

Arrêt

n°191 356 du 1^{er} septembre 2017
dans l'affaire X / VII

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 VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 17 janvier 2017, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision rejetant une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 9 décembre 2016 et notifiée le 28 décembre 2016.

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 ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 février 2017 convoquant les parties à l'audience du 11 avril 2017.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me O. TODTS loco Me J.-Y. CARLIER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. COUSSEMENT 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 requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 12 décembre 2014, munie d'un passeport revêtu d'un visa court séjour.

1.2. Le 22 décembre 2014, elle a introduit une demande d'asile, laquelle est toujours pendante.

1.3. Le 20 août 2015, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 11 décembre 2015.

1.4. Le 6 décembre 2016, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 9 décembre 2016, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante une décision rejetant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif:

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.D.] 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'intéressée 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 le Rwanda, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 06.12.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, le Rwanda.

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, 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 elle séjourne.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve 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.

Etant donné que la procédure d'asile de l'intéressée est encore en cours ou qu'aucune annexe 13qq n'a encore été délivrée à la fin de la procédure d'asile, je vous demanderai de bien vouloir proroger l'attestation d'immatriculation qui lui a été délivrée jusqu'à la prise d'une décision concernant la procédure d'asile.

Veuillez également donner instruction au Registre national de réinscrire l'intéressée dans le registre d'attente ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « *de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs* » et de la « *Violation des principes de bonne administration et de sécurité juridique, du principe de proportionnalité et de légitime confiance* ».

2.2. Elle rappelle la teneur de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi et elle se réfère aux travaux préparatoires. Elle s'attarde ensuite sur la notion de traitement adéquat et l'article 62 de la Loi.

2.3. Dans une première branche, prise de la violation de l'obligation de motivation formelle relative à la disponibilité des soins, elle souligne que « *Dans son avis, le médecin-conseil estime, afin d'évaluer la disponibilité du traitement médical, que le suivi oncologique et cardiologique serait disponible au Rwanda. S'agissant du traitement médicamenteux, celui-ci est constitué d'un inhibiteur de l'aromatase, le letrozole. Dans son avis, le médecin-conseil constate que ce traitement n'est pas disponible au Rwanda. Le médecin-conseil considère cependant que l'inhibiteur de l'aromatase peut être remplacé par le tamoxifène qui serait « dans la même indication ». Or, le médecin-conseil de l'Office des étrangers n'a jamais rencontré la requérante, ni sollicité de documents complémentaires, ou encore contacté le médecin de la requérante. La requérante est en l'espèce suivie par la clinique d'hémo-oncologie du CHU Brugmann ainsi que par le Docteur [T.B.], cheffe de clinique adjointe de l'Unité de recherche clinique. La requérante est donc suivie par des médecins spécialistes, notamment oncologues, tel le Dr [N.G.], auteur du certificat médical du 6 juillet 2016 communiqué à la partie défenderesse. C'est dans ce*

