

Arrêt

n° 202 340 du 12 avril 2018
dans l'affaire X III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J.-Y. CARLIER
Rue des Brasseurs 30
1400 NIVELLES

contre:

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

LE PRÉSIDENT DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 septembre 2017, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 1^{er} août 2017.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 21 décembre 2017 convoquant les parties à l'audience du 23 janvier 2018.

Entendu, en son rapport, E. MAERTENS, président de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me B. VAN OVERDIJN *loco* Me J. CARLIER, avocat, qui compareît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui compareît 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 7 décembre 2010.

1.2. Le lendemain, elle a introduit une demande d'asile, laquelle s'est clôturée négativement par l'arrêt n° 86 782 du 4 septembre 2012 du Conseil, lui refusant la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.3. Par courrier recommandé du 9 août 2011, la requérante a également introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée par télécopie du 16 avril 2012.

Le 27 juillet 2017, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un avis quant à son état de santé.

1.4. En date du 1^{er} août 2017, la partie défenderesse a pris à son égard une décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, lui notifiée le 24 août 2017.

Cette décision, qui constitue l'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 [E.M.H.] 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 Congo (Rép. dém.), pays d'origine de la requérante.

Dans son rapport du 27.07.2017 (joint, sous plis (sic.) fermé, en annexe de la présente décision), 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 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, le Congo (Rép. dém.).

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. ».

1.5. En date du 7 août 2017, la partie défenderesse a également pris à l'égard de la requérante un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies).

2. Exposé du moyen d'annulation

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, des principes de bonne administration et de sécurité juridique, du principe de proportionnalité et de légitime confiance ».

Après avoir rappelé le droit applicable et les principes en cause, elle prend une première branche de la violation de l'obligation de motivation formelle concernant la disponibilité des soins. Elle fait valoir à cet égard que « les informations délivrées dans le cadre du projet « MedCOI » concernent uniquement la disponibilité du traitement, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis. Ainsi, ce rapport n'est en aucun (sic.) garant d'une disponibilité effective du traitement, mais surtout du suivi requis. Or, du site de l'OMS (<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-COD>, extrait pièce 3), il apparaît qu'en 2014, la RDC ne comptait que 0,10 psychiatre pour 100 000 habitants, soit un psychiatre pour 1 million d'habitants. Ainsi, alors que la requérante doit bénéficier d'un suivi psychiatrique régulier et constant, les éléments de la décision attaquée ne permettent nullement de s'assurer qu'elle pourra accéder de manière affective (sic.) à un suivi psychiatrique en cas de retour dans son pays d'origine. A cet égard, la motivation de la décision attaquée ne peut être considérée comme adéquate. Il y a

également lieu de constater la violation de l'article 9ter à défaut d'avoir examiné la disponibilité effective des soins médicaux. ».

