



## Arrêt

**n° 158 151 du 10 décembre 2015**  
**dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : X**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la  
Simplification administrative**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III<sup>e</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 17 mars 2015, par X, qui déclare être de nationalité angolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que de l'ordre de quitter le territoire consécutif, pris ensemble le 3 février 2015 et notifiés le 18 février 2015.

Vu le titre 1er 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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 septembre 2015 convoquant les parties à l'audience du 2 octobre 2015.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me E. MAKAYA MA MWAKA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. DETOURNAY *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause.**

1.1. Selon ses déclarations, la partie requérante est arrivée en Belgique le 6 juin 2010. Le lendemain, elle a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges, qui s'est clôturée négativement par l'arrêt n° 56 371 rendu le 21 février 2011 par le Conseil de céans.

1.2. Le 2 mars 2011, la partie défenderesse a délivré à la partie requérante un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile.

1.3. Par un courrier daté du 23 mars 2011, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée irrecevable par une décision prise par la partie défenderesse le 22 avril 2011.

Dans son arrêt n° 158 149 du 10 décembre 2015, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit contre cette décision d'irrecevabilité.

1.4. Par un courrier recommandé envoyé le 25 mai 2012, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de ladite loi du 15 décembre 1980, laquelle a été complétée à plusieurs reprises par des télécopies en date du 20 février 2013, 26 février 2013 et 14 mars 2013.

Par une décision prise le 22 novembre 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande d'autorisation de séjour irrecevable. Le même jour, la partie défenderesse a également pris, à l'égard de la partie requérante, un ordre de quitter le territoire.

Le dossier administratif ne permet pas de déterminer si ces deux décisions ont été notifiées.

1.5. Par un courrier recommandé envoyé le 7 octobre 2013, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 12 mars 2014, la partie défenderesse a pris, à l'égard de la partie requérante une décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour précitée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces deux décisions ont été notifiées le 17 avril 2014.

A la suite du recours introduit par la partie requérante, la partie défenderesse a retiré ces deux décisions du 12 mars 2014, par une décision du 23 mai 2014, notifiée à la partie requérante le 24 décembre 2014.

Le 3 février 2015, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour du 7 octobre 2013.

Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, 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 [la partie requérante] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers l'Angola, pays d'origine de la requérante.*

*Dans son rapport du 03 février 2015 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, l'Angola.*

*Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

*Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.*

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

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a délivré à la partie requérante un ordre de quitter le territoire.

Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant 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: **En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°** de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un VISA valable. »

## **2. Exposé du moyen d'annulation.**

La partie requérante prend un moyen unique, libellé comme suit :

« Moyen unique pris :

- de la violation de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980,
- de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales,
- de la violation des articles 1 à 5 de la loi du 21 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs,
- de la violation du principe de proportionnalité, et
- de l'erreur manifeste d'appréciation et du défaut de motivation ;

**ATTENDU QUE LA DECISION QUERELLEE EST JOINTE A LA PRESENTE REQUETE DE SORTE QUE LE CONSEIL PUISSE EN PRENDRE CONNAISSANCE ;**

***De la violation de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, de la violation de l'article 3 CEDH, de l'erreur manifeste d'appréciation***

1) **ATTENDU QUE** l'article 9 ter stipule que « *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.* »

Que selon la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, « *le traitement inhumain ou dégradant ne doit pas toujours avoir pour origine un acte humain ou intentionnel émanant d'autorités étatiques ou de personnes privées mais peut également résulter de facteurs matériels indépendants de la responsabilité des autorités du pays d'origine, à savoir la situation sanitaire et socio-économique du pays de renvoi ne permettant pas d'y garantir les soins médicaux adéquats.* » ;

Que cette jurisprudence a considéré « *que toute expulsion d'un malade pour lequel un diagnostic vital est émis constitue un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention* » (voir D.B « *Chronique de Jurisprudence : Droit des Etrangers – Droits fondamentaux de la personne* », R.D.E, 1999, p.155 et ss.);

Qu'ainsi, outre la question de l'existence du traitement dans son pays d'origine, le risque de traitement inhumain ou dégradant est avéré également lorsque aucun traitement adéquat n'y existe, en raison de la situation sanitaire et socio-économique du pays de renvoi ne permettant pas d'y garantir les soins médicaux adéquats ;

Que le traitement doit être disponible et accessible ;

Que la partie adverse affirme qu'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 existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne* » ;

