



Arrêt

**n° 217 228 du 21 février 2019
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. GRINBERG
 Rue de l'Aurore 10
 1000 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 F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 6 août 2014, par X, qui déclare être de nationalité indienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire, pris le 17 avril 2014.

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 8 novembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 29 novembre 2018.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. AVALOS DE VIRON loco Me M. GRINBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS loco Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRÈS EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La partie requérante précise être arrivée en Belgique « *il y a plusieurs années* ».

Après une autre demande qui n'a pas abouti favorablement pour la partie requérante, le 6 mars 2013, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 11 juillet 2013, cette demande a été déclarée recevable.

1.2. Le 17 avril 2014, la partie défenderesse a pris à l'égard de la partie requérante une décision déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour précitée et un ordre de quitter le territoire. Ces deux décisions ont été notifiées à la partie requérante le 23 juillet 2014.

Ces décisions constituent les actes attaqués.

La décision rejetant la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 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.

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers l'Inde, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 15.04.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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 un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il 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. »

L'ordre de quitter le territoire est motivé comme suit :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

L'intéressé n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable »

2. Exposé du moyen d'annulation.

Le Conseil précise que les notes de bas de page figurant dans la requête sont ici omises même s'il en sera évidemment tenu compte dans l'examen de la requête.

2.1. La partie requérante prend un **moyen unique** de la violation :

« - des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;

- des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;

- de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales,

- des articles 41, 47, 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne,

- des principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, du défaut de motivation et de l'erreur manifeste d'appréciation. »

2.2.1. Dans une **première branche**, la partie requérante s'exprime comme suit :

« La partie adverse prétend que les soins médicaux et les suivis nécessaires seraient disponibles en Inde.

Pour rappel, le traitement du requérant consiste en :

- un traitement médicamenteux composé de Metformine, d'Uni-Diamicron, d'Amlogal, de Zolpidem, de Sipralexa, d'Alprazolam et de Fero Gradumet ;
- un suivi régulier par un médecin généraliste, un cardiologue, un endocrinologue et un psychologue.

Le requérant a communiqué, par le biais de sa demande du 6 mars 2013, différents rapports concernant l'accès aux soins de santé en Inde, et plus particulièrement aux soins pour les personnes diabétiques.

Ces documents attestent des problèmes d'accès aux soins pour la population indienne et cela tant en terme de coût, qu'en terme de disponibilité et d'accès géographique (voir dossier administratif).

La partie adverse ne répond nullement à ces informations objectives, claires et précises apportées par le requérant.

Elle se borne à déclarer que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 et que lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve.

Cette motivation est tout à fait inadéquate et ne rencontre en rien le contenu précis des documents joints à la demande qui ont trait très spécifiquement à sa pathologie.

Il n'est en aucun cas question de « possibles mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable » mais bien en raison d'un manque criant de médecins spécialistes, d'infrastructures adaptées et de médicaments ainsi que du coût élevé des traitements et du manque de couverture sociale.

De même, les informations déposées ont trait spécifiquement à la situation et aux besoins médicaux précis du requérant et sont manifestement pertinentes.

Votre Conseil a sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse de ces éléments, notamment dans un arrêt n°110 513 du 24.09.2013 :

« 3.2. En l'espèce, le rapport du médecin-conseil qui fonde la décision attaquée conclut à la disponibilité du traitement de la pathologie de la partie requérante de ce que : « (...) Les sources sus-mentionnées ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressée) :

Information de la base de données de MedCOI :

- de médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et sous contrat avec le bureau des conseillers médicaux du Ministère Néerlandais de l'Intérieur et des Relations du Royaume en date du cfr tableau 1 avec numéro de référence BMA – cf tableau.

De ces informations, on peut conclure que le traitement médicamenteux à base de Névirapine, d'Emtricitabine, de Ténofovir, de Sulfaméthoxazole, de Triméthoprim, les laboratoires de biologie clinique ainsi que le suivi par des médecins spécialisés en maladies infectieuses sont disponibles dans le pays d'origine : Cameroun. »

Le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que dans sa demande, la partie requérante avait invoqué plusieurs éléments tendant à établir le fait que le traitement requis par son état de santé n'était pas disponible dans son pays d'origine et avait étayé ces informations sur les documents, annexés à sa demande, suivants : (...)

Force est de constater qu'il ne ressort pas de la motivation de la décision attaquée que la partie défenderesse a tenu compte des informations et des documents susmentionnés. Dans cette perspective, le Conseil estime que, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations de motivation rappelées supra, passer outre l'analyse de cet aspect de la demande. Il lui incombait, au contraire, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine, au regard des critères stipulés par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en tenant compte des informations fournies par la partie requérante.

Or, la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte des articles invoqués par la requérante afin d'appuyer ses déclarations et donc sans répliquer au contenu desdits documents, lesquels s'avèrent toutefois pertinents en l'espèce dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en manière telle qu'elle n'a pas satisfait à son obligation de motivation ».

