Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 217 832 du 28 février 2019
dans l'affaire X VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître S. DESSAIN
Rue du Congrès 49
1000 BRUXELLES

contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 24 juillet 2014, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et d'un ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 7 mai 2014.

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 8 novembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 29 novembre 2018.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me J. ARNOULD loco Me S. DESSAIN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS loco Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La partie requérante précise être arrivée en Belgique le 1er mars 2008 munie de son passeport ainsi que d'un visa en cours de validité.

Le 7 mai 2010, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 9 août 2010, cette demande a été déclarée recevable.

Par une décision du 16 décembre 2011, cette demande a été déclarée non fondée. Le Conseil de céans a annulé cette décision par son arrêt n° 80 294 du 26 avril 2012.

Le 29 novembre 2012, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision négative. Cette décision a fait l'objet d'un recours et a été retirée par la partie défenderesse le 17 octobre 2013. Le Conseil, dans son arrêt n° 117 663 du 27 janvier 2014, a rejeté le recours.

1.2. Le 7 mai 2014, la partie défenderesse a pris :

- une nouvelle décision déclarant non fondée la demande. Cette décision est motivée par référence à un avis du médecin conseil de la partie défenderesse du 20 novembre 2013.
- un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

Ces décisions constituent les actes attaqués.

La décision rejetant la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 est motivée comme suit :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Madame [M.A.], de nationalité Congo, invoque l'application de l'article 9 ter en raison d'un problème de santé l'empêchant tout retour au pays d'origine.

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son rapport médical du 20.11.2013 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'Office des Etrangers indique qu'au regard des documents médicaux fournis, la pathologie dont souffre l'intéressée ne peut être considérée comme représentant un risque vital, l'affection peut être considérée comme modérée et bien compensée.

Le dossier médical ne permet donc pas, selon le médecin de l'Office des Etrangers, de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre , n° 26565/05, N.v. United Kingdom ; CEDH 2 mai 1997, n° 30240/96 ; D v. United Kingdom).

Dès lors, conclut-il, il ne s'agit pas d'une maladie telle que prévue au §1, alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 qui puisse entraîner l'octroi d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de l'article précité.

Du point de vue médical, le retour au pays d'origine n'est donc pas contre-indiqué.

La disponibilité et l'accessibilité n'ont donc pas fait l'objet d'investigation.

Dès lors,

1) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Par ailleurs, l'intéressée invoque la situation au pays d'origine (l'inaccessiblité des soins en République Démocratique du Congo). Notons cependant que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une

infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 decembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

Cependant, la requérante n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866).

Enfin, rien ne prouve qu'une fois au pays l'intéressée serait exclue du marché de l'emploi. Elle peut trouver du travail et financer ainsi ses soins médicaux. Vu qu'elle a vécu plus longtemps dans son pays d'origine, avant de venir en Belgique, rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».»

L'ordre de quitter le territoire est motivé comme suit :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :
o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2. En fait les intéressées sont sur le territoire sans être en possession de passeports avec visa valable.»

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1. La partie requérante prend notamment un **premier moyen** de la violation :

- *« des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 (défaut de motivation)*
- *de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, tel que remplacé par l'article 187 de la loi du 29 décembre 2010 (violation de la loi),*
- *de l'article 15 de la Directive « Qualification » n°2004/83/CE du 29 avril 2004,*
- *du principe général de bonne administration (absence d'examen approprié de la demande conformément aux dispositions légales et suite à un arrêt d'annulation de votre Conseil) Pris de la violation :*
- *des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (CEDH) (interdiction des mauvais traitements y compris médicaux, droit à la vie). »*

2.2. Après un rappel théorique quant au prescrit et aux contours jurisprudentiels des dispositions dont elle invoque la violation, la partie requérante, sous un titre *« l'application au cas d'espèce des dispositions visées au moyen »* s'exprime dans les termes suivants :

« Il ressort de la décision attaquée un défaut de motivation, qui traduit un examen défaillant de la partie adverse, alors même que celle-ci a jugé utile de retiré (sic) la précédente décision adoptée le 29.11.2012, ne permettant pas à Votre Conseil, dans le cadre du recours qui a été introduit, de statuer au fond.

