre un avis positif* »⁸.

Le Conseil du contentieux des étrangers (CCE) a régulièrement annulé des décisions négatives prises par l'Office des étrangers en application de la jurisprudence européenne autour de l'article 3 CEDH⁹.

Le 19 juin 2013, une chambre néerlandophone du Conseil d'État a, comme le CCE l'avait déjà fait à plusieurs reprises, considéré que le contrôle requis par l'article 9 ter n'était pas restreint au risque vital ni au seuil de gravité exigé par la jurisprudence européenne. D'après ces juridictions, l'Office des étrangers devait élargir son interprétation et prendre en compte l'accessibilité des soins dans son examen de la recevabilité de la demande¹⁰.

Cette position ne fut toutefois pas partagée par l'ensemble du Conseil d'État et, le 19 novembre 2013, une chambre francophone se rangea du côté de l'interprétation faite par l'Office des étrangers et considéra que l'article 9 ter offrait une protection identique à l'article 3 de la CEDH. Selon cette chambre du Conseil d'État, le législateur avait manifestement et légitimement entendu réserver le bénéfice de cette disposition aux étrangers si « gravement malades » que leur éloignement constituerait une violation de l'article 3 CEDH et qu'il voulait que cet examen se fasse en conformité avec la jurisprudence de la Cour strasbourgeoise¹¹.

Quelques jours plus tard, le 28 novembre 2013¹², une chambre néerlandophone du Conseil d'État considérait à nouveau que le contrôle requis par l'article 9 ter n'était pas restreint au risque vital ni au seuil de gravité exigé par la jurisprudence européenne et a réaffirmé que l'article 9 ter offrait une protection plus étendue que l'article 3 CEDH¹³.

8 Le Soir, 30 mai 2014.

9 CCE n°92258 du 27 novembre 2012 ; CCE n°92397 et 92444 du 29 novembre 2012 ; CCE n° 92661 du 30 novembre 2012 et CCE n° 92863 du 4 décembre 2012.

10 Arrêt n° 225.523 du Conseil d'État (ch.néerl.) du 19 juin 2013.

11 Arrêt du Conseil d'État (ch.fr.) du 19 novembre 2013.

12 Arrêt du Conseil d'État du 28 novembre 2013 (n°223.961).

13 L. LEBOEUF, « Le séjour médical (9ter) offre une protection plus étendue que l'article 3 C.E.D.H. », Newsletter EDEM, décembre 2013.

6 L'article 3 de la CEDH interdit aux États de pratiquer la torture, ou de soumettre une personne relevant de sa juridiction à des peines ou des traitements inhumains ou dégradants.

7 Voyez notamment sur la question les arrêts : CEDH, D. c. Royaume-Uni, 2 mai 1997, CEDH, N. c. Royaume-Uni, 27 mai 2008 et CEDH, Yoh-Ekale Mwanje c. Belgique, 20 décembre 2011.

Presque un an plus tard, le 16 octobre 2014¹⁴, le Conseil d'État a été amené à préciser la portée de l'article 9 ter. Il explique ainsi dans cet arrêt qu'il convient d'appréhender l'article 9 ter de manière autonome, par seule référence au droit interne et non par rapport à une norme du droit européen dérivé. Il rappelle ensuite la volonté claire du législateur de ne réserver cette possibilité d'être autorisé au séjour qu'aux seuls étrangers gravement malades. Il revient ensuite sur les deux hypothèses susceptibles de conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour. D'une part, la maladie telle qu'elle entraîne un risque réel et actuel pour la vie ou pour l'intégrité physique de la personne, situation dans laquelle l'éloignement de l'étranger demandeur n'est pas même envisagé. D'autre part, la situation dans laquelle la maladie qui, quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine mais qui, en l'absence de traitement adéquat dans ce pays, peut entraîner pour le malade un risque réel d'être soumis à un traitement inhumain ou dégradant.

