



Arrêt

n° 183 855 du 14 mars 2017
dans l'affaire X

En cause : 1. X

Ayant élu domicile : au 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 IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 24 octobre 2016 , en leur nom personnel et au nom de leurs enfants mineurs, par X et X, qui déclarent être de nationalité arménienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 15 septembre 2016 sur la base de l'article 9ter 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 le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 16 décembre 2016 convoquant les parties à l'audience du 13 janvier 2017.

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

Entendu, en leurs observations, Me K. MELIS, avocat, qui comparaît pour les parties requérantes, 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. Les deux premières parties requérantes sont arrivées en Belgique le 3 juillet 2009 selon leurs déclarations, et ont introduit une demande d'asile le même jour.

Le 29 octobre 2009, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a pris à leur égard deux décisions de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire.

Les deux premières parties requérantes ont introduit à l'encontre de ces décisions deux recours distincts qui ont abouti aux arrêts n° 39 520 et 39 521 prononcés le 1er mars 2010 par lesquels le Conseil a refusé de leur reconnaître le statut de réfugié et de leur accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2. Le 24 décembre 2009, une demande d'autorisation de séjour a été introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 en raison de l'état de santé de la première partie requérante et de celui de la troisième partie requérante.

Cette demande a été déclarée recevable par une décision du 30 juillet 2010, mais a été finalement rejetée le 30 août 2011.

1.3. Le 20 octobre 2011, une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 a été introduite. Elle a été déclarée recevable mais non fondée le 8 mai 2012.

1.4. Le 23 mai 2012, la partie défenderesse a pris à l'égard des deux premières parties requérantes des ordres de quitter le territoire - demandeur d'asile.

1.5. Par un courrier du 15 juin 2012, les parties requérantes ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a donné lieu à une décision d'irrecevabilité, le 3 janvier 2013.

1.6. Le 15 juin 2012 également, elles ont en outre introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

1.7. Une nouvelle procédure d'asile a été introduite le 6 décembre 2012. Elle s'est clôturée négativement suite à une requête introduite par les deux premières parties requérantes, mais qui ne sera enrôlée qu'à l'égard de la première partie requérante, la seconde n'ayant pas satisfait aux conditions d'enrôlement. Le 28 juin 2013, le Conseil de céans a constaté le désistement d'instance s'agissant de la première partie requérante.

1.8. Le 7 février 2013, la partie défenderesse a pris à l'égard de chacun des deux premiers requérants, un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile.

1.9. Le 2 octobre 2013, la partie défenderesse a déclaré irrecevable à l'égard de la première partie requérante la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 et a pris à son égard une interdiction d'entrée.

La première partie requérante a introduit devant le Conseil et à l'encontre de l'interdiction d'entrée qui lui a été notifiée le 21 octobre 2013, un recours en suspension et en annulation, enrôlé sous le n° X qui sera rejeté le 23 juin 2016 par un arrêt n° 170 427, suite au constat du retrait implicite de l'acte attaqué.

1.10. Par un courrier du 28 octobre 2013, les parties requérantes ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée irrecevable le 11 mars 2014.

1.11. Le 19 mars 2015, les parties requérantes ont introduit une nouvelle procédure d'asile. Le 31 mars 2015, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a pris à leur égard des décisions de refus de prise en considération de demandes d'asile multiples.

Le 13 avril 2015, la partie défenderesse a pris à leur encontre des ordres de quitter le territoire-demandeur d'asile.

Par un arrêt n° 145 427 du 12 mai 2015, le Conseil a annulé les décisions de refus de prise en considération du 31 mars 2015 et renvoyé la cause devant le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides.

Le 30 juin 2015, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a pris de nouvelles décisions de refus de prise en considération.

Le 14 juillet 2015, la partie défenderesse a pris à l'encontre des parties requérantes, des ordres de quitter le territoire-demandeurs d'asile, qui seront annulés par un arrêt n° 170 429 prononcé par le Conseil le 23 juin 2016.

1.12. Par un arrêt n° 170 428 du 23 juin 2016 également, le Conseil a annulé la décision d'irrecevabilité du 11 mars 2014.

Suite à une nouvelle demande d'avis émanant de la partie défenderesse, le fonctionnaire médecin a, le 9 août 2016, sollicité des parties requérantes une actualisation de leur dossier.

Le 9 septembre 2016, le fonctionnaire médecin a rendu son avis.

Le 15 septembre 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande introduite au mois d'octobre 2013 recevable mais non fondée, pour les motifs suivants :

« 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 première partie requérante], de nationalité Arménie invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique.

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son rapport médical du 09.09.2016 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'Office des Etrangers indique que d'après les informations médicales fournies, il apparaît que les pathologies de la requérante n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement et la prise en charge médicale sont disponibles et accessibles en Arménie.

Enfin, du point de vue médical, termine le médecin fonctionnaire, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, l'Arménie.

Le rapport du médecin de l'Office de l'Etranger est joint à la présente décision.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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 le certificat 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.

Le requérant invoque également la situation dans son pays d'origine (l'Arménie) en se référant au document – WHO-AIMS, Report on Mental Health system in Armenia, World Health organization de 2009 – et à la Fiche pays de Caritas, caractérisée par d'importantes lacunes du système de santé mentale... Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitement 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 décembre 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. Signalons aussi que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant 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 (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int).»

Étant donné que le mari de l'intéressé a travaillé au pays d'origine avant que la famille ne vienne en Belgique, et que rien ne démontre au dossier qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine, qu'il est encore en âge de travailler, nous considérons que le mari peut trouver un emploi au pays d'origine et financer ainsi les soins de santé de madame.

Les soins nécessaires sont donc disponibles et accessibles en Arménie.

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 au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). Veuillez radier les intéressés du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ». ».

Il s'agit de l'acte attaqué.

2. Exposé du moyen d'annulation.

Les parties requérantes prennent un moyen unique, libellé comme suit :

« II. MOYEN UNIQUE

Pris de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, rétablissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, et des principes de bonne administration, notamment du défaut de motivation adéquate

Première branche

9. Quant à l'accessibilité des soins en Arménie, le médecin conseil de la partie adverse énonce que les hôpitaux y « *sont obligés d'offrir des soins gratuits aux classes les plus défavorisées de la société (- personnes âgées, anciens combattants, handicapés, etc.).* » et ajoute que : « Les soins de base ou soins de santé primaires sont gratuits. ».

10. Toutefois, elle n'explicite pas toutes les catégories de personnes visées par les soins gratuits et la requérante n'entre dans aucune des catégories citées (personnes âgées, anciens combattants, handicapés).

Rien n'établit donc qu'elle y aurait accès.

Rien n'établit non plus s'il existe ou non certaines conditions qui encadreraient cet accès, afin de vérifier in concreto si la requérante pourrait en bénéficier.

En outre, même à considérer qu'elle y aurait accès, il y aurait encore lieu de vérifier si les soins indispensables à son suivi spécialisé (psychiatrique) figurent parmi ces soins gratuits. La partie adverse ne vérifie pas ce que couvre les « soins de base ou soins de santé primaires ».

Ainsi, la requérante, de même que Votre Conseil, se retrouve dans l'impossibilité de vérifier l'accessibilité effective des soins indispensables.

11. À défaut d'accès gratuit aux soins, il faudrait alors vérifier si les soins y sont accessibles financièrement - quod non en l'espèce.

En effet, la simple affirmation suivant laquelle son mari pourrait travailler ne permet pas d'établir cet accès.

Lorsqu'on sait que le salaire moyen en Arménie est de 300 € (pièce 3), il est permis de s'interroger sur la capacité à financer un traitement spécialisé et régulier en psychiatrie.

Cet examen n'est pas effectué par la partie adverse.

12. Et quant au fait que la requérante et son mari auraient de la famille dans le pays d'origine « (parents et frères et sœurs ») », information apparemment tirée de leur demande d'asile de 2009, cette affirmation constitue une pure pétition de principe qui, d'une part, est partiellement erronée puisqu'ils n'ont jamais déclaré avoir de frère(s) (Madame a uniquement une sœur en Arménie) et que Monsieur a toujours déclaré que ses parents étaient décédés, et qui, d'autre part, ne tient pas compte de l'écoulement du temps depuis lors et, ainsi, des changements qui ont pu intervenir entre temps dans la composition de famille (les parents de Madame sont décédés ; ils n'ont actuellement tous les deux plus qu'un membre de famille en Arménie, à savoir la sœur de Madame qui serait en sus dans l'incapacité financière de les aider).

13. Il découle de l'ensemble de ces éléments que la partie adverse reste en défaut d'établir que les soins seraient effectivement accessibles en cas de retour en Arménie. Ceux-ci sont pourtant indispensables.

Rappelons que la requérante a déjà fait une tentative de suicide et que son psychiatre insiste sur le caractère sévère de la pathologie, et réservé du pronostic.

14. La partie adverse a violé son obligation de motivation et l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 en restant en défaut d'établir que la requérante pourrait avoir accès aux soins indispensables à son état de santé en cas de retour en Arménie et, pourtant, en déclarant sa demande d'autorisation de séjour non fondée.

Rappelons également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » - quod non en l'espèce.

