



Arrêt

n° 216 205 du 31 janvier 2019
dans X / III

En cause : 1. X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. DIONSO DIYABANZA
Rue des Alcyons 95
1082 BRUXELLES

Contre :

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

LE PRÉSIDENT DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 1^{er} juin 2012, par X, X, X et X, qui déclarent être de nationalité géorgienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet des demandes d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 7 mars 2012.

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 l'ordonnance d'attribution à la IIIème chambre du 7 novembre 2012.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 24 septembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 16 octobre 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me J.-C. KABAMBA MUKANZ *loco* Me C. DIONSO DIYABANZA, 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. Les requérants ont déclaré être arrivés en Belgique le 9 août 2009.

1.2. Le lendemain, ils ont introduit des demandes d'asile. Le 23 novembre 2009, la partie défenderesse a demandé la reprise en charge des requérants à la Pologne. La Pologne a accepté cette demande le 26 novembre 2009.

1.3. Par courrier recommandé du 20 octobre 2009, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, en raison de l'état de santé du premier requérant. Le 19 janvier 2010, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un avis.

Le 20 janvier 2010, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Cette décision a été annulée par l'arrêt n° 48 072 du Conseil du 14 septembre 2010.

1.4. Le 25 janvier 2010, la partie défenderesse a pris à leur égard des décisions de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire (annexes 26^{quater}). Ces décisions ont été annulées par les arrêts n°48 073, s'agissant des deuxième, troisième et quatrième requérants, et n° 48 074, s'agissant du premier requérant, tous deux prononcés par le Conseil le 14 septembre 2010. La demande d'asile des requérants est, dès lors, redevenue pendante. Il ressort d'un courrier du 24 septembre 2013 que les requérants sont présumés avoir renoncé à leurs demandes d'asile.

1.5. Par courrier recommandé du 18 février 2010, les requérants ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, en raison des problèmes de santé du premier requérant, laquelle a été complétée par télécopies des 20 septembre 2010 et 26 juillet 2011.

Cette demande a été déclarée recevable par la partie défenderesse en date du 22 septembre 2010.

1.6. Le 21 février 2012, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis quant à l'état de santé du premier requérant.

1.7. En date du 7 mars 2012, la partie défenderesse a pris à l'égard des requérants une décision rejetant les demandes d'autorisation de séjour visées aux points 1.3. et 1.5. du présent arrêt, et un ordre de quitter le territoire, leur notifié le 16 mai 2012.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de rejet des demandes d'autorisation de séjour :

« Monsieur [G.D.T.] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers (OE) a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 21.02.2012, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et du suivi nécessaire sont disponibles au pays d'origine, la Géorgie.

Dès lors, sur base de l'ensemble de ces informations et étant donné que l'état de santé du patient ne l'empêche pas de voyager, le médecin de l'OE conclut dans son avis qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour dans le pays d'origine, la Géorgie.

Concernant l'accessibilité des soins, notons que des recherches menées sur le site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé en Europe nous apprennent que depuis la réforme (sic.) du système de santé en 2006 en Géorgie, les personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté peuvent bénéficier de bons pour une assurance santé privée de leur choix financés par des fonds publics pouvant ainsi couvrir leur besoin en soins de santé.

Notons également, que l'intéressé est en âge de travailler et qu'il ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine.

Rien ne démontre donc qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. Il en est de même pour son épouse ([T.B.]) que rien n'empêche d'être également disponible sur le marché de l'emploi (sic.) en Géorgie afin d'aider financièrement son mari si cela s'avérait nécessaire. Les soins sont donc disponibles et accessibles en Géorgie.

Le rapport de (sic.) 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,

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

2) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe (sic.) 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. ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

« L'intéressé séjourne depuis plus longtemps dans le Royaume que le délai stipulé conformément à l'article 6 ou ne parvient pas à fournir la preuve qu'il n'a pas dépassé ce délai (art. 7, alinéa 1, 2° de la loi du 15 décembre 1980). ».