Dans une seconde branche, relative à l'accessibilité des soins au pays d'origine, elle affirme que les soins ne sont pas effectivement accessibles. Elle soutient que « *les régimes assurantiels cités par la partie défenderesse ne couvrent pas les soins de santé requis par la requérante, de manière telle que l'argumentation développée par le médecin-conseil ne permet nullement d'établir l'accessibilité des soins et du traitement de la requérante. En effet, le médecin-conseil cite plusieurs sources relatives aux régimes assurantiels existants. Or, aucun des régimes assurantiels cités ne permet d'établir la prise en charge de soins psychiatriques. Par ailleurs, ces sources ne sont nullement actuelles. Ainsi, s'agissant de la MUSU, mise en place par l'UNTC, le site internet mentionné par la partie défenderesse est daté du 14 novembre 2008, ce qui permet de s'interroger sur son actualité. Il y est expressément indiqué que ce régime ne vise que des soins médicaux primaires, auxquels s'ajoutent des soins de dentisterie ou ophtalmologie. Les soins psychiatriques ne sont ainsi pas couverts par ce régime assurantiel. S'agissant de la MUSECKIN, le rapport cité, datant de 2007, mentionne également les différents soins pris en charge par ce régime, sans en aucun (sic.) viser les soins psychiatriques. Le suivi neuropsychiatrique est expressément exclu des soins couverts par ce régime assurantiel. Quant à l'article de l'Inter Press Service, cité par la partie défenderesse, il ne concerne que la campagne de promotion des régimes assurantiels en RDC, sans contenir la moindre information pertinente pour examiner si les soins requis par la requérante sont effectivement accessibles. La partie défenderesse a également égard à la présence d'ONG, tel Caritas, en RDC. Or, comme le médecin-conseil le souligne lui-même, ceux-ci sont présents pour offrir des soins de santé primaires et combattre des épidémies, sans qu'ils ne soit établi que l'une de ses organisations seraient susceptibles de prendre en charge, et dans quelles conditions, les soins très spécifiques requis par la requérante. Ainsi, aucune des sources citées par la partie défenderesse ne permet d'établir l'accessibilité des soins et du traitement nécessaires à la requérante. Si la partie défenderesse énonce que l'intéressée aurait de la famille en RDC qui a financé son voyage vers la Belgique et pourrait l'accueillir ou l'aider financièrement, il convient de constater que la simple mention de membres de famille en RDC ne peut suffire à établir *in concreto* l'accessibilité des soins financiers, la motivation de la décision attaquée ne permettant nullement d'établir si une éventuelle solidarité familiale (non-établie) serait de nature à permettre la prise en charge des traitements médicaux requis. »*

Elle déduit de ce qui précède que « *La partie défenderesse viole [...] l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en ne procédant pas à un examen *in concreto* de l'accès à un traitement adéquat. Par ailleurs, en énonçait (sic.) que le traitement et les soins seraient accessibles en raison de l'existence de régimes assurantiels, alors que les sources citées excluent les soins spécifiquement requis par la requérante, la partie défenderesse n'a pas motivé sa décision sur des éléments exactes et vérifiables, de manière telle que la décision attaquée ne peut être considérée comme adéquatement motivée.* ».

3. Discussion

3.1.1. Sur le moyen unique, en sa seconde branche, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, 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* ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose 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, 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 suscité, 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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 la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

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

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, le Conseil relève que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse daté du 27 juillet 2017, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre de schizophrénie de type désorganisé de bonne évolution et de trouble douloureux associé, pour lesquels un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique sont nécessaires.

S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi en République démocratique du Congo (ci-après : RDC), le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué dans son rapport du 27 juillet 2017 ce qui suit :

« *Notons que le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 (PNDS) - intitulé « vers la couverture sanitaire universelle » a pour but « de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2020 ». Son objectif général est de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de façon à permettre à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Des cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD) ont été identifiées et les indicateurs d'impact relatifs ». Son objectif sectoriel est d'« Accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière. Des cibles liées aux prestations et aux autres piliers du Système de Santé ont été identifiées et les indicateurs y relatifs ».*

Notons que le Congo (Rép. dém.) développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale. Et, depuis le lancement du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé en septembre 2012, de plus en plus de Congolais adhèrent aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Citons à titre d'exemple, la MUSU à Kinshasa. La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle (en moyenne 2,5 à 4,5 dollars/mois), les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (Rép. dém.).

Si l'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix⁶. Par ailleurs, à Kinshasa, les dix hôpitaux et la soixantaine de centres de santé qui sont gérés par le BDOM ont signé des conventions avec trois mutuelles de la ville. Chaque mois, le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles plus ou moins 50 000 dollars pour environ 20 000 bénéficiaires, dont le nombre va croissant⁷. Ce qui permet à ces hôpitaux de renouveler l'appareillage, d'assurer la remise à niveau du personnel soignant et d'améliorer la qualité des soins.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas⁸, OMS⁹, CTB¹⁰ sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

De plus, d'après sa demande d'asile, l'intéressée a encore de la famille vivant au Congo (Rép. dém.) et a déclaré dans sa demande d'asile que son frère et ses cousins ont organisé et financé son voyage vers la Belgique. Etant arrivée en Belgique fin 2010, on peut en conclure que l'intéressée a vécu la majorité de sa vie au Congo (Rép. dém.) et qu'elle 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 au Congo (Rép. dém.) et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Rappelons 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)

Il n'en reste pas moins que l'intéressée peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rép. dém.). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Les soins sont donc accessibles au Congo (Rép. Dém.). ».