Deuxième branche

15. En répondant aux arguments avancés par les requérants dans leur demande d'autorisation de séjour en lien avec le défaut d'accessibilité des soins par la considération générale suivant laquelle « la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitement en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (...) » le médecin-conseil de la partie adverse ajoute une condition à l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 qui n'implique pas, pour que le traitement soit jugé non suffisamment disponible et/ou accessible, un constat de violation de l'article 3 de la Convention EDH.

Rappelons encore qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur ».

La jurisprudence récente en la matière a confirmé que le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15.12.1980 et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter. La CEDH fixe uniquement des normes minimales et n'empêche pas les états membres de prévoir une protection plus large dans leur législation interne, comme c'est le cas de la Belgique.

Il n'est d'ailleurs pas de la place d'un médecin fonctionnaire de procéder à une telle analyse juridique, qui sort manifestement du cadre de ses compétences médicales.

16. Votre Conseil a par ailleurs récemment² pu juger à cet égard que :

S'agissant, par ailleurs de la référence faite par le médecin fonctionnaire à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, relative à la possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays, le Conseil précise qu'outre le fait que le requérant n'a pas fait état « de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays » mais bien d'un accès problématique aux soins requis au Maroc, la réponse donnée ne peut être considérée suffisante au regard de ce qui précède.

Ici également, les requérants n'ont pas fait état de « mauvais traitement en raison d'une conjoncture instable » en Arménie en application de l'article 3 de la CEDH, mais bien d'un accès problématiques aux soins requis dans ce pays.

La réponse apportée n'est dès lors pas adéquate.

17. À nouveau, la partie adverse a violé son obligation de motivation, de même que l'article 9ter de la loi, en répondant inadéquatement et aux éléments invoqués par les requérants en lien avec le problème de l'accessibilité des soins en Arménie, et en ajoutant une condition inexistante à l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 ».

3. Discussion.

3.1. Sur la première branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « 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 ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire ». Le cinquième alinéa indique que « 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 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 estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité en vertu de diverses dispositions légales, n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle implique toutefois l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, ce qui suppose que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de la partie requérante.

Enfin, le Conseil rappelle que, dans le cadre de son contrôle de légalité, il 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 n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2. En l'espèce, le fonctionnaire médecin a considéré que la première partie requérante, qui souffrait de dépression anxieuse avec des éléments psychotiques, d'anémie et de gastrite, pouvait voyager mais devait poursuivre son traitement actuel, qui consiste en un traitement médicamenteux, ainsi qu'en un suivi en médecine générale et en psychiatrie et que ces soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine pour les raisons suivantes :

« **Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine** »

Des antipsychotiques (comme l'halopéridol, la rispéridone), des antidépresseurs (comme Pamitryptiline ou le citalopram), des anxiolytiques (comme les benzodiazépines : diazépam, lorazépam ou l'oxazépam), des IPP (comme l'oméprazole ou l'ésoméprazole), la ranitidine, du fer et du paracétamol sont disponibles en Arménie.

Une prise en charge tant en Médecine générale qu'en Psychiatrie est également disponible en Arménie.

Informations :

°) de la base de données MedCOI¹ :

- Requête MedCOI du 27.07.2016 portant le numéro de référence unique BMA-8468 ;
- Requête MedCOI du 26.07.2016 portant le numéro de référence unique BMA-8458.

°) et des sites :

- http://pharm.cals.am/pharm/drug_images/index.php ;
- <http://pharm.am/>.

Il s'en suit qu'il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des soins médicaux au pays d'origine, l'Arménie.

Accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine

Pour ce qui est de l'accessibilité, notons d'abord que le droit à la sécurité sociale est reconnu par la constitution de l'Arménie adoptée en Juillet 1995². Actuellement, grâce aux réformes entreprises par le Ministère de la Santé, les hôpitaux sont autonomes, même s'ils restent la propriété de l'Etat. Ils sont alors obligés d'offrir des soins gratuits aux classes les plus défavorisées de la société (personnes âgées, anciens combattants, handicapés, etc.) Les soins de base ou soins de santé primaires sont gratuits. Ce premier pilier de soins est pris en charge, entre autres, par des dispensaires. Il existe des centres qui sont ouverts au service des personnes vulnérables pour leur assistance santé, éducation, service sociale, l'assistance socio-égale³,.... Les radiographies et analyses en laboratoire (etc.) sont également concernées par ce régime de gratuité.

Les personnes qui appartiennent à cette classe sociale reçoivent gratuitement les médicaments nécessaires ainsi que les soins spécialisés. L'intéressée peut donc, dans son pays d'origine, bénéficier de toutes ces facilités que lui offrent ces institutions et structures.