1.8. Par courrier recommandé du 1^{er} juin 2012, les requérants ont introduit une troisième demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

Le 25 juin 2012, la partie défenderesse a pris une décision déclarant irrecevable cette dernière demande d'autorisation de séjour et des ordres de quitter le territoire, leur notifiés le 14 novembre 2012. Le recours en suspension et annulation introduit contre cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 216 203, prononcé le 31 janvier 2019 par le Conseil.

1.9. Par courrier recommandé du 14 février 2013, les requérants ont introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, relative à l'état de santé du premier requérant.

Le 10 juillet 2013, la partie défenderesse a pris à leur égard une décision déclarant cette demande recevable. Le 27 janvier 2014, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis.

Le 5 février 2014, la partie défenderesse a pris une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que des ordres de quitter le territoire (annexes 13), leur notifiés le 25 mars 2014.

Le 18 avril 2014, la partie requérante a introduit un recours en suspension et annulation contre ces décisions. Le 20 novembre 2017, la partie requérante a également introduit une demande de mesures urgentes et provisoires, visant à faire examiner en extrême urgence la demande de suspension susmentionnée. Par son arrêt n° 195 460 du 23 novembre 2017, le Conseil a accueilli la demande de mesures provisoires et a rejeté la demande de suspension. Par son arrêt n° 200 263 du 26 février 2018, le Conseil a constaté le désistement d'instance quant à la requête en annulation, la partie requérante n'ayant introduit aucune demande de poursuite de la procédure suite au rejet de sa demande de suspension.

1.10. Le 2 juin 2014, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9^{bis} de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse en date du 13 décembre 2016. Le recours en annulation introduit contre cette décision d'irrecevabilité est actuellement pendant devant le Conseil.

Par courrier daté du 22 février 2017, les requérants ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{bis} de la loi du 15 décembre 1980. Le 17 mai 2017, la partie défenderesse a

rejeté cette demande. Le recours en suspension et annulation introduit contre cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 213 041 du 27 novembre 2018 du Conseil.

1.11. Le 14 novembre 2017, la partie défenderesse a pris à l'égard des premier et quatrième requérants, deux ordres de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexes 13septies) et deux interdictions d'entrée (annexes 13sexies).

Les deux ordres de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement ont été suspendus par l'arrêt n° 195 495 du 24 novembre 2017. Ils ont ensuite été annulés par les arrêts n° 198 059 (s'agissant du premier requérant) et n° 198 060 (s'agissant du quatrième requérant), prononcés le 16 janvier 2018 par le Conseil.

Les recours en suspension et annulation introduit contre les interdictions d'entrée ont été rejetés par les arrêts n° 199 914 (s'agissant du premier requérant) et n° 199 915 (s'agissant du quatrième requérant), rendus le 20 février 2018 par le Conseil.

2. Application de l'article 39/68-3 de la loi du 15 décembre 1980

2.1. Aux termes de l'article 39/68-3, § 2, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'inséré par l'article 2 de la loi du 2 décembre 2015 (M.B., 17 décembre 2015, en vigueur depuis le 1er mars 2016), « *Lorsqu'une partie requérante introduit une requête recevable à l'encontre d'une décision prise sur la base de l'article 9ter, alors qu'un recours contre une décision prise antérieurement à son encontre sur la base de l'article 9ter est encore pendant, le Conseil statue sur la base de la dernière requête introduite. La partie requérante est réputée se désister du recours introduit antérieurement, sauf si elle démontre son intérêt* ».

Selon l'article 6 de la loi du 2 décembre 2015, susvisée, figurant dans un Chapitre 3, intitulé « Dispositions transitoires et entrée en vigueur » : « *En ce qui concerne les demandes d'autorisation de séjour introduites successivement sur la base de l'article [...] 9ter de la loi du 15 décembre 1980, avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, ayant fait l'objet de décisions de refus contre lesquelles plusieurs recours ont été introduits avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, seule la dernière requête introduite sera examinée. Dans ce cas, la partie requérante est réputée se désister des recours introduits antérieurement, sauf si elle démontre son intérêt. La procédure de l'article 39/68-3, § 3, de la loi du 15 décembre 1980 s'applique.* ».