3.3.1. Le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante, que cette évaluation de l'accessibilité en RDC du traitement et du suivi nécessaires à la requérante ne permet pas de comprendre pour quelles raisons le médecin conseil a estimé, sur la base des documents cités figurant au dossier administratif et de la situation individuelle de la requérante, que les soins et le traitement dont elle a besoin sont accessibles dans son pays d'origine.

Relativement au Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, le Conseil estime, comme indiqué en substance par la partie requérante, que les éléments qui y figurent ne permettent aucunement de déduire une accessibilité effective aux soins et suivi requis au pays d'origine. Le Conseil souligne que ce plan ne fait pas état de résultats concrets mais bien d'une stratégie ou, autrement dit, d'objectifs fixés, ce qui est notamment confirmé par le fait qu'il est précisé dans ce document que l'évaluation du Plan national de développement sanitaire 2011-2015 « *a relevé que le PNDS 2011-2015 n'a pas été véritablement mis en œuvre* » (p. 15). Le Conseil relève en outre que les conclusions du médecin-conseil quant à l'accessibilité des soins reposent sur une lecture parcellaire de ce document lequel précise notamment que « *La faiblesse de l'accessibilité financière est le problème principal qui limite l'utilisation des services de soins* » (p. 34).

3.3.2. A propos des mutuelles de santé mentionnées, le Conseil observe tout d'abord s'agissant de l'ordonnance reprise en note de bas de page 3, qu'il ne s'agit aucunement d'une ordonnance d'organisation et/ou de création de mutuelles de santé mais d'une ordonnance présidentielle d'attribution des compétences ministérielles, laquelle n'a donc aucune pertinence pour faire état de l'accessibilité aux soins et suivi nécessaires au pays d'origine.

Le Conseil remarque, ensuite, à l'instar de la partie requérante, que le médecin-conseil se base sur un article de presse « Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles », qui apporte des informations imprécises et parcellaires sur l'existence de mutuelles en RDC ainsi que sur le Bureau diocésain des œuvres médicales. Ce document ne permet pas de déterminer, concrètement, si la requérante pourrait s'affilier à une de ces mutuelles, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts. Il en va de même des prestations offertes par le Bureau diocésain des œuvres médicales. Le Conseil relève par ailleurs que l'article mentionne que « *Dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation se présentent, en cas de maladie, dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires en ophtalmologie, dans les petites et moyennes chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée...* », de sorte que le médecin conseil n'a nullement cherché à déterminer si les soins primaires mentionnés, outre qu'ils semblent être uniquement ophtalmologiques, couvrent les soins et médicaments dont a besoin la requérante.

S'agissant des articles relatifs à la MUSU et à la MUSECKIN, outre le fait qu'ils sont anciens et ne permettent pas d'établir l'accessibilité actuelle des soins au pays d'origine, comme cela est soutenu par la partie requérante, le Conseil relève que la MUSECKIN est la mutuelle des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, de sorte que l'article y relatif n'est nullement pertinent en l'espèce pour établir ladite accessibilité, la requérante n'ayant pas invoqué être enseignante dans une école catholique de Kinshasa. Partant, la référence faite dans cet article au Bureau diocésain des œuvres médicales ne semble pas plus pertinente en l'espèce.