Il y aura lieu de constater que la nouvelle décision contestée ne remplit pas les exigences légales et visées au moyen en matière de motivation des décisions défavorables, d'autant plus lorsqu'elles ont de telles incidences sur la situation de la requérante.

[…]

Or, la seule lecture de cette décision et de l'avis médical joint (auquel elle se rapporte) permet de se rendre compte que cette motivation est insuffisante à divers égards, elle engendre pourtant des conséquences bien réelles pour la requérante.

Cette motivation traduit un examen incomplet et imprécis de la situation personnelle et médicale de la requérant.

Le § 1er de l'article 9 ter de la loi précitée prévoit que :

« § 1er. L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 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.
(…)
Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.
L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts. »

Or, la décision attaquée propose une logique autre que celle posée par le § 1er de l'article 9 ter de la loi précitée qui suppose que l'appréciation du risque se fasse dans un contexte d'un possible de retour (sic) (pays d'origine ou de résidence habituelle) et non pas sur la seule base de la nature et la gravité de la maladie.

En effet, la décision du 07.05.2014 est motivée comme suit :

« Dans son rapport médical du 20.11.2013 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'Office des Etrangers indique qu'au regard des documents fournis, la pathologie dont souffre l'intéressée ne peut être considérée comme représentant un risque vital, l'affection peut être considérée comme modérée et bien compensée. »

Ce que la partie adverse examine donc, dans un premier temps, c'est si « l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique » sans lien avec le retour et le traitement adéquat ou non.

Plus loin la partie adverse expose même que la disponibilité et l'accessibilité n'ont pas fait l'objet d'investigation.

Pourtant, le § 1er précité précise « lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ».

Le législateur ne semble pas avoir voulu dissocier l'examen du risque d'un potentiel retour au pays.

Cette logique ressort également des travaux préparatoires (précités) de la Loi du 15 septembre 2006, la mise en place de cette possibilité « concerne les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitements inhumains et dégradants dans le pays d'origine ou de séjour » (Doc. Parl., Chambre, 2005-2006, 51-2478/001, pages 34 et 35).

L'appréciation du « risque réel » pour la vie ou l'intégrité aurait dû être faite sur la base du certificat médical type et de tous les documents pertinents, dont ceux concernant le pays de retour, dans l'optique d'un retour.

Dans la décision attaquée, la partie adverse se borne à affirmer en premier lieu que, se basant sur l'avis médical, que la requérante ne souffre pas d'une maladie représentant un risque vital.

Par conséquent, cette appréciation n'est pas conforme aux exigences légales et est détournée de son objet : il s'agit de déterminer si « la maladie » est telle « qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité » dans l'hypothèse d'un retour.

La nuance est de taille puisqu'elle exige que l'examen de l'adéquation du traitement dans le pays de renvoi soit abordé, ce qui n'est pas le cas dans la décision contestée.

La partie adverse, dans second temps, après avoir affirmé que l'intéressée ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel en a déduit que « il n'est pas prouvé qu'un retour au pays » soit une atteinte aux textes en vigueur.

Dans ce sens, la Cour EDH précise que « l'appréciation de ce minimum est relative ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement et de ses effets physiques ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime » (CEDH, Irlande c/ R-U, §162 ; N. c/ RU, §29). Partant, la partie requérante ne pouvait se passer de l'étude de la situation personnelle dans son appréciation du risque réel, qui doit être évalué « à la lumière des éléments dont elle dispose au moment où elle examine l'affaire, et notamment des informations les plus récentes sur la santé du requérant » (CEDH, Bensaïd c/ Royaume-Uni, 6.02.2001, n°44599/98, §35).