2.2. Le premier acte attaqué consiste en une décision de la partie défenderesse du 7 mars 2012, par laquelle les demandes d'autorisation de séjour, introduites les 20 octobre 2009 et 18 février 2010 sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ont été rejetées.

Le 3 décembre 2012, la partie requérante a introduit une requête recevable, à l'encontre d'une décision de la partie défenderesse, du 25 juin 2012, lui notifiée le 14 novembre 2012, par laquelle la demande d'autorisation de séjour, introduite le 1^{er} juin 2012 sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, est déclarée irrecevable. Ce recours est enrôlé sous le numéro 113 737.

En vertu de l'article 39/68-3, § 2, de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil statuera en principe sur la base de la dernière requête introduite, à savoir la requête enrôlée sous le numéro 113 737.

2.3. Interrogée quant à l'application, en l'espèce, du nouvel article 39/68-3, § 2, de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante fait valoir, lors de l'audience, maintenir un intérêt au recours, dès lors que la première décision attaquée est ici une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, dans le cadre de laquelle la partie défenderesse a examiné la question de l'accessibilité des soins au pays d'origine, contrairement à ce qui est le cas de la décision attaquée dans le cadre du recours enrôlé sous le numéro 125 841. La partie défenderesse s'est, quant à elle, contentée de se référer aux écrits de la procédure.

Le Conseil estime que par cette argumentation, la partie requérante a suffisamment démontré son intérêt au présent recours, introduit contre une décision du 7 mars 2012 rejetant la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le Conseil considère que l'introduction par la partie requérante d'un recours contre une décision d'irrecevabilité sur base de l'article 9ter, § 3, 3°, de la loi du 15 décembre 1980 d'une demande d'autorisation de séjour ultérieure, en raison de l'absence de dépôt du certificat médical type, ne permet nullement de conclure

qu'elle n'a plus d'intérêt à l'annulation de la première décision attaquée. En effet, cette dernière a été prise suite à l'examen de la demande d'autorisation de séjour sous l'angle des critères de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980. Dès lors, en cas d'annulation de la première décision entreprise, la recevabilité des deux premières demandes des requérants étant acquise, la partie défenderesse devra examiner ces demandes au fond, ce qui n'est pas le cas dans le cadre du recours enrôlé sous le numéro 113 737, et pourrait l'amener à déclarer cette demande fondée.

Partant, il ne peut nullement être déduit que par l'introduction d'un recours contre une décision ultérieure du 25 juin 2012, la partie requérante a entendu se désister du présent recours.

3. Exposé du moyen d'annulation

La partie requérante prend notamment un deuxième moyen de

- *« de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et*
- *des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'entrée sur le territoire, le séjour, rétablissement et l'éloignement des étrangers,*
- *de l'erreur manifeste d'appréciation et excès de pouvoir,*
- *de la violation de principes généraux de bonne administration, dont le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause et que le principe de proportionnalité ».*

Elle rappelle la portée de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle conteste que les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Elle fait grief à la partie défenderesse de s'être fondée que *« des pétitions de principe sans tenir compte de la réalité sur le terrain, très éloignée des discours officiels destinés à faire bonne presse »*. Elle soutient que la partie défenderesse n'a pas procédé à une analyse concrète de l'accessibilité des soins en Géorgie. Elle critique les sites sur lesquels le médecin conseil de la partie défenderesse s'est fondé pour estimer que les soins sont disponibles au pays d'origine. Elle reproche à la partie défenderesse de s'être fondée sur des informations d'ordre général, qui ne rencontrent nullement celles fournies par les requérants, notamment en termes de coûts exorbitants du traitement de l'hépatite C en Géorgie. Elle se réfère à un rapport de l'Organisation suisse d'Aide aux Réfugiés (ci-après l'OSAR) du 7 juin 2005, intitulé *« Géorgie : Les modalités de prise en charge de l'hépatite C et le traitement des toxicomanes »*, dont elle reproduit un extrait, et prétend que la partie défenderesse n'a pas eu égard à ces arguments, de sorte qu'elle n'a pas permis aux requérants de comprendre les motifs de la première décision entreprise. Elle considère, dès lors, que *« la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillis (sic.) à son initiative sans tenir compte du rapport de l'OSAR précité invoqués (sic.) par les requérants afin d'appuyer leurs déclarations et donc sans répliquer au contenu du document ; Que dans ces conditions, il appert que la partie défenderesse n'a pas motivé adéquatement sa décision s'agissant de la disponibilité ainsi que l'accessibilité des soins dans le pays d'origine »*. Elle souligne la portée de l'obligation de motivation formelle incombant à la partie défenderesse ainsi que celle du contrôle de légalité. Elle déduit de ce qui précède que *« la partie défenderesse a ainsi manifestement violé l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 en déniaut au premier requérant l'accès au séjour pour motif médical alors que ce dernier souffre manifestement d'affections entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans la mesure il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne »*.