Le Conseil d'État conclut enfin que le champ d'application de l'article 9 ter est plus large que celui de l'article 3 de la Convention des droits de l'Homme, compte tenu de la jurisprudence actuelle de la Cour européenne des droits de l'Homme, notamment parce qu'il n'est pas permis de penser que le législateur belge aurait voulu que l'autorisation de séjour prévue par la loi s'apparente en définitive à un simple « permis de mourir » sur le territoire belge.

Un examen peu rigoureux et peu individualisé de l'état des soins dans le pays d'origine

À la lecture de plusieurs décisions, on peut constater également que les sources utilisées pour juger de l'accès aux soins dans les pays d'origine des demandeurs de 9 ter revêtent un caractère très général.

Les médecins de l'Office des étrangers se basent le plus souvent sur les informations récoltées par l'administration elle-même depuis l'entrée en vigueur de l'article 9 ter (informations transmises par les ambassades, rapports de l'OMS...), sur les données du Centre de documentation et de recherche du CGRA (Cedoca) et sur les informations disponibles dans la base de données MEDCOI¹⁵.

Il est fréquent que les avis médicaux rendus sur la disponibilité et l'accessibilité des soins se réfèrent à des sites internet généraux indiquant la liste des médicaments disponibles dans le pays et celle des hôpitaux et centres de santé de référence, sans mention des adresses précises, de l'état des stocks de médicaments ou encore du prix de ceux-ci.

Or, lors de l'examen de l'accès aux soins dans le pays d'origine du demandeur, l'Office des étrangers doit examiner tant l'existence des soins, c'est-à-dire leur disponibilité, que les possibilités effectives pour le demandeur, dans son cas individuel, d'y avoir accès, c'est-à-dire leur accessibilité effective. Cette accessibilité doit être examinée au regard de la situation individuelle du demandeur (âge, état de santé lui permettant ou non de se déplacer facilement, réseau social et familial au pays, moyens financiers, possibilité ou non de travailler, accès à une mutuelle...) mais également au regard d'autres éléments de type géographique (à quelle distance de son lieu de vie se trouve le traitement disponible, quel est l'état des transports et des routes...), financier (quel est le coût de ce traitement...) ou structurel (existence ou non d'un système de mutuelle ou d'aides financières dans le pays, défauts d'approvisionnement de tel ou tel médicament, état des stocks disponibles dans le pays...).

D'après l'ancien médecin conseil de l'Office des étrangers cité plus haut : « *L'interprétation était la suivante: si vous trouvez dans le pays un médecin spécialisé, un hôpital et une pharmacie, c'est suffisant. Que l'hôpital soit à 500 kilomètres du domicile du demandeur, ce n'est pas un problème. S'il est venu vivre en Belgique, il pourra aussi se déplacer dans son pays* »¹⁶.

14 Arrêt n° 228.778 du Conseil d'État du 16 octobre 2014

15 La Belgique collabore depuis 2011 au projet européen de banque de données médicales, MEDCOI (Medical Country of Origin Information), projet initié par les Pays-Bas et financé par le Fonds européen pour le retour.

16 Le Soir, 30 mai 2014.

« Un cas révélateur pour moi est que parfois, si des rapports d'ONG mentionnaient qu'il n'y avait que 20 % de patients traités dans un tel pays, cela devenait pour nous une preuve qu'il y avait donc bien un traitement disponible dans le pays ! On ne prenait pas en compte les 80 % des personnes qui n'avaient pas accès aux soins... »¹⁷

Un examen trop strict de l'état d'amélioration de la maladie

S'il est extrêmement difficile aujourd'hui pour une personne gravement malade d'obtenir un titre de séjour en Belgique lorsqu'elle est dans l'impossibilité de se faire soigner dans son pays d'origine, il est également extrêmement difficile pour les quelques personnes ayant pu l'obtenir de le maintenir.