Que la gravité de la maladie n'est pas remise en cause par la partie adverse qui estime par contre qu'un traitement adéquat est disponible et accessible dans le pays d'origine de l'intéressée ;

Que la partie adverse se contente de citer quelques sites internet donnant quelques informations générales sur l'Afrique ou sur des prestations d'assurance santé dans le monde sans aucune précision quant à l'étendue de la couverture sociale et les prestations prises en charge ;

Que rejeter la demande de séjour de la requérante sous le prétexte principal que l'hépatite B dont elle souffre peut être soignée dans son pays d'origine, c'est faire peu de cas des réalités apparentes et notables des conditions sanitaires en Angola ;

Que contrairement à ce qu'affirme le médecin de l'OE, il ressort des informations du ministère des affaires étrangères belge que « Les infrastructures hospitalières sont limitées, surtout en dehors de la capitale, et il n'y a pas de garantie quant au risque transfusionnel »<sup>1</sup> (pièce 3) ;

Qu'une autre source nous indique que « L'amélioration des services de santé de en Angola est l'un des plus grands défis auxquels est confronté le gouvernement. Même si la volonté politique de réforme existe, les établissements de santé actuels restent très insuffisants et ne sont pas accessibles à la majorité de la population. »<sup>2</sup> (pièce 4) ;

Que de même une source différentes des précédentes nous renseigne que « La majorité de la population n'a pas accès aux soins de santé. Malgré des efforts récents pour améliorer le nombre d'établissements médicaux, les dépenses restent très faibles. Sous les effets conjugués de la guerre civile et de la faiblesse des dotations budgétaires au secteur de la santé depuis plus de 20 ans, les indicateurs sanitaires mettront du temps à se redresser. »<sup>3</sup> (pièce 5) ;

Qu'il ressort de ces différentes sources que la disponibilité aux soins de santé n'est pas optimal ;

Que par ailleurs, le traitement préconisé par le médecin traitant de la requérante Baraclude (entecavir – antiviral – médicament de l'hépatite B) n'est pas disponible en Angola de l'aveu même de la partie adverse et est différent de celui proposé par le médecin de l'OE (tenofovir, inhibiteur nucléotidique de la transcriptase réverse) ;

Qu'en termes de motivation, la partie adverse soutient que les traitements concernant la pathologie de l'intéressée sont accessibles dans son pays d'origine ; Que pour étayer ses affirmations, le médecin de l'OE se fonde sur des informations tirées du site <http://www.pepfar.gov/countries/frameworks/angola/137986.htm>, or les informations tirées de ce site affirmations concernent plus les malades atteints du HIV plutôt que ceux souffrant d'un hépatite B.

Que la partie adverse indique également, en termes d'accessibilité aux soins, l'existence des sociétés d'assurance prenant en charge les maladies, or dans leurs conditions générales, ces assurances excluent explicitement les maladies qui ont été diagnostiquées<sup>4</sup> (pièce 6) ;

Qu'étant donné que la requérante souffre d'une maladie qui a déjà été diagnostiquée, elle ne peut pas prétendre aux assurances indiquées par la partie adverse.

Que de même, en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé, aucune différence n'est faite entre les personnes capables de travailler et celles qui ne travaillent pas ;

Que pourtant, la partie adverse, soutient, en violation de la foi due aux actes que les soins médicaux requis par la pathologie de l'intéressée est accessible dans son pays d'origine ;

**ATTENDU QU'EN** outre, la décision attaquée comporte le risque pour la requérante d'être appréhendée et renvoyée vers son pays d'origine, ce qui lui causerait un préjudice grave difficilement réparable dans la mesure où cette mesure est de nature à entraîner son expulsion, partant interrompre son traitement et donc mettrait sa vie en danger,- viole l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ;

Qu'il a été considéré, à cet égard que, la question de l'accessibilité des soins, l'interruption d'un suivi médical soutenu commencé en Belgique est de nature à entraîner un traumatisme supplémentaire de sorte que l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de l'étranger est préjudiciable eu égard à l'article 3 de la CEDH : « L'impossibilité médicale absolue de retour doit être appréciée en fonction des données propres au présent litige, caractérisé par le fait que l'ordre de quitter le territoire qui a été délivré au requérant n'a pas pour effet de le renvoyer dans son pays d'origine, mais bien en Allemagne, pays de premier accueil. Ce n'est à l'évidence pas la disponibilité et l'accès à des soins de qualité en Allemagne qui se trouve ici en question, mais bien le fait qu'une interruption dans le traitement médical et psychothérapeutique suivi de façon soutenue par l'ensemble de la cellule familiale auprès de l'équipe sociale, médicale et psychiatrique précitée risquerait d'entraîner un traumatisme supplémentaire à

chacun de ses membres qui ont déjà souffert, que ce soit sur le plan psychologique ou sur le plan physique en raison des brûlures, au-delà de ce qui est imaginable.