4. Discussion

4.1.1. Sur le deuxième moyen, le Conseil souligne qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 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 »*.

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 datant de moins de trois mois précédent le dépôt de la demande*

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 du 15 décembre 1980, 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.

4.1.2. Le Conseil rappelle en outre que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. 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.

Le Conseil rappelle enfin que, dans le cadre du 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 a donné des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation.

4.2. En l'espèce, la première décision entreprise est notamment fondée sur un rapport établi par le médecin conseil de la partie défenderesse en date du 21 février 2012 sur la base des certificats médicaux produits par les requérants, dont il ressort que le premier requérant souffre d'hépatite C chronique active, nécessitant un traitement médicamenteux et un suivi. Si le médecin conseil précise que « *Depuis ce dernier certificat du Dr [S.F.], nous n'avons plus eu de documents médicaux nous permettant de suivre l'évolution et la guérison de l'hépatite C chronique active de M. Gouliachvili. En ce qui concerne l'évolution dans les conditions décrites : 3^E, avec une négativation rapide de l'ARN viral est de bon pronostic avec un traitement relativement court de 16 à 24 semaines jusqu'à 48 semaines pour les cas les plus résistants. Ce qui signifie qu'au pire le traitement est terminé depuis 1 mois et que le requérant ne souffre plus actuellement d'une pathologie active* », conclusion qui n'est pas contestée par la partie requérante, celui-ci a toutefois jugé utile de procéder à l'analyse de la disponibilité des soins au pays d'origine. Le médecin conseil a d'ailleurs conclu que « *Monsieur [G.] a présenté une hépatite chronique active, traitée par la combinaison classique Interféron/Ribavirine. Ce traitement dans les cas les plus difficiles se prolonge pendant 48 semaines. En l'occurrence et sans éléments médicaux depuis la fin mars 2011, l'intéressé peut être considéré comme guéri. Cependant, il doit encore être suivi tous les 6 mois afin de prévenir toute récurrence, peu fréquente dans le cas de Monsieur [G.] Les médicaments, l'équipement et le personnel sont disponibles en Géorgie et rien d'un point de vue médical, puisque l'intéressé peut voyager, ne contraindre un retour du requérant en Géorgie.* ».

La partie défenderesse a indiqué dans la première décision entreprise que les soins sont accessibles au pays d'origine des requérants et a donc estimé devoir procéder à cet examen malgré les considérations susmentionnées du médecin conseil.

Dès lors, au vu des arguments de la partie requérante, le Conseil estime devoir vérifier si dans le cadre de cet examen de l'accessibilité des soins jugé nécessaire par la partie défenderesse, elle a pris en considération tous les éléments de la cause, n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation et si elle a suffisamment et adéquatement motivé la première décision à cet égard.

S'agissant de l'accessibilité des soins en Géorgie, la partie défenderesse s'est fondée sur un rapport de l'OMS de 2009, intitulé « Health Systems in Transition, Géorgie, Health System Review 2009 », lequel figure au dossier administratif, et a indiqué ce qui suit : « Concernant l'accessibilité des soins, notons que des recherches menées sur le site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé en Europe nous apprennent que depuis la réforme (sic.) du système de santé en 2006 en Géorgie, les personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté peuvent bénéficier de bons pour une assurance santé privée de leur choix financés par des fonds publics pouvant ainsi couvrir leur besoin en soins de santé.