En conséquence, la décision contestée est prise en violation de la logique portée par les dispositions du § 1er de l'article 9 ter lorsqu'elle allègue qu'il ne s'agit pas d'une « maladie telle que prévue au § 1er, alinéa 1er » sans appréciation du risque dans un contexte de retour.

*- **Sur une violation des dispositions et jurisprudences en vigueur : une exigence excédant le prescrit légal** :*

- L'article 9 ter de la loi précitée traduit à la fois les exigences posées à l'article 3 de la CEDH mais aussi transpose celles de l'article 15 de la directive « Qualification » n°2004/83/CE du 29 avril 2004 qui définit les atteintes graves justifiant le droit de la protection subsidiaire.
De sorte qu'il est possible de se référer à ces textes et aux jurisprudences y afférant pour définir les contours des notions usitées par la partie adverse.

Pour déclarer « non-fondée » la demande d'autorisation de séjour pour motifs de santé, la partie adverse s'en remet aux différents certificats médicaux annexés à la demande d'autorisation de séjour.

Ainsi, cet avis assimile le degré de gravité de la maladie qui serait posé par l'article 9ter de la loi précitée à « l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie ».

La décision du 07.05.2014 fait sienne cette approche et conclut qu'il n'est donc pas prouvé, en l'espèce, « une atteinte à la directive (…) ni à l'article 3 CEDH ».

Partant, la décision du 07.05.2014 interprète l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 de manière restrictive en y ajoutant des conditions non prévues par la loi.

La référence à l'article 3 de la CEDH et à la jurisprudence de la Cour EDH peut être pertinente s'agissant de l'article 9 ter comme évoqué. Elle ne peut toutefois pas servir à en restreindre le champ d'application.

Indépendamment de la question de savoir si l'interprétation de la jurisprudence de la Cour EDH par le médecin conseil de l'Office des étrangers est correcte, dans la mesure où il n'en donne aucune référence, il y a lieu de souligner que le standard retenu par ce médecin est supérieur au standard retenu par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre1980.
En effet, le médecin conseil interprète l'article 9 ter comme ne pouvant s'appliquer que lorsqu'il y a un risque vital, et donc un danger pour la vie de la personne malade.

Le médecin-conseiller va même plus loin en arguant que « aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril ».

Or, l'article 9 ter ne se limite pas à l'hypothèse d'un risque vital, puisqu'il vise une maladie qui entraîne un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique ou encore un risque de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'y a pas de traitement adéquat dans le pays d'origine.

En restreignant l'article 9 ter à l'hypothèse d'un risque pour la vie, le médecin conseil et, à sa suite, la décision querellée du 07.05.2014, violent l'article 9 ter de la loi précitée, qui vise tant le risque pour la vie que le risque de traitement inhumain et dégradant, que le risque pour l'intégrité physique.

Dans le même sens, exiger que seules les maladies « à un stade très avancé » ou dans un « état critique » entrent dans le champ d'application de l'article 9 ter, sans même de mention au risque en cas de retour, revient également à violer les dispositions légales visées.

Le Conseil du contentieux des étrangers, dans un arrêt à 3 juges du 27 novembre 2012 (arrêt n°92.258), est venu rappeler que le contrôle requis par l'article 9 ter de la loi précitée était spécifique et n'est pas tenu par celui de l'examen requis par l'article 3 CEDH. Partant, le contrôle requis par l'article 9 ter n'est pas restreint au risque vital ni au seuil de gravité de l'arrêt N. Cour EDH.