Leur éloignement du territoire pour un nouvel exil comporterait, selon les rapports médicaux et psychiatriques, des risques particulièrement importants et graves pour la santé psychique, voire la vie même des membres de la famille.

Qu'au regard de qui précède, cette branche du moyen est fondée ;

**De la violation de la loi du 21 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du devoir de soin et du principe de proportionnalité**

2) **ATTENDU QUE** « la loi du 29 juillet 1991 oblige l'administration à procéder à un examen minutieux de chaque affaire et à justifier raisonnablement ses décisions ... (Lagasse, D., « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, J.T., 1991, p.738) » ;

Que le devoir de soin impose à l'autorité de travailler soigneusement lorsqu'elle enquête à propos de faits et de veiller à ce que toutes les données utiles lui soient fournies afin que sa décision puisse se former après une appréciation convenable de toutes les données utiles à la cause (C.E. n°58.328, arrêt du 23.02.1996) ;

Que la requérante a produit à l'appui de sa demande un certificat médical type et différentes annexes desquels il ressort l'existence de risques réels pour la vie et l'intégrité physique dans son chef ;

Qu'à cet égard, tout retour de l'intéressée dans son pays d'origine qui implique l'interruption de son indispensable suivi médical la soumet à un traitement inhumain et dégradant ;

Que le fait que la requérant souffre d'une hépatite B chroniques, est un facteur aggravant en soi ;

Que cet élément, est également un facteur important dans le traitement du problème de l'intéressée de sorte que lui demander de retourner dans son pays d'origine en vue de recommencer le processus de soin, sans aucune garantie d'avoir accès à des soins appropriés et à un suivi médical adéquat si ce n'était l'hypothèse que « rien n'indique qu'il serait dans l'impossibilité de travailler en Angola » ;

**QU'A CET EGARD**, une décision doit reposer sur des motifs existants et exacts en droit (qualification juridique) et en fait (foi due aux actes) ,M. HANOTIAU, Le Conseil d'Etat, juge de cassation administrative, in Le citoyen face à l'administration- Commissions et juridictions administratives : quels droits de la défense ? Liège, Editions du Jeune Barreau de Liège, 1990, p.140-151, SAROLEA, S., La réforme du droit des étrangers, Waterloo, Wolters Kluwer Belgium, 2007, p.78-79) ;

Qu'en l'espèce, la motivation de la décision entreprise n'est pas en adéquation avec les informations et les éléments objectifs et vérifiables de la situation sanitaire dans le pays de la requérante ;

Que la chambre du Conseil du Tribunal de Première instance de Bruxelles a rappelé dans sa décision du 9 août 2010 que « la décision est attaquée est irrégulière en ce qu'elle ne répond pas aux exigences légales de motivation (une motivation impersonnelle, lacunaire ou stéréotypée ne répond pas à l'exigence de motivation légale) et repose de surcroît sur des circonstances erronées qu'il est pourtant aisé de vérifier (ADDE, News Letter septembre, pg 5) ;

Qu'il convient de relever également que « Que dans la justification de l'amendement qui est finalement devenu l'article 3 de la Loi sur la motivation formelle des actes administratifs, on peut lire, "Si la motivation est obligatoire, il doit y avoir un rapport de proportionnalité entre l'importance de la décision et sa motivation". Tel est le sens du membre de phrase: "Elle doit être adéquate". En commission de la chambre, le ministre a estimé que "cette obligation demeure d'ailleurs générale et doit être proportionnelle à l'intérêt et à la portée de la décision" (l'obligation de motiver les actes administratifs, Bruges, La Chartres, 1992, page 6). »

Que cette règle s'impose à l'administration y compris lorsqu'elle dispose d'un très large pouvoir discrétionnaire d'appréciation ;

Qu'en l'espèce, la décision querellée est lacunaire ; stéréotypée et disproportionnée eu égard à la gravité de l'état de santé de l'intéressé et au risque auquel il serait soumis en cas de retour dans son pays d'origine ;