Notons également, que l'intéressé est en âge de travailler et qu'il ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine.

Rien ne démontre donc qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. Il en est de même pour son épouse (T.B.J) que rien n'empêche d'être également disponible sur le marché de l'emploi (sic.) en Géorgie afin d'aider financièrement son mari si cela s'avérait nécessaire. Les soins sont donc disponibles et accessibles en Géorgie.

4.3.1. A cet égard, la partie requérante reproche à la partie défenderesse de s'être fondée sur une information générale, sans avoir eu égard aux informations fournies par les requérants, notamment en termes de coûts exorbitants du traitement de l'hépatite C en Géorgie, et d'avoir uniquement examiné leur demande d'autorisation de séjour sous l'angle des informations qu'elle a recueillies, sans tenir compte du rapport de l'OSAR du 7 juin 2005, intitulé « Géorgie : Les modalités de prise en charge de l'hépatite C et le traitement des toxicomanes », et de son contenu.

Dans sa demande d'autorisation de séjour du 18 février 2010, les requérants avaient notamment fait valoir en se référant au rapport de l'OSAR précité, s'agissant de l'accessibilité des soins au pays d'origine, que « Le suivi de la pathologie risquerait [...] d'être sérieusement compromis en cas de retour prématuré en Géorgie où l'accessibilité aux soins de santé reste un luxe, en l'absence de système de sécurité sociale efficient.

En effet, en Géorgie, à l'instar des autres pays de l'Europe de l'Est, les services (sic.) publics de santé sont durement touchés par la situation économique que traverse la région. La grave « crise des soins » qui en résulte frappe une population déjà appauvrie, de plus en plus vulnérable aux maladies chroniques et à la progression croissante d'épidémies comme le sida et dont l'espérance de vie, en fin de compte, se réduit.

L'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés, en abrégé l'OSAR, observe le développement de la Géorgie depuis plusieurs années, c'est sur la base de rapport d'experts et de ses propres recherches qu'elle a publié un rapport le 7 juin 2005, intitulé « **Géorgie : Les modalités de prise en charge de l'hépatite C et le traitement des toxicomanes.** ».

Ce rapport nous livre les enseignements suivants :

1. Comment se présente le système de santé en Géorgie ?

En Géorgie, les soins sont presque toujours payants. De ce fait, peu de Géorgiens peuvent y accéder. Les programmes de soins complexes sont souvent impossibles, du fait du manque de ressource de l'Etat. La Croix Rouge géorgienne part du principe que le traitement des maladies chroniques n'est pas possible.

Indépendamment de l'existence théorique d'un accès aux soins libres pour certaines maladies et d'un règlement juridique d'assurance maladie obligatoire (type SS), la population géorgienne doit payer presque tous les frais elle-même.

En plus des frais de traitement (examens, médicaments...), les patients doivent aussi payer les médecins, le personnel soignant et le lit. En 2003, les frais journaliers pour un lit à l'hôpital s'élevaient à 27 CHF. Il fallait compter 10 CHF par jour pour les médecins et 3.5 CHF par jour pour les infirmières. Pour la majorité de la population, le paiement de ces sommes d'argent "au noir" empêche un traitement médical adapté à la maladie.

Du fait de la situation socio-économique dégradée, de nombreux patients ne recourent aux soins qu'en cas de maladie grave, le coût des traitements étant trop élevés.

En cas d'accident, le traitement d'urgence est assuré, mais le suivi à l'hôpital n'est possible que si la famille ou des amis prennent en charge les frais.

L'ensemble du système de santé est le plus souvent de nature informelle et les lois sur l'assurance maladie ainsi que les programmes de soins restent très théoriques. Il existe une assurance maladie obligatoire mais en réalité seule une très petite part de la population est couverte. La plus grande partie des géorgiens (sic.) n'ont qu'une chance très faible d'en profiter, pour 50% d'entre eux l'accès est limité, pour 30% les soins sont inaccessibles. Globalement 40% du budget de santé bénéficie à 2.5% de la population.