Une chambre du Conseil d'Etat (chambre néerlandophone) est venue confirmer cette lecture distincte des champs d'application des articles 9 ter de la loi précitée et 3 CEDH (CCE,19 juin 2013, n°223.961). Puis, une autre chambre du Conseil d'Etat (chambre francophone) est venue casser la décision précitée de votre Conseil, malgré un avis de l'auditeur contraire puisqu'il soulignait que l'article 9 ter impose un contrôle plus étendu que l'article 3 CEDH (arrêt n°225.523 du 19 novembre 2013). Toutefois, une autre chambre du Conseil d'Etat (chambre néerlandophone) a finalement confirmé expressément que la disposition 9ter est très claire en ce qu'elle prévoit trois types de risques et la prise en compte des situations comportant un risque de traitement inhumain ou dégradant en cas d'absence de traitement adéquat. L'OE doit donc à l'avenir élargir son interprétation de la disposition et prendre en compte l'accessibilité des traitements dans son examen de la recevabilité de la demande (CE, 28 novembre 2013). Le Conseil d'Etat poursuit en précisant que la portée plus large du droit belge ne viole ni l'article 3 C.E.D.H., qui s'oppose à l'expulsion d'un étranger atteint d'une affection à un stade final, ni l'article 15, b), de la directive qualification, qui oblige à octroyer la protection subsidiaire à l'individu dont l'expulsion violerait l'article 3 C.E.D.H.

Par conséquent, le contrôle requis par l'article 9 ter de la loi précité est plus étendu et différent de celui requis par l'article 3 CEDH (L. LEBOEUF, « Le séjour médical (9ter) offre une protection plus étendue que l'article 3 C.E.D.H. », Newsletter EDEM, décembre 2013).

En ce qui concerne l'adéquation du traitement, elle doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc.

Le Directeur de l'Office des étrangers a fait référence à cette condition de disponibilité concrète et réelle lors de son audition au Parlement indiquant : « L'accessibilité effective dans une infrastructure et la possibilité médicale de recevoir un traitement et des médicaments sont également prises en compte » (Doc. Parl., Chambre, Sess. Ord. 2005-2006, n°2478/008, exposé introductif, page 137). Cette adéquation signifie que le requérant sera en mesure d'accéder à un traitement « adéquat » comme celui qu'il suit sur le territoire belge.

- En l'espèce, il ressort clairement des certificats médicaux circonstanciés déposés par Madame [M.] que le degré de gravité de ses pathologies est « important », avec traitement médicamenteux et fait état d'une nécessité de suivi médical régulier.
En outre, d'après les différents rapports nationaux et internationaux, force est de constater que la République démocratique du Congo souffre d'un mauvais accès aux soins de santé pour la population.

Tout d'abord, concernant l'accès aux soins de santé en RDC, Madame [M.] se permet de renvoyer vers le rapport de l'association Caritas International qui dresse un bilan peu brillant de la situation sanitaire au Congo. (http://www.caritas-int.be/fr/actions/operation-hopital-solidaire/centres-de-sante-rd-congo/quant-est-il-des-soins-de-sante-en-rd-congo.html) :
Selon les déclarations du ministère de la Santé de la RDC, la situation sanitaire du pays est plus mauvaise qu'en 1985. La désagrégation du système de santé a débuté dans les années 90 et se poursuit encore aujourd'hui. Les

causes sont évidentes : mauvaise gouvernance, manque de coordination, conflits armés, diminution constante du budget gouvernemental consacré aux soins de santé (en 2001 il ne comportait que 1 % du budget total), affectation de l'aide étrangère aux urgences et à des programmes verticaux (paludisme, tuberculose, etc.). Trois quarts des financements du secteur médical ont été affectés à ces programmes verticaux de la communauté internationale. Malgré ce fait et bien qu'ils soient performants, ces programmes sont mis sous pression à cause de la faiblesse du système. Selon une étude de 2003, un Congolais moyen consulte qu'une seule fois un médecin en 6 ans et 70 % de la population n'ont pas accès aux soins sanitaires. N'oublions pas que les soins sont payants au Congo ! (…)

Désagrégation du système de santé et indicateurs sociodémographiques négatifs
Le parallèle entre les deux est évident, mais nous disposons de peu d'informations en la matière. Et le peu d'informations dont nous disposons est des plus alarmants.