Que par exemple, La gravité potentielle de l'hépatite B est constituée par le risque d'évolution vers une hépatite chronique B qui peut se compliquer d'une cirrhose du foie et d'un cancer du foie, une maladie mortelle avec un taux de réponse très faible à la chimiothérapie actuelle<sup>1</sup> ([http://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%A9patite\\_B](http://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%A9patite_B));

Que comme exposé au précédent moyen, l'affirmation de ce que les soins de santé sont disponibles et accessibles dans le pays d'origine de la requérante est une forme caractérisée de mauvaise foi et d'approximation dans le chef de la partie adverse ;

Que sauf à méprendre les faits, il convient de n'accorder aucun crédit à de telles affirmations ;

**ATTENDU QU'ENFIN**, la motivation de la décision querellée est déraisonnable, en ce qu'elle arrache la requérante de ses possibilités de soin et de suivi adéquats ainsi du milieu de vie auquel son attachement est certain en la renvoyant vers un pays dont la population vit sous le seuil de la pauvreté ;

Que la décision querellée invoque également la capacité de travailler de l'intéressée alors que cette dernière résidant en Belgique depuis près de quatre ans présente se trouve dans un état de santé qui ne lui permet pas de travailler;

Qu'elle ne dispose d'aucun moyen, ni d'aucune force de travail à même de lui permettre de prendre en charge la continuité, la régularité, la rigueur et l'hygiène nécessités par sa pathologie chronique ;

Ce qui pose à nouveau la question de l'accessibilité du traitement au cas où il existerait un traitement adéquat, *non quod* ;

Que les soins ne doivent pas seulement être disponibles, mais encore faut-ils qu'ils soient accessibles ;

Que : *Le contrôle juridictionnel de la motivation d'un acte qui doit être motivé en la forme ne porte pas seulement sur l'existence d'une motivation ; la motivation doit être adéquate et le contrôle s'étend à cette adéquation, c'est-à-dire à l'exactitude, l'admissibilité et la pertinence des motifs* (CE, 2 juin 2003, n° 120.10, CE, 5 avril 2002, n° 105.385) ;

Que partant, le moyen est sérieux ;

<sup>1</sup>

[http://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager\\_a\\_letranger/conseils\\_par\\_destination/afrique/angola/ra\\_angola.jsp](http://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger/conseils_par_destination/afrique/angola/ra_angola.jsp)

<sup>2</sup> <http://lastree.eklablog.com/angola-la-sante-a86719505>

<sup>3</sup> <http://www.oecd.org/fr/dev/36791459.pdf>

<sup>4</sup> [http://www.ensa.co.ao/images/stories/formularios/mod\\_seguro\\_saude\\_individual\\_rgb.pdf](http://www.ensa.co.ao/images/stories/formularios/mod_seguro_saude_individual_rgb.pdf) »

### 3. Discussion.

3.1.1. Sur le moyen unique, branches réunies, le Conseil rappelle que l'article 9<sup>ter</sup>, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (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 9<sup>ter</sup> 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).

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 9<sup>ter</sup>, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 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.

3.1.2. Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer les requérants des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-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 sont soumis.

3.2. En l'espèce, dans son avis médical du 3 février 2015, le médecin-conseil de la partie défenderesse confirme que la requérante souffre d'une hépatite B chronique qui nécessite un traitement spécifique, à savoir la prise d'un médicament, le « *baraclude (entecavir – antiviral – médicament de l'hépatite B) : 0.5 mg* », et un suivi gastroentérologique, échographique et biologique. Il estime qu'il n'existe « [a]ucune contre-indication médicale à voyager » et examine ensuite la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi en Angola :

#### **« Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine »**

L'entecavir n'est pas disponible en Angola mais il peut être remplacé par le tenofovir, inhibiteur nucléotidique de la transcriptase réverse utilisé dans l'hépatite chronique active ou la lamivudine, inhibiteur nucléosidique de la transcriptase réverse, utilisables dans la même indication (<http://www.cbip.be/>).

Informations de la base de données MedCOI<sup>(1)</sup> :

Des médecins locaux travaillant dans le pays, d'origine engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère Néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume<sup>(2)</sup> des 10.07.2013 et 10.10.2013 avec les numéros de référence unique BMA-4846 et 5064.

<sup>(1)</sup> Le projet Med-COI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine ; le projet Med-COI est une initiative du

Service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, il associe 17 partenaires (16 pays européens et l'International Centre for Migration Policy Development) et est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés.  
Disclaimer : l'information fournie est limitée à la disponibilité du traitement médical, habituellement dans une clinique/institution de santé, dans le pays d'origine ; la base de données ne fournit pas d'information concernant l'accessibilité du traitement.