2. Quelles sont les possibilités de traitement de l'hépatite C ?

Quand ils existent, les traitements des maladies chroniques relevant de la médecine interne ne sont possibles que dans les grandes villes. Les patients porteurs d'une hépatite virale chronique peuvent être soignés au «Georgian Infections Diseases, Aids&Clinical Immunology Research Center» à Tbilissi, qui seul est capable d'assurer une surveillance à long terme.

L'accès au traitement des hépatites C, du fait du coût très élevé des thérapies et des médicaments, est rendu quasiment impossible. Un examen médical (biologie moléculaire du foie) coûtait en 2002 environ 1000 US \$. Selon un téléphone avec la médecin responsable dans ce centre, le traitement, tel que conseillé par le département de gastro-entérologie et d'hépatologie de l'hôpital universitaire de Zurich pour un patient pris en charge, coûterait 9000 US \$. Ceci pour un traitement de 6 mois à base d'interferon (Pegylie rt) et Ribavarin ou 6000 US \$ avec l'Interferon normal.

Les frais pour le traitement et les médicaments ne sont ni pris en charge par l'Etat ni par une assurance médicale, le patient doit les assumer seul. Du fait des frais très élevés, ce traitement n'est pas accessible pour la plupart des patients. » (souligné par le Conseil).

4.3.2. Le Conseil observe à cet égard que le médecin conseil de la partie défenderesse répond à cette argumentation des requérants, en se référant d'une part à la possibilité de recourir à des bons pour une assurance-santé privée financés par des fonds publics et par la capacité des requérants à travailler pour financer leurs soins de santé.

Le Conseil estime, toutefois, qu'une telle réponse s'avère inadéquate pour rencontrer l'argumentation étayée par les requérants, de difficultés concrètes d'accès aux soins de santé, en raison des difficultés à avoir accès à une assurance-maladie, qui reste très théorique, et des coûts exorbitants des soins relatifs à l'hépatite C, maladie dont souffre le premier requérant. Cette réponse ne témoigne d'ailleurs pas d'une quelconque prise en considération des arguments développés dans leur demande d'autorisation de séjour, pas plus que des documents qu'ils ont déposés à cet égard.

En effet, force est de constater, à l'instar de la partie requérante, que la partie défenderesse s'est fondée uniquement sur des informations théoriques relative à l'existence de « *bons pour une assurance santé privée de leur choix financés par des fonds publics pouvant ainsi couvrir leur besoin en soins de santé* », sans avoir égard ni aux arguments de la partie requérante à ce sujet dans la demande d'autorisation de séjour, ni aux documents qu'elle y a annexés.

Le Conseil relève par ailleurs que la partie défenderesse a passé sous silence d'autres éléments du rapport de l'OMS, remettant en cause le fait que les soins seraient accessibles aux requérants dans leur pays d'origine, notamment le fait que « *Financial barriers in accessing care remain important, particularly for the poor, even if those living in extreme poverty have cover [...]. Other surveys have found charges to have a strong deterrent effect on low-income households to access necessary services, even where such services should in theory be provided free of charge [...].* » (p.100, « Il reste des barrières financières importantes dans l'accès aux soins de santé, particulièrement pour les pauvres, même si les personnes vivant dans une extrême pauvreté sont couverts [...]. Selon d'autres études, les coûts ont un gros effet dissuasif sur les ménages à bas revenus pour accéder aux services nécessaires, même lorsque ces services sont en théorie gratuits [...]. », traduction libre de l'anglais).

De surcroît, force est de constater qu'au vu des arguments de la partie requérante concernant le coût du traitement pour l'hépatite C, la partie défenderesse ne pouvait se contenter de renvoyer à la capacité des requérants à travailler pour financer les soins du premier requérant. Le Conseil souligne sur ce point que cette affirmation non étayée 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 traitements et suivi nécessaires au premier requérant. En effet, la référence à la capacité à travailler 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, et ce d'autant plus que la partie requérante a soulevé, document à l'appui, le coût exorbitant des dépenses relatives aux soins de l'hépatite C en Géorgie.