- *Au Congo, 24.000 femmes meurent annuellement suite à un accouchement*
- *De 30 à 40 % des femmes et des enfants sont sous-alimentés*
- *Plus de 16 millions de Congolais ne savent pas s'ils mangeront demain*
- *L'inflation atteint les 18,2 %. La prévalence du sida atteint 4,2 % (soit 1,1 million de personnes).*

Ensuite, les données avancées par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) concernant la RDC sont éloquentes. Ainsi, en Belgique, 10 % du PIB est consacré au budget de la santé ce qui signifie environ des dépenses annuelles totales par habitant de 3200 $. En RDC, elles sont d'environ 2,5 $. Alors qu'en Belgique, on dispose d'un médecin, d'un infirmier et d'un lit d'hôpital par 200 habitants, il n'y a en RDC qu'un médecin pour 10.000 habitants et qu'un infirmier pour 2.000 habitants (http://www.who.int/countries/cod/fr/).

Enfin, en 2005, l'ONG Médecins sans frontières a enquêté sur les conditions de santé dans 5 zones en RDC : Kilwa, Inongo, Basankusu, Lubutu et Bunkeya. Dans 4 de celles-ci, environ 50 % des gens n'avaient pas accès aux moindres soins de santé quand ils étaient malades. 67 % dans le Lubutu. Ses conclusions sont les suivantes (http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=0B1530DC-5056-AA77-6CF5ABEEA004A25A&component=toolkit.report&method=full_html) :

- *Le secteur de la santé en RDC ne peut pas faire face aux besoins des Congolais à cause des déficits en infrastructures et en support financier. Le personnel sanitaire ne peut pas pourvoir de soins décents. Souvent, il n'y a pas de médicaments. Les salaires sont impayés et le manque de soutien, d'assistance et de formation contribuent à leur impuissance.*
- *La distance est un autre obstacle dans l'accès aux soins de santé : les routes sont mauvaises et le transport est limité et coûteux. Face à ces obstacles, les patients se décident à prendre la route uniquement en dernier ressort, quand il n'y a plus vraiment d'espoir ou qu'il est déjà trop tard.*
- *Alors que la demande de soins ne peut pas être assumée par le système public, la population n'a pas d'alternative. Même si l'option du secteur privé existe, il est beaucoup trop coûteux pour la plupart des gens.*

Par ailleurs, la partie adverse avait connaissance de ces différents rapports et certificats médicaux. Il est donc tout à fait erroné de considérer, comme le fait le médecin-conseil de l'Office des étrangers, qu'en raison de la présence des médicaments nécessaires ou de leur équivalent en RDC, les soins qui doivent être prodigués le sont de manière inconditionnelle et sont accessibles à tous.

Partant, il semble totalement contradictoire de lire l'avis du médecin-conseiller qui affirme que « le dossier médical ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 CEDH »… (Voir l'avis médical joint à la décision).

La décision querellée du 07.05.2014 viole les dispositions visées au moyen, et tout particulièrement l'article 9 ter de la loi du 15/12/1980, en exigeant « un risque vital (…) ou le stade très avancé de la maladie ».

Or, en tant que médecin, le Docteur [….] indiquait que le risque vital n'est pas directement mis en péril par les affections évoquées, sans détailler ces affections et déterminer, pour chacune d'entre elle, s'il existe un risque vital. Ce rapport médical n'apparaît pas davantage être une motivation qui réponde aux exigences de l'article 62 de la loi précitée, et même à l'impératif de protection de l'article 9 ter de la loi précitée. Il est possible de souligner que le médecin-conseiller de l'Office des étrangers ne semble pas spécialisé dans les affections dont souffre la requérante.

Outre l'interprétation discutable et discutée (voir supra) à laquelle le médecin-conseiller procède sur le plan légal, il est possible de s'interroger sur sa compétence au moment d'évaluer un danger médical dans le cadre d'une discipline de spécialisation.