Dans un arrêt n°73.791 du 23 janvier 2012, il a également été jugé que :

« Le Conseil constate également que la requérante a déposé un article portant notamment sur le système de soins de santé (page 54) afin d'étayer ses propos. Dès lors, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations rappelées supra, éluder l'analyse de cet aspect de la demande. Le Conseil estime qu'il incombait, au contraire, à la partie défenderesse, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine en tenant compte de ce document.

3.4. Le Conseil précise que la partie défenderesse n'a nullement abordé cet aspect de la demande dans la décision attaqué, en telle sorte qu'elle n'a pas permis à la requérante de comprendre les motifs de la décision entreprise. En effet, force est de constater que la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte du document déposé par la requérante afin d'appuyer ses déclarations et donc sans répliquer au contenu dudit document » (en ce sens, CCE, arrêt 78.575, 30.03.2012, CCE arrêt n°81.253, 15.05.2012)

En l'espèce, la partie adverse a manifestement violé son obligation de motivation et les principes de bonne administration tels qu'énoncés au moyen.

Elle a de même commis une erreur manifeste d'appréciation de la demande du requérant, violant ainsi également l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 et l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. »

2.2.2. Dans une **deuxième branche**, la partie requérante s'exprime comme suit :

« La partie adverse prétend que les soins médicaux et les suivis nécessaires seraient disponibles en Inde.

Pour aboutir à cette conclusion, elle se réfère à l'avis du Docteur [...] du 15 avril 2014 qui a considéré que « du point de vue médical, nous pouvons conclure que l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 et la dépression bien qu'elles puissent être considérées comme des pathologies entraînant un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique si celles-ci ne sont pas traitées de manière adéquate n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Inde ».

Le Dr [...] se base sur plusieurs sources internet afin de démontrer la disponibilité des soins et des médicaments dans le pays d'origine. Ceux-ci manquent cependant de pertinence et ne permettent pas de démontrer que le traitement et le suivi nécessaires sont effectivement disponibles et accessibles en Inde.

En effet :

➤ Quant à la disponibilité des médicaments

A l'appui de son avis du 15 avril 2014, le médecin-conseil de la partie adverse se réfère à deux documents :

❖ La liste nationale des médicaments essentiels

Cette liste reprend toute une série de médicaments considérés comme essentiels dont certains sont des médicaments que doit prendre régulièrement Monsieur [S.].

Elle date cependant de 2011, soit d'il y a plus de trois ans, ce qui ne permet pas de savoir si cette liste est toujours actuelle et si les médicaments dont a besoin le requérant seraient par conséquent disponibles en cas de retour au pays.

Elle ne précise, en outre, absolument pas si ces médicaments sont disponibles dans toutes les régions du pays, dans quels hôpitaux ou pharmacies (sic) l'ont (sic) peut s'en procurer, ni en quelle quantité ils sont disponibles et à quel coût. Le simple fait de se référer à une liste indiquant que ce médicament

existe en Inde est évidemment insuffisant pour démontrer qu'il est bien disponible et que Monsieur [S.] pourra s'en procurer régulièrement en cas de retour dans son pays d'origine.

La liste des médicaments essentiels déposée par la partie adverse n'est donc pas une source pertinente et suffisamment fiable permettant de démontrer la disponibilité du traitement médicamenteux que nécessite l'état de Monsieur [S.].

En considérant le contraire, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation. Elle a, en outre, violé le principe de prudence et de minutie en produisant une liste non actualisée.

❖ *La banque de données MedCOI*

Le projet Med-COI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune concernant la disponibilité des soins au pays d'origine.

L'avis du médecin-conseil précise explicitement que « les informations fournies se limitent à la disponibilité des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'informations fournies au sujet de l'accessibilité aux soins. ».

La partie adverse admet dès lors que ces informations ne garantissent en rien l'accessibilité aux médicaments et suivis médicaux.

Les documents déposés mentionnent la disponibilité de Metformine, d'Uni-Damicron, d'Amlogal, d'Alprazolam et de Fero Gradumet et de substituts pouvant remplacer le Zolpidem et le Sipralexa.

Aucune information n'est cependant fournie sur le coût des médicaments, sur leur distribution géographique, sur les éventuelles ruptures de stock,... de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent pas de s'assurer que Monsieur [S.] bénéficiera d'un traitement adéquat en cas de retour en Inde.

Les données datent, en outre, pour certaines d'avril 2012 et pour les autres de juin 2013. Rien n'indique dès lors qu'elles sont toujours valables à l'heure actuelle.

Par conséquent, il résulte de ce qui précède que les documents déposés par la partie adverse au dossier administratif ne démontrent nullement la disponibilité ainsi que l'accessibilité des médicaments prescrits au requérant, ce qui justifie l'annulation des décisions attaquées.

➤ *Quant à la disponibilité des soins*

En ce qui concerne la possibilité de suivi par un cardiologue, un diabétologue, un psychiatre et un psychologue, la partie adverse se base uniquement sur les informations tirées des données MedCOI afin de considérer que ces suivis par des spécialistes sont disponibles en Inde.

Les mêmes remarques formulées supra concernant les données provenant de MedCOI et l'actualité de celles-ci sont également valables en l'espèce.