Quant à la MUSU, le Conseil relève qu'il ressort du document figurant au dossier administratif que rien ne prouve que les soins nécessaires à la requérante seront couverts par cette mutuelle, l'article précisant que les prestations suivantes sont assurées : les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC. Force est, dès lors, de constater que rien n'indique que le médicament nécessaire à la requérante figurerait dans cette liste des médicaments essentiels et que le suivi en psychiatrie ferait partie des soins de santé primaires.

3.3.3. S'agissant de l'aide extérieure consacrée à la santé qui serait « non négligeable » en RDC, le Conseil ne peut que relever que la référence à diverses organisations telles que Caritas, l'OMS, et la CTB, n'est pas pertinente, au vu des soins de santé offerts par ces organisations.

Il en va d'autant plus ainsi que l'article relatif à l'OMS fait état de lutte contre les endémies, le sida et la sécurité transfusionnelle, et de prévisions en matière de tuberculose, de malnutrition, de paludisme et de maladies diarrhéiques des enfants, mais ne mentionne nullement les problèmes psychiatriques. Le document relatif à la CTB mentionne quant à lui deux projets dans le domaine de la santé, qui ne concerne pas plus la pathologie psychiatrique de la requérante. Quant à la stratégie de l'OMS en RDC, force est de constater qu'elle relativise également l'accès aux soins dans ce pays, celle-ci indiquant notamment qu'un des principaux défis est de mettre en place un système de financement permettant l'équité dans l'accès aux soins (p. X).

3.3.4. Quant à la mention dans l'avis médical du fait que « *rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir au Congo (Rép. dém.) et/ou l'aider financièrement si nécessaire* », le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante qu'outre le fait qu'elle n'est nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe, elle ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitement et suivi nécessaires à la requérante. En effet, la référence à la solidarité familiale ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles l'étranger serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

3.4. En conséquence, en se référant à ces divers éléments, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que la requérante aurait, à son retour au pays d'origine, un accès effectif aux soins et suivi requis.

Partant, force est de constater que la motivation de la décision entreprise est insuffisante à cet égard que la partie défenderesse a violé l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.5. L'argumentation développée en termes de note d'observations n'est pas de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent.

En effet, la partie défenderesse se contente d'affirmer que « *Rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir au Congo et/ou l'aider financièrement si nécessaire. En termes de recours, la partie requérante estime que cette motivation n'est pas suffisante mais ne contredit pas la conclusion du médecin-conseil. La partie défenderesse en déduit que cette affirmation permet de conclure à l'accessibilité des soins au pays d'origine.*

 », alors qu'il appartient à la partie défenderesse de démontrer l'accessibilité aux soins et non de faire reposer son raisonnement sur des suppositions non étayées et non démontrées. Le Conseil rappelle à cet égard que s'il ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence

prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

La partie défenderesse soutient par ailleurs que la partie requérante se limite à prendre le contrepied de l'avis médical, ce qui s'avère erroné au vu des considérations qui précèdent, et qu'elle reste en défaut de démontrer en quoi le retour de la requérante dans son pays d'origine serait constitutif d'un risque de traitement inhumain et dégradant, alors que l'application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 englobe l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (ci-après la CEDH), au regard duquel il n'est pas déterminant que la situation de la requérante soit moins favorable dans son pays d'origine qu'en Belgique..

Sur ce dernier point, le Conseil observe que la partie requérante ne se prévaut nullement d'une violation de l'article 3 de la CEDH mais bien d'une méconnaissance de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 et de l'insuffisance de la motivation de la décision querellée.

A titre surabondant, le Conseil souligne que le champ d'application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

En effet, l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (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^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

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

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 n° 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.

3.6. Il résulte de ce qui précède que la seconde branche du moyen est, dans la mesure précitée, fondée et suffit à l'annulation de l'acte attaqué.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner l'autre branche du moyen qui, à la supposer fondée, ne pourrait entraîner 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.

La décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, prise le 1^{er} août 2017, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le douze avril deux mille dix-huit par :

Mme E. MAERTENS, président de chambre,

Mme D. PIRAUT, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

D. PIRAUTX E. MAERTENS