D'ailleurs, et même à considérer qu'un danger pour la vie puisse être exigé (quod non : voir supra pour une interprétation correcte de l'article 9 ter), ce danger pour la vie se déduisait à suffisance des certificats médicaux déposés.

En effet, la maladie de la requérante est décrite comme étant importante avec des conséquences sur sa vie en cas d'interruption des traitements et suivis en cours en Belgique. Il peut évidemment conduire à un risque pour sa vie puisque la requérante se retrouverait dans une situation d'accentuation de la détresse physique qu'elle subit déjà au quotidien.

A cet égard, dans la mesure où l'appréciation du risque n'a pas été faite dans le contexte d'un retour vers le pays d'origine (République Démocratique du Congo), elle est également faussée.

L'article 3 CEDH a été interprété par la Cour EDH dans l'arrêt D. contre le Royaume-Uni du 2 mai 2007 confirmé par l'arrêt N. contre Royaume-Uni comme excluant qu'un Etat puisse éloigner un étranger en cas de risque grave pour son état de santé, notamment si ce risque découle de l'absence de traitements médicaux dans son pays d'origine.

Il restait alors à déterminer si les soins étaient disponibles dans le pays d'origine. La partie adverse n'a pas investigué cette question.

Partant, la partie adverse n'a donc pas tenu compte de tous les éléments au dossier, au moment de prendre sa décision contestée.

- ***absence de motif justifiant que le médecin conseil ne suive pas les avis étayés des médecins spécialistes en charge du suivi du requérant (certificats médicaux) :***

D'autre part, la partie adverse se fonde sur un avis médical et ne dit jamais les raisons pour lesquelles elle ne suit pas l'avis des médecins spécialistes qui sont en charge de la santé de la requérante.

D'autant plus qu'il n'y a eu pas eu de consultation initiée par le médecin de l'OE, alors que les médecins spécialistes sont en contact régulier et direct avec leur patient et ses pathologies.

La décision ne comporte aucun motif permettant de comprendre les raisons de cette lecture autre de la pathologie du requérant et de son niveau de gravité, de l'impact d'une modification de son traitement ou de l'interruption de celui-ci et de sa capacité de voyager.

Votre Conseil a déjà annulé une pareille décision considérant que :

« 2.3.2.3. (…) en estimant que « (...), le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique. », la partie défenderesse n'a pas adéquatement motivée sa décision dans le mesure où elle n'expose pas les motifs pour lesquels le médecin conseil s'écarte de l'avis émis par le médecin spécialiste de la requérante » (CCE, 22 mars 2012, arrêt n°77755).

Sur ce point, dans son arrêt Yoh-Ekale, la Cour EDH a condamné l'Etat belge notamment en ce que les autorités ont fait l'économie d'un examen attentif et rigoureux de la situation individuelle de la requérante pour conclure à l'absence de risque sous l'angle de l'article 3 en cas de renvoi au Cameroun (CEDH, Yoh-Ekale c. Belgique du 20/12/2011).

Pourtant, cet examen doit ressortir expressément de la décision contestée et du rapport médical sur lequel elle se fonde. Si tel n'est pas le cas, la décision contestée est entachée d'illégalité.

De ce seul chef, la décision contestée doit être suspendue puis annulée. »

3. Discussion.

3.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après : la Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

En ce qui concerne la référence par la partie défenderesse à la jurisprudence de la Cour E.D.H. relative à l'article 3 de la CEDH et aux travaux préparatoires de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil observe que cela ne permet pas de considérer que le seuil élevé fixé par la jurisprudence de cette Cour – à savoir que l'affection représente un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie – réduirait ou serait déterminant pour l'application de l'article 9ter dans son ensemble. Le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

3.2. Le Conseil rappelle par ailleurs que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

3.3. En l'occurrence, à la lecture des pièces versées au dossier administratif, le Conseil observe qu'en annexe à sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante a produit divers rapports et certificats médicaux établissant la « *HTA* » dont elle indique souffrir et qui est reprise par le médecin conseiller de la partie défenderesse sous le titre « *pathologie chronique* ».

Le premier acte attaqué est, quant à lui, fondé sur un avis médical, établi par le médecin conseiller, le 20 novembre 2013, sur la base des éléments médicaux produits, lequel, après avoir considéré sous le titre « *discussion médicale* » que « *des documents médicaux fournis, il apparaît que cette pathologie ne peut être considérée comme représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie ; l'affection peut être considérée comme modérée et bien compensée* », conclut que :

« *ce dossier médical ne permet donc pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie […].*

Au regard du dossier médical, il apparaît qu'il n'existe :

o Pas de menace directe pour la vie de la concernée : aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril.
o Pas d'état critique : un monitorage des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ou une hospitalisation permanente ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital de la concernée.
o Pas de stade très avancé de la maladie vu la stabilisation de la affection (sic).

D'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine.

Dès lors du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au retour dans le pays d'origine.

Par conséquent, je constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article. »

Le Conseil observe que l'avis médical ainsi établi par le médecin conseiller de la partie défenderesse indique que celui-ci semble s'être limité à examiner la gravité de la maladie à l'aune du seul engagement du pronostic vital et ainsi, des critères d'application de l'article 3 de la CEDH, tels qu'ils se dégagent de la jurisprudence de la Cour E.D.H., pour en conclure « *qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article* ».

Certes, comme le relève la note d'observations, le médecin conseiller de la partie défenderesse a relevé que « *l'affection peut être considérée comme modérée et bien compensée* » mais il l'a fait juste après avoir constaté l'absence de risque vital de sorte qu'il ne peut être soutenu qu'il a entendu viser la troisième hypothèse exposée ci-dessus (celle de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence) et signifier que la partie requérante ne souffrait pas d'une maladie présentant le degré de gravité minimum requis dans cette dernière hypothèse.

L'ensemble de la conclusion de l'avis du médecin conseiller fait apparaître que le seuil de gravité exigé est le « *seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie* ».

La décision attaquée elle-même relève que « *Dans son rapport médical du 20.11.2013 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'Office des Etrangers indique qu'au regard des documents médicaux fournis, la pathologie dont souffre l'intéressée ne peut être considérée comme représentant un risque vital, l'affection peut être considérée comme modérée et bien compensée »* et laisse apparaître l'exigence d'un risque vital.

Si la conclusion du médecin conseiller porte la mention de ce que l'on ne serait pas en présence d'une « *maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine* », cette mention est purement formelle et non la résultante d'un raisonnement spécifique à cette problématique. Il n'apparaît en effet nullement que le médecin conseiller ait vérifié, en premier lieu, si la pathologie dont souffre la partie requérante n'atteint pas le degré minimal de gravité requis, pour qu'il puisse s'agir d'une maladie exposant cette dernière à un risque de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.4. Les objections figurant dans la note d'observations quant à cette problématique spécifique du degré de gravité de la maladie (qui est distincte de la question subséquente de savoir s'il y avait lieu d'analyser la disponibilité et l'accessibilité aux soins requis dans le pays d'origine de la partie requérante) ont été rencontrées ci-dessus, dans les points 3.1. et 3.3.

3.5. Il résulte de ce qui précède que le premier moyen, pris de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, est fondé, quant aux développements de la partie requérante exposés dans sa requête sous le titre « *Sur une violation des dispositions et jurisprudences en vigueur : une exigence excédant le prescrit légal* », et suffit à emporter l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du premier moyen et les autres moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.6. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre de la requérante, constituant l'accessoire de la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour susmentionnée, il s'impose de l'annuler également.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article 1.

La décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire, pris tous deux le 7 mai 2014, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-huit février deux mille dix-neuf par :

M. G. PINTIAUX, Président F. F., juge au contentieux des étrangers

Mme E. TREFOIS, Greffier.

Le greffier, Le président,

E. TREFOIS G. PINTIAUX