<sup>(2)</sup> Ces médecins, dont l'anonymat est protégé, ont été trouvés par l'intermédiaire du Ministère néerlandais des Affaires étrangères dans ses Ambassades outre-mer. Ensuite, ceux-ci ont été engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume ("IND"). Ces médecins fournissent des informations sur la disponibilité des soins dans les pays où ils sont basés.

Le suivi gastroentérologique, biologique et échographique peut être assuré en Angola comme aux cliniques Girassol, Multiperfil ou Sagrada Esperança de Luanda.

Informations tirées des sites :

- <http://www.clinicagirassol.co.ao/wps/portal> (clinique Girassol) ;
- <http://www.multiperfil.co.ao/> (clinique Multiperfil) ;
- <http://site.cse-ao.com:85/#?Itemid=5> (Clinique Sagrada Esperança).

L'Angola vient de se doter récemment d'un programme de traitement de l'hépatite B (et C).

Informations tirées du site : <http://www.codisa-medical.com/parcerias.php>.

### **Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine**

Concernant l'accessibilité des soins en Angola, le conseil de l'intéressée cite différentes sources dans le but d'attester que l'intéressée n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine. Cependant, il ne fournit pas celles-ci dans la demande. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêté n° 97.866 du 13/07/2001).

Le rapport de l'Organisation Internationale pour les Migrations<sup>1</sup> nous apprend l'existence de deux grandes sociétés d'assurances, ENSA Seguros de Angola et AAA Seguros SARL, fournissant des services d'assurance de santé et d'assurance vie en Angola, aux individus comme aux groupes. En outre, dans les établissements publics comme les hôpitaux et les centres de santé, les soins médicaux, les analyses sanguines courantes, les analyses d'urine, les radiographies du thorax et les tests de dépistage du paludisme coûtent environ 3,00 USD.

L'accès aux hôpitaux publics nécessite de présenter une photocopie de la carte d'identité et de s'acquitter d'une somme symbolique pour la consultation. Les coûts des centres de santé et des ONG sont relativement bas grâce au soutien financier apporté par d'autres organisations. C'est par exemple le cas des centres de jeunesse.

Notons qu'il existe en Angola une Commission Nationale pour combattre le SIDA et autres maladies endémiques (CNLCSGE) qui est coordonnée par le président de la République et qui est en coopération avec le gouvernement des Etats-Unis afin d'améliorer l'accès aux traitements ARV, la prévention de nouvelles infections et fournir des soins<sup>2</sup>.

Notons que la requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011).

<sup>1</sup> United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, Partnership Framework between the Government of the Republic of Angola and the Government of the United States of America to Combat HIV/AIDS 2009 - 2013, [www.pepfar.gov/countries/frameworks/angola/137986.htm](http://www.pepfar.gov/countries/frameworks/angola/137986.htm).

<sup>2</sup> Organisation Internationale pour les Migrations, Retourner en Angola, Informations sur le pays, <http://irrico.belgium.iom.int/images/stories/documents/angola%20fr.pdf>.

Notons que madame [la partie requérante] est en âge de travailler et a déjà travaillé comme vendeuse au pays d'origine. Dès lors, en absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. De plus, d'après sa demande d'asile, l'intéressée a encore de la famille vivant en Angola. En outre, madame [la partie requérante] est arrivée en Belgique en juin 2010 ce qui laisse supposer qu'elle a vécu une majeure partie de sa vie en Angola et a dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir en Angola et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013).

Les soins sont donc accessibles en Angola. »

3.3.1. A la lecture du dossier administratif et de l'avis médical du médecin-conseil de la partie défenderesse, le Conseil observe que ledit médecin-conseil ne conteste pas la réalité de la pathologie dont souffre la requérante, mais il estime dans son avis médical, au terme d'un raisonnement détaillé et documenté, que « *l'hépatite B chronique n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible au pays d'origine* ».

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui reste en défaut de contester valablement les renseignements relatifs à la disponibilité et à l'accessibilité de soins que requiert l'état de santé de la requérante au pays d'origine.