Dans ces circonstances, la partie défenderesse ne pouvait se contenter de motiver le premier acte attaqué par un simple renvoi à la possibilité théorique de recourir à des bons pour une assurance-santé privée, financés par des fonds publics, et à la capacité des requérants de travailler, sans expliquer les raisons pour lesquelles les constats posés dans la demande d'autorisation de séjour et dans les documents y annexés par la partie requérante et faisant état de difficultés concrètes d'accès financier aux soins nécessités par l'hépatite C (pathologie ayant justifié l'introduction de la demande

d'autorisation de séjour pour raisons médicales), et non contestées par la partie défenderesse, ne pouvaient suffire à cet égard.

4.3.3. Il s'ensuit que la partie défenderesse n'a pas pris en considération tous les éléments de la cause et que la motivation de la première décision attaquée n'est pas suffisante ni adéquate au regard des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

4.4. Les considérations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations, ne sont pas de nature à remettre en cause les développements qui précèdent.

D'une part, la partie défenderesse « *s'interroge sur l'intérêt que le requérant aurait au moyen dans la mesure où il paraît ne pas prendre en considération un élément fondamental à l'appréciation des faits de la cause, à savoir le constat du fonctionnaire médecin de la partie adverse dont il résultait que n'ayant pas reçu de nouveaux documents médicaux concernant l'évolution de l'hépatite C chronique active depuis le 29 mars 2011, alors que le traitement par interféron/ribavirine a débuté le 7 février 2011 et qu'il est donc terminé depuis plus d'un mois, la recherche des disponibilités dans le pays d'origine n'est plus nécessaire, les références visées dans le rapport médical n'ayant été envisagées que dans le cadre d'une éventuelle récurrence* ». Or, force est de constater que la partie défenderesse n'a nullement repris dans la première décision attaquée le constat de guérison du premier requérant, lequel figure uniquement dans l'avis médical du 21 février 2012, et qu'elle a estimé devoir examiner l'accessibilité des soins en Géorgie sans préciser que cet examen ne serait pas nécessaire, et à tout le moins, en raison d'un risque de récurrence. Partant, dans la mesure où la partie défenderesse a estimé nécessaire de se prononcer sur la question de l'accessibilité aux soins, elle se devait d'effectuer cet examen avec rigueur, de sorte que le Conseil estime devoir se prononcer sur la légalité de cette analyse, qui ne semble nullement constituer une motivation surabondante de la première décision querellée, comme semble le prétendre la partie défenderesse dans sa note d'observations.

Quant à l'argument de la partie défenderesse selon lequel « *Le requérant critique également l'analyse que la partie adverse avait pu faire de la question de l'accessibilité aux soins, en se référant à cet égard aux informations obtenues auprès de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés et plus particulièrement, au rapport de cette organisation datant du 7 juin 2005. Cependant, le requérant ne paraît pas prendre en considération que les références de la partie adverse obtenues sur le site de l'Organisation Mondiale de la Santé en Europe dataient, quant à elles, de 2009 avec pour conséquence que l'on ne s'explique pas pour quel motif la partie adverse ne devrait pas être crue au vu d'une source vieille de plusieurs années et visée par le requérant* », le Conseil relève qu'elle n'est nullement de nature à contredire les lacunes relevées par le rapport de l'OMS quant à l'accès aux soins de santé en Géorgie. En tout état de cause, force est de constater qu'il s'agit là d'une motivation *a posteriori* de la première décision entreprise, à laquelle le Conseil ne peut avoir égard dans le cadre de son contrôle de légalité.

4.5. Il résulte de ce qui précède que le deuxième moyen est, dans la mesure précitée, fondé et suffit à l'annulation du premier acte attaqué.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4.6. Le deuxième acte attaqué s'analysant comme étant l'accessoire du premier, il convient de l'annuler également.

5. Débats succincts

5.1. 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.

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

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

Article 1^{er}

La décision de rejet des demandes d'autorisation de séjour, prise le 7 mars 2012 et l'ordre de quitter le territoire, pris en son exécution, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente et un janvier deux mille dix-neuf par :

Mme E. MAERTENS,	présidente de chambre,
Mme A. KESTEMONT,	greffière.

La greffière,	La présidente,
---------------	----------------

A. KESTEMONT

E. MAERTENS