cadre que la requérante a été amenée à commencer à un traitement médical constitué de Letrozol. Ce médicament constitue une forme d'hormonothérapie, à base d'une substance appelée « inhibiteur de l'aromatase » ou « anti-aromatases ». Ce type d'hormonothérapie se distingue de celle constituée d'anti-oestrogènes, qu'est le taximofène. Bien que constituant tous les deux une forme d'hormonothérapie, ces deux formes de traitement se basent sur des principes différents, les anti-aromatases agissant au niveau de l'aromatase pour éviter la transformation des androgènes en oestrogènes, tandis que les anti-oestrogènes agissent au niveau des récepteurs des cellules cancéreuses. Ils ne visent pas à supprimer les oestrogènes. Le site internet de l'Institut national français du cancer explique ainsi que les anti-aromatases vont être mieux indiqués auprès de la femme ménopausée [...]. Dans ces conditions, le médecin-conseil ne disposait nullement d'informations lui permettant de confirmer que, dans le cas la requérante, [l']inhibiteur de l'aromatase pouvait être substitué par un anti-oestrogène, le taximofène ». Elle soutient dès lors que « La partie défenderesse a ainsi violé son devoir de soin et minutie, en procédant à une évaluation de la disponibilité d'un traitement médical qui ne correspond pas à celui de la requérante, sans s'assurer qu'une modification du traitement de la requérante serait, dans ce cas, indiquée ». Elle expose que « Le Code de déontologie médicale énonce que : Article 124 Ces médecins, lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic, ne peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont fait procéder à des examens spécialisés ou ont disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins. Bien que ce Code n'ait pas de valeur légale ou réglementaire et ne s'adresse a priori qu'aux médecins, il est exemplatif des bonnes pratiques devant être respectées s'agissant d'évaluer l'état de santé de l'étranger ayant introduit une demande de régularisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la [Loi]. Dans son avis n°65 du 16 mai 2016 concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux, y compris psychiatriques, graves [...], le Comité consultatif de Bioéthique belge, a estimé que la tâche effectuée par le médecin-conseil de l'Office des étrangers dans le cadre de la procédure prévue par l'article 9ter de la [Loi], relève bien de l'article 124 du Code de déontologie médicale : « [...] ». Sur la base de ce constat, le Comité consultatif de Bioéthique rappelle l'importance pour le médecin-conseil de prendre contact avec son confrère en cas désaccord sur le diagnostic ou le traitement prescrit, ainsi que de rencontrer le patient : [...] Le Comité consultatif de Bioéthique va plus loin, s'agissant de l'hypothèse où l'avis du médecin-conseil devait différer de celui d'un médecin spécialiste, comme c'est le cas en l'espèce, pour considérer qu'une telle concertation est alors impérative : « [...] ». Cet avis, émanant d'une instance consultative officielle et indépendante, instituée en concertation par les autorités fédérales et fédérées, est de nature à remettre en cause la jurisprudence de Votre Conseil selon laquelle la mission du médecin-conseil de l'Office des étrangers, ne relèverait pas des articles 123 et 124 du Code de déontologie médicale. Le Comité consultatif de Bioéthique dispose en effet de l'expertise adaptée pour pouvoir déterminer si une telle mission des médecins-conseil de l'Office des étrangers, est bien soumise aux dispositions précitées relatives à la déontologie médicale. Votre Conseil a déjà eu l'occasion de censurer dans un arrêt du 31 août 2016 (n°173.764) une décision prise en application de l'article 9ter dans laquelle le médecin-conseil s'écartait de l'avis du médecin-spécialiste sans avoir pris contact avec le médecin traitant, spécialiste de la pathologie : « [...] ». En l'espèce, en procédant à une modification unilatérale du traitement de la requérante, sans préalablement veiller à se concerter avec le médecin de la requérante, ni en rencontrant cette dernière, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas respecté les règles de déontologie médicale et, de manière générale, la partie défenderesse n'a pas respecté le devoir de minutie qui est le sien dans la prise d'une décision administrative, que tel est particulièrement le cas, comme en l'espèce, le médecin-conseil de la partie adverse propose une autre médication que celle suivie par la requérante. Enfin, dans sa décision attaquée, la partie défenderesse n'a nullement égard aux explications données par la partie requérante quant au fait qu'elle est engagée dans un essai clinique auprès du CHU Brugmann, pour une période de cinq années. Un retour dans son pays d'origine signifierait l'interruption de l'essai clinique à l'égard de la requérante. La partie défenderesse ne semble avoir eu nullement égard aux conséquences qu'un retour dans le pays d'origine peut avoir pour l'Etat belge sur sa politique scientifique et de recherche médicale ».

2.4. Dans une deuxième branche, prise de l'évaluation de l'accessibilité des soins au Rwanda, elle avance que « A titre subsidiaire, s'il devait être considéré que les soins requis sont disponibles — quod non — il convient de constater que ceux-ci ne sont effectivement accessibles. Dans son avis, le médecin-conseil conclut à l'accessibilité des soins au Rwanda en s'appuyant sur l'existence de régimes assurantiels. La partie défenderesse n'a néanmoins nullement égard aux explications apportées par la partie requérante dans sa demande d'autorisation de séjour, visant à préciser que ce type de régimes assurantiels favorise des systèmes de soins de santé à deux vitesses : « Si le Rwanda a commencé à mettre en place des régimes assurantiels, le PNUD souligne que dans les pays mettant en place ce type d'infrastructure, on peut constater l'émergence de soins de santé à deux vitesses où les soins de santé

publics sont d'une qualité et accessibilité restreintes, renvoyant les patients vers les services privés difficilement accessibles d'un point de vue financier ([...]). Dans la décision attaquée, il n'est nullement fait référence à cette situation et au fait que si la requérante devait pouvoir bénéficier de ce type de régime assurantiel, celui-ci ne lui permettrait pas de bénéficier des services plus complexes et spécifiques que son état de santé requiert. La partie défenderesse énonce dans un second temps que la requérante pourrait prendre en charge le coût des soins de santé, ayant travaillé et ayant « vécu la majorité de sa vie au Rwanda et qu'elle a dû y tisser des liens sociaux ». Cette motivation stéréotypée n'a à nouveau pas égard aux faits relayés non seulement dans la demande de séjour, mais également dans les certificats médicaux. Il y était pourtant expressément mentionné que la requérante a fui son pays en raison d'une crainte de persécution. Elle est également une rescapée du génocide. La requérante ne dispose ainsi pas d'un réseau social tel qu'il pourrait prendre en charge, durant les cinq années que dure le traitement, l'hormonothérapie. Ces circonstances du départ du pays, ainsi que l'âge de la requérante et son état de santé, démontrent également que la requérante ne pourrait, trois années après avoir quitté son pays d'origine, y trouver un emploi qui lui permettrait de prendre en charge de coûteux soins de santé. La motivation de la décision attaquée s'agissant de l'accessibilité des soins de santé est ainsi stéréotypée, sans avoir égard à la situation personnelle de la requérante, son état de santé, son âge et sa situation familiale ».