Signalons en plus que l'intéressée et son mari ont de la famille dans leur pays d'origine (parents et frères et sœurs) (cfr Leur demande d'asile du 03.07.2009) qui peut leur venir en aide en cas de besoin. Etant donné qu'ils ont vécu longtemps au pays d'origine ayant de venir en Belgique, rien ne prouve qu'ils n'ont pas tissé des relations sociales susceptibles de leur venir en aide en cas de besoin.

La requérante invoque également la situation dans son pays d'origine (l'Arménie) en se référant au document - WHO-AIMS, Report on Mental Health system in Armenia, World Health organization de 2009 - et à la Fiche pays de Caritas, caractérisée par d'importantes lacunes du système de santé mentale ... Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitement 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 décembre 2008, Y. Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131;; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en AskaroW/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Signalons aussi que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant 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^[1] ».

Étant donné que le mari de l'intéressé a travaillé au pays d'origine avant que la famille ne vienne en Belgique, et que rien ne démontre au dossier qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine, qu'il est encore en âge de travailler, nous considérons que le mari peut trouver un emploi au pays d'origine et financer ainsi les soins de santé de madame.

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).

Il s'en suit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins médicaux au pays d'origine, l'Arménie.

Conclusion

La requérante est âgée de 32 ans.

D'après les informations médicales fournies, il apparaît que les pathologies de la requérante (dépression ; anémie ; gastrite) n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un

risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement et la prise en charge médicale sont disponibles et accessibles en Arménie.

D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, l'Arménie.

¹ Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « *Bureau Medische Advisering (BMA)* » du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF).

Clause de non-responsabilité : les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucuns droits comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation <https://www.internationalsos.com/>.

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400 000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site www.allianz-global-assistance.com.

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis : être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale.

Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA.

2http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissaae/module4/immersjon/archives/2004/2005/travaux/05_r_armenie.pdf
3<http://www.mission.am/en/activities/>

[1] Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int ».

3.3.1. A la suite des parties requérantes, le Conseil n'aperçoit pas, dans le raisonnement suivi par le fonctionnaire médecin dans son avis, la raison pour laquelle la première partie requérante relèverait

d'une « classe sociale » lui permettant d'obtenir la gratuité des médicaments et soins spécialisés nécessaires.

Le Conseil ne peut suivre à cet égard l'argument de la partie défenderesse dans sa note faisant grief aux requérants de ne pas démontrer « *qu'ils ne rentreraient dans aucune des catégories bénéficiant du régime de sécurité sociale prévue en Arménie ou de l'assistance gratuite prévue pour les plus démunis* » et de ne pas préciser « *en quoi ils ne pourraient rentrer dans cette catégorie* ».

Le Conseil observe à cet égard que les parties requérantes n'ont pas prétendu, à l'appui de leur demande, entrer dans une des catégories sociales particulières mentionnées dans l'avis du fonctionnaire médecin (« personnes âgées, anciens combattants, handicapés, etc. ») ni donné d'indication permettant de les désigner clairement comme « personnes vulnérables » ou appartenant de manière générale aux « classes les plus défavorisées de la société ».

En tout état de cause, la motivation de l'avis médical apparaît à tout le moins insuffisante à cet égard dès lors qu'elle ne permet pas de comprendre le raisonnement suivi par son auteur.

3.3.2. S'agissant de l'aide financière que des membres de la famille pourraient leur accorder ou encore de la capacité du mari de la première partie requérante à financer les soins requis par un travail, le Conseil estime qu'à supposer ces éléments établis, ils ne répondraient toutefois pas, à eux seuls, à l'argument invoqué par les parties requérantes à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour, selon lequel les médicaments « *sont particulièrement chers* ».

Le Conseil observe en effet qu'à cet égard, le fonctionnaire médecin n'a pas procédé à une appréciation de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi requis en raison de la situation individuelle de la première partie requérante, appréciation qui ne pouvait se contenter en l'espèce, compte tenu des arguments de la demande, de s'en tenir à la possibilité pour l'époux de la première partie requérante de se réinsérer dans le marché de l'emploi, sans tenir compte du coût des médicaments afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

Le Conseil doit, en conséquence, constater que le rapport médical, sur lequel se fonde la première décision attaquée, ne rencontre pas à suffisance les arguments essentiels de la partie requérante présentés en termes de demande d'autorisation, s'agissant de l'accessibilité des soins requis, au regard des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Il résulte de ce qui précède que le moyen est, dans les limites exposées ci-dessus, fondé en sa première branche, ce qui justifie l'annulation de l'acte attaqué.

3.4. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen dès lors qu'à les supposer fondés, ils ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

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. La décision attaquée étant annulée 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^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 15 septembre 2016, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quatorze mars deux mille dix-sept par :

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

Le greffier,	Le président,
--------------	---------------

A. IGREK

M. GERGEAY