Ainsi, lors du renouvellement du titre de séjour obtenu sur base de leur demande 9 ter, l'Office des étrangers fait un examen extrêmement strict de l'état d'amélioration de la maladie et ne tient pas compte de l'état des soins dans le pays d'origine (nombreux refus de renouvellement la 3^{ème} ou 4^{ème} année dans les situations de maladies mentales mais pas seulement). Le fait qu'une personne régularisée pour raisons médicales travaille (et donc ne dépende pas/plus du CPAS) est également régulièrement mentionné par l'administration pour justifier que l'état de santé de la personne s'est amélioré et qu'elle peut rentrer dans son pays d'origine et ce, même si la personne est toujours sous traitement.

Une problématique qui interpelle de plus en plus d'acteurs de notre société

En mars 2013, un colloque réunissant associations, médecins et avocats a été organisé par le CIRÉ et Medimmigrant au Parlement fédéral afin d'interpeller les parlementaires et les acteurs politiques sur ces dérives. Plusieurs interpellations et questions parlementaires ont également été régulièrement posées à la secrétaire d'État à l'Asile et l'Immigration qui a toujours considéré que le traitement des demandes 9 ter par son administration était juste et humain. En mai 2014, plusieurs médecins réclamaient également un audit sur la manière dont l'Office des étrangers traite les demandes 9 ter. Différents ordres des médecins ont également été saisis de cette question.

Conclusion

L'application qui est faite de la procédure de régularisation médicale pose aujourd'hui sérieusement question. Les nombreux dysfonctionnements dans la façon dont les demandes 9 ter sont traitées actuellement impliquent que cette disposition semble aujourd'hui vidée de sa substance.

L'administration se doit d'être plus transparente et rigoureuse dans l'examen de ces demandes qui, s'il était nécessaire de le souligner, sont introduites par des personnes parmi les plus vulnérables de notre société.

L'application de la régularisation médicale par l'Office des étrangers doit respecter le prescrit de la loi et de l'article 9 ter, et donc être moins stricte et moins formaliste.

Il conviendrait également d'améliorer l'information des médecins traitants des personnes ayant introduit une demande de 9 ter et de permettre une communication entre eux et les médecins de l'Office des étrangers au sujet de la situation médicale de leurs patients.

Il nous paraît également essentiel de garantir un examen individualisé de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine et de rendre plus transparentes et accessibles les données médicales utilisées pour juger de la disponibilité et de l'accès aux soins dans les pays d'origine.

Enfin, un recours de plein contentieux au Conseil de contentieux des étrangers et le recours possible à un expert indépendant en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin de l'Office des étrangers permettrait de garantir un débat contradictoire.

¹⁷ Le Soir, 30 mai 2014



Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Créé en 1954, le CIRÉ est une structure de coordination pluraliste réunissant 24 organisations aussi diversifiées que des services sociaux d'aide aux demandeurs d'asile, des organisations syndicales, des services d'éducation permanente et des organisations internationales. L'objectif poursuivi est de réfléchir et d'agir de façon concertée sur des questions liées à la problématique des demandeurs d'asile, des réfugiés et des étrangers.



CIRÉ asbl

rue du Vivier, 80-82 | B-1050 Bruxelles

t +32 2 629 77 10 | f +32 2 629 77 33

cire@cire.be | www.cire.be



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Les organisations membres

- Aide aux personnes déplacées (APD)
- Amnesty international
- Association pour le droit des étrangers (ADDE)
- Cap migrants
- Caritas international
- Centre d'éducation populaire André Genot (CEPAG)
- Centre social protestant
- Convivium
- Croix-Rouge francophone de Belgique (département accueil des demandeurs d'asile)
- CSC Bruxelles-Hal-Vilvorde
- CSC Nationale
- Équipes populaires
- FGTB Bruxelles
- Interrégionale wallonne FGTB
- Jesuit refugee service – Belgium (JRS)
- Justice et paix
- Médecins du Monde
- Mentor-escale
- Mouvement contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie (MRAX)
- Mouvement ouvrier chrétien (MOC)
- Présence et action culturelles (PAC)
- Point d'appui
- Service social de Solidarité socialiste (SESO)
- Service social juif (SSJ)