La partie adverse se contente de ces informations afin de démontrer que le requérant pourrait bénéficier d'un suivi régulier avec l'ensemble des spécialistes mentionnés, ce qui est totalement insuffisant.

Ces seules informations ne démontrent en effet absolument pas dans quelles conditions les soins sont disponibles, dans quelle mesure il est possible de rencontrer un médecin spécialiste, à quelle fréquence et à quel coût.

La simple constatation de l'existence de médecins spécialistes en Inde n'est bien entendu pas suffisante pour conclure à la disponibilité en Inde du suivi dont a besoin le requérant.

La motivation de la décision attaquée ne permet dès lors pas à la partie requérante de comprendre pour quels motifs les soins nécessaires seraient disponibles en Inde.

Or, la motivation de la décision doit permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité.

Si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit également permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

En déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers, sans avoir procédé à un examen sérieux des possibilités pour le requérant d'être suivi de manière adéquate et complète en Inde, la partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision et a violé les dispositions légales visées au moyen.

C'est ce qu'a d'ailleurs décidé Votre Conseil dans un arrêt 73.762 du 23 janvier 2012 :

« Par conséquent, le Conseil considère que la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations rappelées supra, se référer à ces sites internet pour fonder sa décision. Le Conseil estime qu'il incombait, au contraire, à la partie défenderesse, d'analyser la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le pays d'origine du requérant en se basant sur des informations permettant au requérant de comprendre la motivation de la décision ».

La décision attaquée doit dès lors être annulée. »

2.2.3. Dans une **troisième branche**, la partie requérante s'exprime comme suit :

« La partie adverse prétend que les traitements médicaux et suivis nécessaires seraient accessibles en Inde.

La partie adverse se réfère, pour justifier ses allégations, à plusieurs sources.

1.

La première source référencée est le rapport annuel sur les soins de santé en Inde publié en 2010 par le Ministère de la santé et du bien-être de la famille.

La partie adverse renvoie à la description que fait le rapport du système de soins de santé en Inde. Une distinction y est faite entre le secteur privé et le secteur public. Il est précisé, en ce qui concerne le secteur public, que les soins sont accessibles gratuitement à l'ensemble de la population. Quant au secteur privé, il indique que les hôpitaux sont principalement implantés en zone urbaine et que les soins dispensés en périphérie rurale le sont par du personnel non qualifié, ce qui constitue un problème majeur.

Plusieurs remarques peuvent cependant être formulées au sujet de ce rapport.

Tout d'abord, ce rapport a été publié en 2010, soit il y a plus de quatre ans et aucune source figurant au dossier administratif ne vient actualiser les informations qu'il contient.

Par ailleurs, une analyse attentive du document révèle que c'est le secteur privé qui couvre la grande majorité des soins de santé dans le pays (p. 21). Il indique également que ce secteur est peu représenté au niveau rural. Or en l'espèce, le requérant est originaire du village de Unchi Bassi dans le district d'Hoshiarpur et non d'une grande ville. Il ressort clairement de ces informations que le requérant ne pourra pas avoir accès aux soins dispensés par le secteur privé (ou à tout le moins à des soins de qualité) et ce, alors qu'il s'agit du principal secteur qui délivre les soins en Inde.

Le rapport précise également que cette prédominance du secteur privé crée de grandes inégalités en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Il indique, plus précisément, que : "The private sector's predominance in the health sector has led to inequities in access to healthcare. Hospitalisation rates among the well-off are six times higher than those among the poor. Such inequities lead to a situation where women from families who can afford suffer unnecessary Caesarean operations in delivery of babies – in some urban centres close to half the deliveries are C-sections – while in contrast poorer, rural women are more likely to die during childbirth due to lack of access of these operations." (pp. 21-22).

Il met par ailleurs le doigt sur le manque de personnel de soins de santé qualifié dans le pays, sur les disparités géographiques de ceux-ci qui sont plus présents en milieu urbain et rural, ce qui cause d'importants problèmes d'accès aux soins pour la population (p. 28). 9

Le rapport dénonce enfin le problème de financement du système de soins de santé en Inde et le fait que l'Inde est l'un des pays au monde qui consacre le moins de fonds publics à ce secteur (pp. 33-34). Dans ces conditions, il paraît contradictoire et illusoire de prétendre que tous les soins sont accessibles gratuitement à l'ensemble de la population indienne – ce qui implique un financement extrêmement important – alors que l'Inde est précisément l'un des cinq pays du monde qui dépense le moins dans ce domaine.

Les informations déposées par la partie adverse doivent dès lors être fortement relativisées et nuancées.

En considérant que, sur base de ce rapport, l'on peut conclure que le requérant aurait accès aux soins que requiert son état de santé, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation.

2.

La partie adverse se réfère ensuite à différentes sources qui décrivent plusieurs mécanismes d'assurance-maladie qui existent en Inde.

Le premier, le RDBY, est une assurance maladie pour les personnes qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté et pour les travailleurs du secteur non structuré.

Le document déposé ne précise cependant pas si l'ensemble des pathologies dont souffre le requérant sont couvertes par cette assurance. Rien n'indique que le suivi par un psychologue dont Monsieur [S.] a besoin pour soigner sa dépression sévère est couvert également. De plus, il est nécessaire de figurer sur la liste des personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté fournie par le gouvernement ou de rentrer dans la catégorie des « travailleurs du secteur non structuré ». L'accès à cette assurance par Monsieur [S.] est dès lors purement hypothétique et dépend de nombreux facteurs qui ne semblent pas réunis en l'espèce.

Les documents indiquent par ailleurs que chaque état fédéré et chaque district possède plusieurs hôpitaux et centres médicaux affiliés et se réfère à un document qui concerne le district Punjab. Il ne s'agit cependant pas du district dont est originaire le requérant et ne concerne en tout état de cause qu'une partie de l'Inde, de sorte qu'il n'est pas possible de vérifier si le nombre d'hôpitaux et de centres affiliés est suffisant et permet réellement aux personnes qui bénéficient de cette assurance de recevoir régulièrement et à moindre frais les soins adéquats.

Le second système d'assurance présenté auquel se réfère la partie est l'ESIC qui s'adresse, quant à lui, aux travailleurs du secteur non structuré qui gagnent moins de 15000 roupies par mois. Une partie de leur salaire doit être reversé à la compagnie d'assurance si la personne souhaite être couverte. La partie adverse précise qu'il y a deux types d'assurance en fonction de la couverture souhaitée. Les mêmes remarques peuvent être formulées que pour le système précédent. Rien n'indique que l'ensemble des frais seront couverts et que le requérant pourra y accéder.

Même si le requérant est en âge de travailler, rien n'indique qu'il retrouvera facilement du travail après plusieurs années d'absence et encore moins dans le système couvert par les assurances précitées ni qu'il entrera dans les catégories couvertes.

Par conséquent, le seul fait de se référer de manière exemplative à l'existence de certaines assurances maladies en Inde (en l'espèce deux ont été présentées) n'est pas suffisant pour démontrer que le requérant pourrait y avoir accès et que celles-ci pourraient couvrir à suffisance le coût de son traitement et des suivis par les spécialistes que nécessite son état.

3.

Enfin, le requérant avait précisé dans sa demande que :

« En ce qui concerne plus spécifiquement le traitement du diabète dont souffre le requérant, plusieurs sources dénoncent le coût extrêmement élevé des traitements et le manque d'accessibilité de ceux-ci à toute une partie de la population indienne.

L'OMS confirme ces informations et indique, en outre, que « d'après des études en Inde, une famille indienne à faible revenu dont un membre adulte souffre de diabète consacre 25% de ses ressources à la prise en charge du malade. » (pièce 5)

L'organisation IDF (International Diabetes Federation) relève que le diabète constitue une lourde charge financière pour celui qui en souffre et sa famille et que l'Inde, qui est l'un des pays les plus touchés par cette maladie, dépense très peu dans les soins de santé relatifs au diabète. Elle indique également que tout dépend du statut économique de la famille et des politiques de sécurité sociale en vigueur dans le pays et que dans les pays pauvres, les familles supportent quasiment l'entièreté des frais liés au traitement du diabète (pièce 6).

Par conséquent, il est clairement établi, par plusieurs sources objectives, que les soins sont très peu disponibles en Inde et de mauvaise qualité en raison d'un manque d'effectifs et d'infrastructures adéquates.

En tout état de cause, même si ces soins étaient disponibles, quod non en l'espèce, ils ne seraient pas accessibles financièrement. En effet, les documents présentés supra ont révélé que la population ordinaire n'avait pas accès aux soins en raison du coût élevé des soins et du prix des médicaments.

Par ailleurs, la problématique de la protection sociale reste préoccupante car peu d'indiens bénéficient d'une couverture sociale. Le site internet Cleiss (pièce 7) indique à ce sujet que : « Le régime indien de protection sociale n'étant pas universel, il ne prévoit qu'une couverture très limitée, visant surtout les travailleurs dans le secteur organisé qui constitue moins de 10 % de la population. » »

La partie adverse ne semble pas avoir tenu compte de ces informations et n'explique pas dans sa décision en quoi ces informations plus précises que celles de la partie adverse – puisqu'elles concernent précisément la maladie dont souffre le requérant, le diabète – ne peuvent pas prévaloir sur des informations générales sur le système de soins de santé et d'assurance maladie en Inde ni pourquoi ces informations ne sont pas suffisantes pour démontrer l'inaccessibilité des soins que nécessite l'état de santé du requérant.

Pour être adéquats au sens de l'article 9ter, les traitements existant dans le pays d'origine doivent être appropriés à la pathologie de l'intéressé et suffisamment accessibles à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande (en ce sens notamment CCE n°49 781 du 19 octobre 2010), quod non en l'espèce.

Au vu de ce qui précède et au vu des documents déposés, Monsieur [S.] n'a aucun espoir de pouvoir accéder à un traitement adéquat en Inde.

La décision attaquée ne répond nullement aux informations objectives déposées par le requérant à ce sujet.

Or, Votre Conseil a déjà sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse de ces éléments (voir supra).

En l'espèce, la partie adverse a manifestement violé son obligation de motivation et les principes de bonne administration tels qu'énoncés au moyen.

Elle a de même commis une erreur manifeste d'appréciation de la demande du requérant, violant ainsi également l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 et l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. »

2.2.4. Dans une **quatrième branche**, la partie requérante s'exprime comme suit :

« Une demande d'autorisation de séjour pour motifs médicaux est une demande de protection subsidiaire.

Dans un arrêt rendu le 22 novembre 2012 dans une affaire M. M. contre Minister for Justice, Equality and Law Reform, of Ireland (C-277/11), la Cour de Justice de l'Union européenne (première chambre) a affirmé que le droit pour l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'examen de sa demande de protection subsidiaire découle du respect des droits de la défense qui constitue un principe fondamental du droit de l'Union, reconnu comme tel par la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

Dans cet arrêt, la CJUE rappelle aux Etats membres qu'il leur incombe « non seulement d'interpréter leur droit national d'une manière conforme au droit de l'Union, mais également de veiller à ne pas se fonder sur une interprétation qui entrerait en conflit avec les droits fondamentaux protégés par l'ordre juridique de l'Union ou avec les autres principes généraux du droit de l'Union» (point 93) (voir CJUE, Grande Chambre, 21 décembre 2011, N. S. e.a., C-411/10 et C-493/10, non encore publié au Recueil, point 77 – ADL du 29 décembre 2011).

Parce qu'elle juge que l'affaire « soulève plus généralement la question du droit de l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'instruction de sa seconde demande, visant au bénéfice de la protection subsidiaire» (point 75), elle en vient à considérer la question du point de vue général offert par l'exigence de « respect des droits de la défense [qui] constitue un principe fondamental du droit de l'Union » (point 81) (voir CJCE, 28 mars 2000, Dieter Krombach contre André Bamberski, C-7/98, Rec. p. I-1935, point 42 ; et CJCE, 18 décembre 2008, Sopropé – Organizações de CalçadoLda contre Fazenda Pública, C-349/07, Rec. p. I-10369, point 36).

La Cour confirme ainsi que le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre est consacré par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, non seulement au titre du respect des droits de la défense (articles 47 & 48 CDFUE), mais également au titre du droit à une bonne administration (article 41 CDFUE) (point 82).

Par conséquent, le droit d'être entendu a un champ d'application général (point 84), « doit s'appliquer à toute procédure susceptible d'aboutir à un acte faisant grief » (point 85), y compris lorsque la réglementation en cause ne le prévoit pas expressément (point 86).

En l'espèce le requérant n'a pas été entendu par les services de la partie adverse avant que la décision de rejet de sa demande ne soit prise.

La décision attaquée viole dès lors les droits de la défense ainsi que les articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Le moyen, en toutes ses branches, est fondé. »

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle, à titre liminaire, que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un "moyen de droit" requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué.

En l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'indiquer en quoi les actes attaqués violeraient les articles 1 et 2 de « la directive 2008/115 ». Le moyen est dès lors irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions.

3.2. Aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéa 3 et suivants 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 prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. 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 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 9 ter précité, 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales 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. Il souligne, sur ce point, 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 établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.3. En l'espèce, le premier acte attaqué est fondé sur un avis du médecin conseiller de la partie défenderesse, daté du 15 avril 2014 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de plusieurs pathologies, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Sur base des documents médicaux déposés par la partie requérante, le médecin conseiller de la partie défenderesse a conclu que la partie requérante présentait comme « *pathologies actives actuelles* » :

« - une hypertension artérielle et un diabète de type 2 de gravité modérée
- une dépression sévère ».

Ce constat n'est pas contesté par la partie requérante .

Le médecin conseiller de la partie requérante a également opéré un relevé des médicaments pris par celle-ci.

Ce relevé n'est pas contesté par la partie requérante .

3.3.1. Dans la **première branche du moyen**, la partie requérante reproche en substance à la partie défenderesse de n'avoir pas répondu adéquatement à la demande qu'elle avait formulée et en

particulier aux pièces relatives aux problèmes d'accessibilité et de disponibilité aux soins en Inde jointes à cette demande.

Le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, qu'en annexe à sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante a produit :

- 1. Un document « *pacific prime* » non daté : ce document décrit une situation générale manifestement essentiellement à destination de candidats à l'expatriation en Inde.
- 2. Un document internet intitulé « *Diabète : le coût du diabète* » de l'OMS non daté mais imprimé le 15 février 2013 : ce document évoque le diabète et son expansion à l'échelle de la planète et ne cite le cas de l'Inde parmi d'autres que pour signaler que « *d'après des études en Inde, une famille indienne à faible revenu dont un membre adulte souffre de diabète consacre 25% de ses ressources à la prise en charge du malade.* »
- 3. Un document internet intitulé « *Les impacts économiques du diabète* » émanant manifestement d'un site « *diabetesatlas.org* » non daté : ce document évoque l'impact économique du diabète sur le coût de soins de santé dans le monde en général ; il n'évoque pas spécifiquement le cas de l'Inde si ce n'est pour relever que « *l'Inde, le pays avec la plus large population atteinte du diabète dépensera une somme estimée à 2,8 milliards d'USD [en 2010], soit moins d'1 % des dépenses mondiales* » et que l'OMS prévoyait « *des pertes nettes dues au diabète et aux maladies cardiovasculaires au niveau du revenu national de l'ordre de 236,6 milliards d'ID en Inde (...) entre 2005 et 2015* ».
- 4. Un document CLEISS intitulé « *Le régime indien de sécurité sociale* » et portant la mention « *2010-2011* »

Le moyen manque en fait en ce que la partie requérante soutient que la partie défenderesse « *se borne à déclarer que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 et que lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve.* »

En effet, si la partie requérante peut être suivie en ce qu'elle relève le caractère peu pertinent de cette affirmation de la partie défenderesse (cf. le rapport du médecin conseiller sous le titre « *accessibilité des soins et du suivi en Inde* »), en ce que la partie requérante n'a jamais soulevé une « *conjoncture instable* » en Inde, il n'en demeure pas moins que la partie défenderesse ne s'y est pas limitée. En effet, outre l'allégation selon laquelle des sources décrivant une situation générale doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve, elle développe en effet un raisonnement relatif au système de soins de santé en Inde, références à l'appui.

Compte tenu de la teneur des documents produits par la partie requérante (cf. leur descriptif ci-dessus) référencés ci-dessus sous 1. à 3. qui ne sont pas spécifiques à la situation en Inde ou décrivent une situation très générale, et du raisonnement de la partie défenderesse relatif aux soins de santé en Inde, qui fait écho à la pièce de la partie requérante référencée sous 4. ci-dessus, il doit être considéré que la partie défenderesse a suffisamment et adéquatement répondu aux documents qui lui ont été produits.

3.3.2. Pour le surplus, le Conseil rappelle que la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, 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. Conclure le

contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, §§42-45).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises. Partant, le moyen est inopérant, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

La première branche du moyen n'est donc pas fondée.

3.4. Sur la **deuxième branche du moyen**, s'agissant de la **disponibilité des médicaments**, le Conseil observe que le médecin conseiller de la partie défenderesse évoque deux sources établissant, selon lui, la disponibilité des médicaments que doit prendre la partie requérante : le site « *searo.who.int* » à savoir la « *National List of Essential Medicines of India 2011* » (liste nationale des médicaments essentiels Inde 2011) et la base de données MedCOI, dont des extraits figurent au dossier administratif.

La partie requérante ne conteste pas que l'ensemble des médicaments nécessaires au traitement de ses pathologies est repris dans ces pièces et que donc, selon celles-ci, les médicaments qui lui sont nécessaires sont disponibles en Inde. Elle conteste cependant la pertinence de ces sources d'information.

Quant aux griefs de la partie requérante relatifs à la « liste nationale des médicaments essentiels Inde 2011 », le fait que ladite liste date de 2011 ne signifie pas en soi qu'elle n'était plus pertinente au moment où la décision attaquée a été prise (le 17 avril 2014). La partie requérante ne soutient au demeurant pas qu'il y en aurait eu une plus récente au moment où la décision attaquée a été prise.

Quant aux griefs de la partie requérante relatifs spécifiquement à la base de données MedCOI, utilisée par la partie défenderesse pour établir la disponibilité des soins et médicaments requis, le fait que le médecin conseiller dans une note subpaginale (en page 3 de son avis) évoque le fait qu'il « *n'y a pas d'informations fournies au sujet de l'accessibilité aux soins* » n'ôte aucune pertinence à ces constats puisque le médecin conseiller évoque par ailleurs l'accessibilité aux soins pour la partie requérante, dans un chapitre séparé de son avis. Par ailleurs, le fait que les données datent de mai 2012 et novembre 2013 ne signifie pas en soi qu'elle n'étaient plus pertinentes au moment où la décision attaquée a été prise (le 17 avril 2014).

S'agissant du grief tenant au fait que la partie défenderesse ne précise pas la disponibilité dans les différentes régions d'Inde des médicaments, force est de constater que l'argument est sans pertinence dès lors que la partie requérante reste en défaut d'établir qu'elle ne pourrait si nécessaire s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles et accessibles et ce, d'autant que la partie requérante n'a pas fait valoir de problème particulier à ce sujet dans sa demande d'autorisation de séjour. S'agissant de l'absence alléguée de précisions quant aux quantités disponibles et au prix des médicaments en Inde, le Conseil estime que la partie requérante, à qui la charge de la preuve incombe, exige ainsi de manière indue de la partie défenderesse un niveau de précision incompatible avec le caractère très général, quant à la disponibilité et l'accessibilité des soins requis en Inde, des informations qu'elle a jointes à sa demande. Par ailleurs si les médicaments requis sont présentés comme disponibles dans les documents auxquels elle se réfère, on ne perçoit pas en quoi la partie défenderesse devrait donner davantage de garanties quant à l'absence de rupture de stocks.

Enfin, le Conseil observe que pour presque tous les médicaments que doit prendre la partie requérante, le médecin conseiller de la partie défenderesse évoque deux sources établissant leur disponibilité : le site « *searo.who.int* » à savoir la « *National List of Essential Medicines of India 2011* » (liste nationale des médicaments essentiels Inde 2011) et la base de données MedCOI. Pour les médicaments en cause, ces deux sources d'informations, pour autant que de besoin, se confortent dès lors l'une l'autre.

S'agissant de la **disponibilité des soins**, force est de constater que la partie requérante ne conteste pas que l'ensemble des soins nécessaires au traitement de ses pathologies est repris dans la base de données medCOI et que donc, selon celle-ci, les soins qui lui sont nécessaires sont disponibles en Inde. Elle conteste cependant la pertinence de cette source d'information. La contestation de la partie requérante étant pour l'essentiel la même que celle formulée quant à la disponibilité des médicaments dont il a été question ci-dessus, le Conseil renvoie à sa réponse y afférente (cf. ci-dessus). Pour le surplus, la critique de la partie requérante semble davantage relative à la question de l'accessibilité auxdits soins, problématique dont il sera question plus loin au point 3.5.

3.5. Sur la **troisième branche du moyen**, relative à l'**accessibilité aux médicaments et soins** requis, s'agissant des disparités géographiques dans l'offre et la qualité des soins de santé et du fait que le secteur privé, « *qui couvre la grande majorité des soins de santé dans le pays* » est peu représenté en milieu rural, d'où provient la partie requérante, force est à nouveau de constater que la partie requérante reste en défaut d'établir qu'elle ne pourrait si nécessaire s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles et accessibles et ce, d'autant que la partie requérante n'a pas fait valoir de problème particulier à ce sujet dans sa demande d'autorisation de séjour.

S'agissant du fait que la partie défenderesse ne répondrait pas adéquatement aux pièces jointes par la partie requérante à sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil renvoie au point 3.3. ci-dessus où cette argumentation a déjà été rencontrée. Le Conseil observe que les considérations générales sur le financement des soins de santé en Inde, fussent-elles spécifiques au diabète, ne peuvent annihiler les constats de la partie défenderesse que des systèmes existent en Inde qui permettent d'accéder aux soins.

La partie défenderesse a notamment relevé l'existence d'un secteur public de soins de santé « *comprenant des services curatifs et préventifs dans les soins, primaires, secondaires et tertiaires, accessibles gratuitement à toute la population, dans l'ensemble du pays* ». Ce n'est que dans un deuxième temps que le médecin conseiller de la partie défenderesse a évoqué deux systèmes d'assurance maladie (ainsi que la possibilité pour la partie requérante de travailler) : le RSBY, étant une assurance maladie pour les personnes qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté et pour les travailleurs du secteur non structuré et l'ESIC, destiné aux travailleurs du secteur non structuré qui gagnent moins de 15.000 roupies par mois. La partie requérante se focalise sur ces assurances maladie en indiquant que rien n'indique que la partie requérante pourrait y accéder et que l'ensemble de ses frais seraient couverts. Le Conseil observe pour sa part que rien n'indique que la partie requérante ne pourrait pas en bénéficier, si elle était dans les conditions financières d'accès (la seule exclusion apparaissant être l'hypothèse où elle travaillerait et disposerait d'une rémunération lui permettant de faire face aux frais liés à son état de santé, auquel cas ses besoins en la matière seraient également rencontrés). Quoi qu'il en soit, il reste le système de soins de santé public dont question ci-dessus, dont la partie requérante ne conteste pas l'existence ou la portée autrement que par des considérations générales relatives au financement global des soins de santé en Inde, dont il a déjà été question plus haut.

La troisième branche du moyen n'est pas fondée.

3.6.1. Sur la **quatrième branche** du moyen, le Conseil relève que, s'agissant de la violation alléguée de l'article 41 de la Charte, la Cour de Justice de l'Union européenne a indiqué, dans un arrêt C-166/13, rendu le 5 novembre 2014, qu'« il résulte clairement du libellé de l'article 41 de la Charte que celui-ci s'adresse non pas aux États membres, mais uniquement aux institutions, aux organes et aux organismes de l'Union [...] ». Partant, le demandeur d'un titre de séjour ne saurait tirer de l'article 41, paragraphe 2, sous a), de la Charte un droit d'être entendu dans toute procédure relative à sa demande » (§ 44).

Au vu de ce qui précède, le moyen est donc irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de l'article 41 de la Charte.

3.6.2. Toutefois, quant à la violation du droit d'être entendu, invoqué par la partie requérante en tant que principe général de bonne administration, le Conseil rappelle que l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980 résulte de la transposition en droit belge de l'article 6.1. de la directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier (ci-après : la directive 2008/115/CE), lequel porte que « Les États membres prennent une décision de retour à l'encontre de tout ressortissant d'un pays tiers en séjour irrégulier sur leur territoire, sans préjudice des exceptions visées aux paragraphes 2 à 5 ». Il résulte de ce qui précède que toute décision contenant un ordre de quitter le territoire au sens de la loi du 15 décembre 1980 est *ipso facto* une mise en œuvre du droit européen.

Le Conseil relève en outre que la Cour de Justice de l'Union européenne a indiqué, dans un arrêt C-166/13, rendu le 5 novembre 2014, que « Le droit d'être entendu garantit à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative

et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts (voir, notamment, arrêt M., EU:C:2012:744, point 87 et jurisprudence citée). [...]. Toutefois, selon une jurisprudence de la Cour également constante, les droits fondamentaux, tels que le respect des droits de la défense, n'apparaissent pas comme des prérogatives absolues, mais peuvent comporter des restrictions, à la condition que celles-ci répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général poursuivis par la mesure en cause et ne constituent pas, au regard du but poursuivi, une intervention démesurée et intolérable qui porterait atteinte à la substance même des droits ainsi garantis (arrêts Alassini e.a., C-317/08 à C 320/08, EU:C:2010:146, point 63; G. et R., EU:C:2013:533, point 33, ainsi que Texdata Software, C 418/11, EU:C:2013:588, point 84). [...]. Par conséquent, il découle de l'obligation de prendre, à l'égard des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier sur leur territoire, une décision de retour, prescrite par l'article 6, paragraphe 1, de cette directive, aux termes d'une procédure équitable et transparente, que les États membres doivent, dans le cadre de l'autonomie procédurale dont ils disposent, d'une part, prévoir explicitement dans leur droit national l'obligation de quitter le territoire en cas de séjour irrégulier et, d'autre part, pourvoir à ce que l'intéressé soit valablement entendu dans le cadre de la procédure relative à sa demande de séjour ou, le cas échéant, sur l'irrégularité de son séjour. [...]. Le droit d'être entendu dans toute procédure, tel qu'il s'applique dans le cadre de la directive 2008/115 et, notamment, de l'article 6 de celle-ci, doit être interprété en ce sens qu'il ne s'oppose pas à ce qu'une autorité nationale n'entende pas le ressortissant d'un pays tiers spécifiquement au sujet d'une décision de retour lorsque, après avoir constaté le caractère irrégulier de son séjour sur le territoire national à l'issue d'une procédure ayant pleinement respecté son droit d'être entendu, elle envisage de prendre à son égard une telle décision, que cette décision de retour soit consécutive ou non à un refus de titre de séjour » (CJUE, 5 novembre 2014, C-166/13).

La Cour estime également qu'« Un tel droit fait [...] partie intégrante du respect des droits de la défense, principe général du droit de l'Union. Le droit d'être entendu garantit à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts » (§§ 45 et 46), elle précise toutefois que « L'obligation de respecter les droits de la défense des destinataires de décisions qui affectent de manière sensible leurs intérêts pèse ainsi en principe sur les administrations des États membres lorsqu'elles prennent des mesures entrant dans le champ d'application du droit de l'Union » (§ 50).

Le Conseil rappelle encore que dans l'arrêt « M.G. et N.R. » prononcé le 10 septembre 2013 (C-383/13), la Cour de Justice de l'Union européenne a précisé que « [...] selon le droit de l'Union, une violation des droits de la défense, en particulier du droit d'être entendu, n'entraîne l'annulation de la décision prise au terme de la procédure administrative en cause que si, en l'absence de cette irrégularité, cette procédure pouvait aboutir à un résultat différent [...]. Pour qu'une telle illégalité soit constatée, il incombe en effet au juge national de vérifier, lorsqu'il estime être en présence d'une irrégularité affectant le droit d'être entendu, si, en fonction des circonstances de fait et de droit spécifiques de l'espèce, la procédure administrative en cause aurait pu aboutir à un résultat différent du fait que les ressortissants des pays tiers concernés auraient pu faire valoir des éléments de nature à [changer le sens de la décision] » (CJUE, 10 septembre 2013, C-383/13, points 38 et 40).

3.6.3. En l'espèce, la partie requérante invoque le droit d'être entendu. Il importe peu dans ce contexte que la demande de la partie requérante soit qualifiée de demande de protection subsidiaire ou non, ce sur quoi dès lors le Conseil ne se prononce pas ici. La partie requérante a formulé auprès de la partie défenderesse une demande, qu'elle pouvait assortir de toutes les informations et annexes éventuelles jugées utiles et qu'elle pouvait au besoin compléter à tout moment, et a donc pu faire valoir tout ce qu'elle estimait pertinent dans le cadre de l'examen de sa demande. La partie requérante a donc bel et bien été « entendue » conformément à ce qui a été exposé ci-dessus. Au demeurant, force est de constater que la partie requérante se contente d'un exposé théorique et n'indique nullement ce qu'elle aurait pu communiquer à la partie défenderesse si elle avait été entendue comme elle indique le souhaiter et qui aurait été de nature à mener à une décision différente de la partie défenderesse.

3.7. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique n'est fondé en aucune de ses branches.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande en 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 vingt-et-un février deux mille dix-neuf par :

M. G. PINTIAUX, Président F. F., juge au contentieux des étrangers

Mme E. TREFOIS, Greffier.

Le greffier,

Le président,

E. TREFOIS

G. PINTIAUX