3.3.2. S'agissant de la disponibilité des soins et du suivi médicaux, la partie requérante se contente de relever que le traitement médicamenteux qui lui a été prescrit en Belgique n'est pas disponible dans son pays d'origine, mais elle reste en défaut de contester valablement les informations recueillies par le médecin conseil de la partie défenderesse suivant lequel « *[l'] entecavir n'est pas disponible en Angola mais il peut être remplacé par le tenofovir, inhibiteur nucléotidique de la transcriptase réverse utilisé dans l'hépatite chronique active ou la lamivudine, inhibiteur nucléosidique de la transcriptase réverse, utilisables dans la même indication* ». La partie requérante ne conteste par ailleurs nullement que le suivi médical requis par son état de santé est disponible en Angola, ce motif devant dès lors être tenu pour établi.

3.3.3. S'agissant de l'accessibilité des soins, le Conseil observe que les arguments de la partie requérante selon lesquels elle ne serait pas en mesure de souscrire une telle assurance sont invoqués pour la première fois en termes de requête, et dès lors tardivement. Le Conseil observe que la partie requérante s'est contentée, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, d'invoquer la situation sanitaire en Angola de manière générale, en manière telle qu'elle ne peut reprocher au médecin fonctionnaire et, à sa suite, à la partie défenderesse, de s'être également fondées sur des informations d'ordre général concernant l'accessibilité des soins, notamment par le biais d'assurance maladies.

Au demeurant, elle fournit, à l'appui de son argument tenant à ce que les maladies déjà diagnostiquées ne seraient pas couvertes par les assurances maladies, un formulaire – au demeurant établi en portugais, non traduit - qui ne concerne que l'une des deux sociétés citées par le médecin fonctionnaire et force est de constater que la partie requérante reste en défaut d'établir qu'elle ne pourrait pas souscrire l'autre assurance.

Quant au reproche suivant lequel le médecin conseil se fonde sur un rapport établi dans le cadre d'un projet de partenariat entre l'Angola et les Etats-Unis, relatif à la lutte contre le sida, alors que la requérante souffre d'une hépatite B chronique, il ne concerne qu'un motif surabondant de l'avis médical, en manière telle qu'il est sans incidence sur la légalité de la première décision attaquée.

Le Conseil constate par ailleurs que la partie requérante ne formule aucune critique quant aux autres éléments de l'avis médical relatifs à l'accessibilité des soins et du suivi, lesquels font état de l'accès aux hôpitaux publics sur simple présentation d'une photocopie de la carte d'identité et par l'acquittement d'une somme symbolique pour la consultation, ainsi que du coût relativement bas des centres de santé et des ONG.

Quant au reproche selon lequel « *la disponibilité des soins n'est pas optimal (sic)* », le Conseil entend rappeler que l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'une offre de traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible et accessible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison des niveaux de l'offre et de la qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique.

S'agissant de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, la Cour EDH a déjà jugé à ce propos que « *[l]es progrès de la médecine et les différences socioéconomiques entre les pays font*

que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement [...] l'Etat contractant [n'a pas obligation] de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, N. c/ Royaume-Uni, §§42-45)

En ce que la partie requérante invoque des difficultés d'accès aux soins de santé parce qu'elle se trouverait dans un état de santé qui ne lui permettrait pas de travailler, le Conseil observe que la partie requérante demeure en défaut de démontrer tant son incapacité de travail qu'une quelconque contre-indication médicale à travailler.

Le Conseil note encore que la partie requérante ne conteste nullement l'argument du médecin conseil suivant lequel rien ne permet de démontrer que la famille et/ou l'entourage social de la requérante ne pourrait l'accueillir en Angola et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Il résulte des développements précités que la partie requérante reste en défaut de remettre utilement en cause l'avis du médecin conseil à propos de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement requis au pays d'origine au regard de sa situation individuelle.

3.3.4. S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après « CEDH »), le Conseil relève que les éléments médicaux invoqués par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour ont été examinés par le médecin-conseil de la partie défenderesse qui a conclu à bon droit que l'ensemble des traitements médicaux et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine de la requérante, et que, dès lors, l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas d'y retourner.

Ainsi, le Conseil ne peut que constater que la requérante reste en défaut de démontrer *in concreto* le risque de traitements contraires à l'article 3 de la CEDH qu'elle encourrait en cas de retour dans son pays d'origine.

3.4. En conséquence, le moyen n'est pas fondé.

#### **4. Débats succincts**

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut 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. Le recours en annulation étant rejeté 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 unique.**

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix décembre deux mille quinze par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme G. CANART, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

G. CANART

M. GERGEAY