3. Discussion

3.1. Sur la première branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1^{er}, de la Loi, « 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 ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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 ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter 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 9 ter suscitée, les traitements existants 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

3.2. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 6 décembre 2016 du médecin conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière se réfère en termes de motivation, que celui-ci a conclu à la disponibilité de l'amiodipine et la spironolactone. En ce qui concerne l'inhibiteur de l'aromatase, le médecin conseil a constaté son absence mais a estimé que le tamoxifène quant à lui disponible était indiqué dans la même indication.

En termes de recours, la partie requérante conteste cette substitution et expose qu'il existe deux types d'hormonothérapie qui sont fondés sur des principes différents, l'anti-aromatase qui agit sur l'aromatase et l'anti-œstrogène qui évite la transformation des androgènes en œstrogènes. Elle soutient pièce à l'appui (pièce 3 du recours) que la requérante étant ménopausée l'anti-aromatase est mieux indiqué.

D'une part à l'instar de la partie défenderesse dans sa note d'observations, la partie requérante ne démontre pas que les pièces médicales déposées en temps utile auraient exclu la possibilité de substituer à l'inhibiteur de l'aromatase pour l'hormone de thérapie un autre produit « dans la même indication. »

D'autre part, le Conseil rappelle qu'il ne peut dans le cadre du présent contrôle de légalité substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse ou encore à celui de son médecin conseil, il ne peut que constater l'éventuelle erreur manifeste d'appréciation, quod non.

A titre surabondant et en tout état de cause, il ressort du document internet fourni à l'appui du recours lequel explique les différents types d'hormonothérapie que si les anti-aromatases sont le plus souvent proposés dans le cadre d'une personne ménopausée, les anti-oestrogènes peuvent également l'être.

En ce que la partie défenderesse soutient que « *la tâche effectuée par le médecin-conseil de l'Office des étrangers dans le cadre de la procédure prévue par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, relève bien de l'article 124 du Code de déontologie médicale* ». Le Conseil estime qu'il ne lui appartient pas dans le cadre du présent contrôle de légalité d'examiner si le médecin conseil de la partie défenderesse a oui ou non respecté ledit code lequel relève comme son nom l'indique d'un problème de « *éthico-déontologique* ».

En tout état de cause, comme exposé ci-dessus, il n'apparaît pas des pièces déposées à l'appui de la demande que le traitement prescrit exclu une substitution de médicament « *dans la même indication* ».

Enfin, s'agissant de l'interruption de l'essai clinique, le Conseil relève que cet essai ne s'inscrit pas dans le cadre d'un traitement à proprement dit mais dans le but d'« *une plus-value de la recherche médicale* » et que dans la mesure où la partie défenderesse a estimé que le traitement était disponible, force est de constater que cet essai clinique ne relève pas d'une maladie telle que visée à l'article 9ter de la Loi.

3.3. Sur la seconde branche du moyen unique, quant à l'accessibilité du traitement, la partie requérante fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir répondu aux explications formulées aux termes de sa demande et selon un rapport du 19 mars 2013, le régime assurantiel assurerait les soins de santé à deux vitesses et soutient que « *ce type de régime assurantiel ne lui permettrait pas de bénéficier des services plus complexes et spécifiques que son état de santé requiert* ».

Le Conseil constate que le rapport cité par la partie requérante dans sa demande émet des suppositions et évoque des généralités non concrétisées, partant la partie défenderesse a pu à bon droit à l'appui d'un rapport plus récent conclure que les soins étaient accessibles. Quant à la possibilité de travail, il ne ressort pas des documents produits par la requérante à l'appui de sa demande qu'elle soit en incapacité de travail. Quant à la fuite de son pays en raison de sa crainte de persécution et la conséquence qu'« *Elle n'a donc plus de travail* » n'est pas de nature à remettre en cause la motivation suivant laquelle, il ressort qu'elle a déjà travaillé dans son pays d'origine et qu': « *En l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre, dès lors, qu'elle ne pourrait avoir à nouveau accès au marché du travail au pays d'origine afin de financer ses besoins médicaux* ».

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. La requête en annulation étant rejetée 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 premier septembre deux mille dix-sept par :

Mme C. DE WREEDE,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY ,

Greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE