



## Arrêt

**n° 238 228 du 9 juillet 2020**  
**dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile :    au cabinet de Maître J. DIENI**  
**Quai Saint-Léonard 20A**  
**4000 LIÈGE**

**Contre :**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative 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 III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 23 avril 2015, par X, qui se déclare de nationalité russe, tendant à l'annulation de « la décision de non-fondement de la demande 9ter, prise à [son] égard le 24.02.2015, et qui lui a été notifiée le 24.03.2015 (...) ».

Vu le titre 1er *bis*, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « la loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 9 juin 2020 convoquant les parties à l'audience du 3 juillet 2020.

Entendu, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me J. DIENI, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 16 août 2011.

1.2. Le jour même de son arrivée présumée dans le Royaume, elle a introduit une demande de protection internationale qui a fait l'objet d'une décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides le 25 janvier 2012. Un recours a été introduit auprès du Conseil de céans contre cette décision, lequel l'a rejeté par un arrêt n° 83 321 du 20 juin 2012.

1.3. Par un courrier daté du 8 mars 2012, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi, laquelle a été déclarée irrecevable par une décision prise par la partie défenderesse le 24 mai 2012. Un recours a été introduit auprès du Conseil de céans contre cette décision, lequel l'a rejeté par un arrêt n° 187 014 du 19 mai 2017.

1.4. Entre-temps, soit le 9 octobre 2012, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13<sup>quinquies</sup>).

1.5. En date du 10 janvier 2013, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi, laquelle a été déclarée irrecevable par une décision prise par la partie défenderesse le 3 mai 2013.

1.6. Par un courrier daté du 17 janvier 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9<sup>bis</sup> de la loi, laquelle a été déclarée irrecevable par une décision, assortie d'un ordre de quitter le territoire, prise par la partie défenderesse le 15 octobre 2013. Un recours a été introduit contre cette décision auprès du Conseil de céans, lequel est toujours pendant à ce jour.

1.7. Par un courrier daté du 10 avril 2014, la requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi, laquelle a été déclarée non fondée par une décision assortie d'un ordre de quitter le territoire prise par la partie défenderesse le 24 février 2015.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

*« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.*

*La requérante invoque à l'appui de sa demande de régularisation de plus de trois mois, des problèmes de santé pour lesquels des soins médicaux seraient nécessaires en Belgique.*

*Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 12.02.2015, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles (sic) au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine la Russie (Fédération de).*

Dès lors,

- 1) *il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* ou
- 2) *il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne*
- 3) *Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».*

## **2. Exposé du moyen d'annulation**

La requérante prend un moyen unique « de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs [et] de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, des articles 9<sup>ter</sup> et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ainsi que du principe général de bonne administration, de minutie et imposant à l'administration de prendre en considération tous les éléments de la cause ».

Elle fait valoir ce qui suit : « [Elle] présente une schizophrénie paranoïde déficitaire majeure nécessitant un suivi multidisciplinaire. Elle a fait l'objet d'une hospitalisation récente du 28.11.201 (sic) au 26.12.2013. Il y a eu plusieurs antécédents (sic) d'hospitalisations en Tchétchénie. La décision contestée qu'il s'agit d'une affection susceptible ni d'entraîner un risque réel pour [sa] vie ni son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant même lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne (sic). Affirmer qu'une telle pathologie ne constitue pas un risque réel pour [sa] vie ou [son] intégrité physique est constitutif d'erreur manifeste et méconnaît la notion de maladie visée par au §1er (sic) de l'article 9ter .

L'affirmation selon laquelle que (sic) l'état de la maladie n'est pas critique est incompatible avec les certificats médicaux rédigés par un médecin spécialisé, ce qui n'est pas le cas du médecin adverse ; la partie adverse ne peut, sans violer l'article 9ter ni commettre d'erreur manifeste, se contenter d'un avis particulièrement lacunaire d'un généraliste qui ne contient aucune argumentation scientifique de nature à remettre en cause les arguments avancés par un spécialiste (Conseil d'Etat, arrêts n° 129.228 du 12 mars 2004, RDE 2004, p. 68 et n° 67.703 du 12 août 1997).

En estimant que l'état psychologique n'est pas confirmé par des mesures de protection et en estimant qu'il n'y avait aucun risque vital, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et a méconnu l'article 9ter de la loi de 1980 ».

La requérante reproche ensuite au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas l'avoir examinée, « alors même que les rapports dressés par son médecin font état d'un suivi long terme et en profondeur. Or, s'il l'avait examinée (sic), il se serait rendu compte de la gravité de [sa] maladie ». Elle rappelle la portée du devoir de minutie et renvoie aux travaux préparatoires de l'article 9ter de la loi, et aux arrêts n°s 95/2008 du 26 juin 2008 et 193/2009 du 26 novembre 2009 de la Cour constitutionnelle.

Elle affirme, quant à ce, que « Dans la portée donnée par l'acte attaqué à l'article 9ter, un demandeur de protection subsidiaire sur base de cette disposition n'a pas à être examiné ni entendu, même une seule fois, alors qu'un demandeur de protection subsidiaire sur base de l'article 48/4 doit à tout le moins être entendu une fois par le CGRA (article 6 de l'arrêté royal du 11 juillet 2003 fixant la procédure devant le CGRA ainsi que son fonctionnement). L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 interprété comme n'obligeant pas l'Etat à faire examiner et entendre à tout le moins une fois le demandeur de protection subsidiaire qui invoque une maladie grave et dont la demande a été déclarée recevable, alors qu'une telle obligation lui est imposée pour les demandeurs de protection subsidiaire sur base de l'article 48/4 de la même loi, crée une différence de traitement entre ces deux catégories de demandeurs et méconnaît les articles 10 et 11 de la Constitution, lus seuls ou en combinaison avec les articles 3 CEDH et 4 de la directive 2004/83/CE, la différence de traitement selon le motif de la demande n'étant pas raisonnablement justifiée ».

Elle se réfère également à l'arrêt, rendu dans l'affaire C-277/11 le 22 novembre 2012 par la Cour de justice de l'Union européenne, quant au droit à être entendu. Elle relève à cet égard qu'il « ressort de cet arrêt que l'absence d'examen du requérant de la part du fonctionnaire médecin viole l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui est d'application générale ».

La requérante rappelle ensuite la portée de l'article 9ter de la loi, à la lumière des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant introduit cette disposition dans la loi. Elle fait valoir qu'« [elle] souffre [de] schizophrénie paranoïde déficitaire majeure nécessitant un suivi multidisciplinaire, qui s'est déclarée en Tchétchénie (Russie) il y a plus de 16 ans. Un retour au pays d'origine pourrait entraîner une décompensation dépressive ou psychotique avec un risque potentiellement létal. Cette situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande. (C.C.E. n°54648 20 janvier 2011 ; C.C.E. n°48809 du 30 septembre 2010 ; n° 86.366 du 28 août 2012, Mugisha).

Il est évident que les soins [qu'elle] a reçus (sic) durant 12 ans en Russie n'ont manifestement pas été adéquats (sic) sinon elle serait aujourd'hui dans un meilleur état de santé que dans celui dans lequel elle se trouve actuellement car plus le traitement débute précocement, meilleure est son efficacité. De même il doit être scrupuleusement suivi car l'arrêt entraîne généralement, dans un délai de quelques jours à quelques mois, des crises ou des rechutes, ce qui peut prolonger le traitement qui doit être pris en continu durant plusieurs années, voire toute la vie. Le suivi au long cours en consultation est donc également indispensable.

Le simple fait que la maladie ait été diagnostiquée en Russie et qu'elle a « bénéficié de traitement et d'hospitalisation » ne signifie pas ipso facto que le traitement administré pendant plus de 12 ans ait été adéquat, adapté à [sa] pathologie et ne signifie pas non plus qu'elle bénéficiera à nouveau du traitement requis à son retour au pays d'origine, ne serait-ce en raison de sa longue absence (4 ans) et sa non-domiciliation sur le territoire russe qui sont autant d'éléments qui permettent d'affirmer qu'elle ne pourra pas bénéficier de la gratuité « théorique » des soins médicaux en Russie.

Le médecin délégué de la partie adverse déclare que « Risperdal et temesta sont disponibles en Russie. Un suivi spécialisé (psychiatrique et/ou psychologique) y est également disponible ».

Pour affirmer cela, le médecin se base sur de la documentation (MedCOI du 22.04.2014, 06.03.2013, 12.06.2013 sous des références du BMA) dont [elle] (via son conseil) est dans l'impossibilité d'en prendre connaissance puisqu'elle n'est absolument pas consultable.

Or, premièrement, la source première de ce médecin, à savoir le Med-COI, est initié par le Service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais – un organe étatique dépendant de directives politiques, soient-telles (*sic*) démocratiquement votées, qui n'est dès lors pas neutre dans la collecte d'informations susceptibles de réguler l'immigration. La neutralité, l'objectivité et l'impartialité sont donc invérifiables et sujettes à caution, puisque ce projet d'échanges d'information (*sic*) est initié par un service d'immigration hollandais, qui exécute dès lors des directives politique (*sic*) et dont les informations sont collectées en ce sens.

Deuxièmement, les médecins de cet organe sont anonymes, de sorte que la fiabilité des informations qu'ils relayent et la garantie de leur indépendance et de leur impartialité, du respect de leur déontologie, et de l'absence de toute contrainte dans les informations relayées ne peut (*sic*) en aucun cas être vérifiée (*sic*). Cet anonymat des médecins y participant ne [lui] permet pas de vérifier leur compétence dans le domaine, ni leur respect de leur déontologie et leur désintéressement – quoiqu'en pense le médecin délégué de l'office lorsqu'il avance que « la spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants ».

Troisièmement, les informations obtenues par Med-COI ne précisent pas le degré de qualité et la qualification des médecins et spécialistes, ni ne dénomme (*sic*) précisément les traitements précis qui sont octroyés aux personnes atteintes de ce type de schizophrénie aigüe.

En outre, SOS International est avant tout une entreprise commerciale, destinée à couvrir les besoins des collaborateurs expatriés d'entreprises ou organisations, suffisamment financièrement aisées que pour se permettre une croissance internationale [...] ».

Quant à Allianz Global Assistance, il s'agit est (*sic*) avant tout une entreprise commerciale, destinée à vendre des assurances médicales à des voyageurs étrangers et pas du tout aux autochtones (*sic*).

Les informations mises à disposition par SOS international, qui fournit des assurances coûteuses pour entreprises aisées, et par Allianz Global Assistance sont dès lors orientées pour un public qui n'a aucun rapport avec des nationaux bénéficiant de revenus moyen (*sic*) et sont dès lors non pertinentes en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité des soins pour [elle].

Quatrièmement, les dates et références ne permettent pas d'y avoir accès et qu'aucun (*sic*) site Internet public n'est référencé. [Elle] en déduit donc une impossibilité de contrôler la pertinence, l'exactitude et l'adéquation de la motivation de la décision concernant la disponibilité des soins de santé.

Par ailleurs, ces informations sont en contradiction avec les informations dont on dispose via les ONG et autres associations au service des migrants.

En effet, les ONGs dénoncent fréquemment le manque de moyen, que l'accès gratuit aux soins pour la population n'est pas assuré et que de plus, le personnel médical est peu nombreux et/ou manque de formations.

Les problèmes du système de soins de santé russe peuvent être expliqués en quatre points qui sont tous liés au double problème d'une population vieillissante et des taux de mortalité élevé : [...] ».

Dans un article, intitulé « Monitoring of IDPs and returnees still needed », publié le 12 octobre 2009 sur le site [www.internal-displacement.org](http://www.internal-displacement.org), les mêmes conclusions sont tirées des constatations, faites dans la région du nord Caucase, et plus particulièrement de la Tchétchénie, région dont [elle] est originaire [...].

Etant donné l'affection dont [elle] souffre, il ne faut pas négliger, pour ne laisser subsister aucun doute, le fait que, selon les mêmes sources : « the impact of conflict on peoples' mental health is increasingly apparent, in the form of anxiety, post-traumatic stress disorder en sleeping disorder » .

Les meilleurs services sont les systèmes de santé (*sic*) privés lesquelles (*sic*) ne sont malheureusement pas à portée de tout le monde. Il subsiste donc une inégalité quant à l'accès au service de soins de santé.

Dans le présent cas, [elle] et sa famille ayant quittée (*sic*) leur pays voici plus de 4 ans, [ils] ne disposent d'aucun moyen de subsistance et ne peuvent non plus dans un premier temps, bénéficier de la sécurité sociale de leur pays d'origine.

Il est, par ailleurs, erroné d'affirmer, comme le fait le médecin, que « elle affirme avoir des proches au pays d'origine à savoir : son père, sa mère, 4 soeurs et 2 frères, y résident (sic !) » puisque la majeure partie de sa famille (son père, sa mère et deux soeurs) réside désormais avec elle en Belgique. Cela ressort en effet du dossier administratif.

Dès (sic), la motivation selon laquelle « rien n'indique que d'une part elle serait démunies (sic) lors de son retour au pays d'origine et d'autres (sic) part rien ne démontre que son entourage ne pourrait lui venir en aide afin de financer les soins de santé, si cela s'avérait nécessaire » est obsolète dans la mesure où cet entourage se trouve justement en Belgique.

De plus, le fait qu'un tel membre de la famille (en dehors des père et mère) « pourrait » lui venir en aide en finançant ses soins de santé est sans aucune incidence sur son incapacité à elle à pouvoir payer ses propres soins de santé, étant âgé (sic) de 34 ans.

De plus, on peut se poser la question de savoir la raison pour laquelle, après avoir soutenu avec une certitude absolue la gratuité des soins de santé psychiatrique en Russie, le médecin de l'Office croit utile de préciser que son entourage social et/ou sa famille pourrait l'accueillir et lui venir en aide financièrement pour les soins de santé, ce qui est une affirmation contradictoire avec la gratuité avancée par le médecin de l'Office.

Cette motivation laisse penser que le médecin est en possession de plus d'information (sic) que ce qu'il ne délivre réellement dans son avis.

Par conséquent, la décision est inadéquatement motivée en ce que la justification sur l'accessibilité des soins de santé et le suivi dans le pays d'origine présente (sic) une contradiction majeure en ce que la décision qui soutient la gratuité de tous les soins (y compris traitements préventifs, les diagnostics et traitements de maladies tant à domicile que dans les polycliniques) [lui] précise qu'elle peut faire appel à son entourage social et/ou familial pour subvenir aux frais liés à ses soins de santé. Si la gratuité était d'une telle effectivité en Russie, il n'y aurait nullement besoin de préciser [qu'elle] peut faire appel à son entourage pour lui venir en aide financièrement, si besoin est.

Dans un rapport daté du 01 mars 2011 du Comité international de la Croix-Rouge, intitulé « Fédération de Russie/Nord-Caucase, il est possible de se rendre compte que le CICR maintient ses activités d'assistance dans un contexte de sécurité instable », ce qui permet de bien se rendre compte des difficultés sanitaires, médicales et sociales de cette région ainsi que des violences qui y ont cours.

En effet, l'indice de la présence d'ONGs et de médecins sans frontières est en soi un signe que l'accessibilité des soins de santé en Russie et plus particulièrement dans la région du nord Caucase laisse à désirer.

Un risque réel existe pour [elle] de discrimination puisqu'elle est tchéchène.

Par conséquent, en refusant la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980, l'Office des étrangers sait pertinemment bien qu'il va falloir les renvoyer en Tchétchénie, là où justement sont présent (sic) des ONGs, telle que Médecins sans frontière qui tentent comme elles peuvent de pallier aux manquements en matière de soins de santé de l'Etat russe, sans aucune certitude cependant de pouvoir y arriver.

Dans un article de 2011 de l'OSAR, le traitement des maladies psychologiques est abordé de façon précise (avec toutes les sources utilisées).

Dans cet article, il est établi (sic) que « Si officiellement toutes les personnes sont supposées recevoir les soins médicaux dont elles ont besoin de façon gratuite, dans la pratique cela ne se réalise souvent pas. En effet, afin de recevoir les traitements médicaux de façon gratuite, une personne doit être enregistrée officiellement dans son lieu de résidence, suite à quoi elle peut souscrire à l'assurance maladie obligatoire (payante). La personne a ensuite le droit de se faire soigner gratuitement mais uniquement dans le lieu où elle est enregistrée et où elle a souscrit à l'assurance maladie. Ce n'est que dans le cas où les traitements nécessaires ne sont pas disponibles dans le lieu de résidence qu'un transfert dans une autre ville ou région est théoriquement possible: toutefois en réalité, les patients originaires de Tchétchénie par exemple ne sont pas transférés dans d'autres villes et ce, même lorsque leur état de santé est très grave. Même lorsque les traitements sont présents dans le lieu de résidence, les patients doivent généralement payer des sommes d'argent aux médecins ou infirmières afin d'être pris en charge. Selon une infirmière travaillant dans un hôpital ophtalmologique étatique, les soins gratuits sont généralement ceux que les patients ne nécessitent pas, alors que les traitements

nécessaires et indispensables à la survie d'un patient sont payants. Un traitement médical gratuit ne semble être possible que lorsqu'un patient bénéficie d'un traitement de faveur en raison de son travail ou de sa fonction dans l'administration ou lorsqu'il vit et est enregistré dans une région économiquement prospère. Les ressources financières allouées par l'Etat au secteur de la santé publique sont insuffisantes et approximativement le 80 (*sic*) pour cent des institutions médicales publiques sont financées par les budgets régionaux ou municipaux, qui n'ont toutefois pas les ressources financières adéquates pour assurer cette tâche. Le sous financement du secteur de la santé ainsi que la crise économique vécue par la Russie depuis 1991 ont des conséquences également sur les infrastructures: dans de nombreuses régions, des hôpitaux délabrés reposent sur des équipements obsolètes de l'ère soviétique.

(...)

Dans le Caucase du Nord, et plus particulièrement en Tchétchénie, le secteur de la santé publique manque d'un équipement médical de base et de médicaments. Un rapport du Ministère fédéral autrichien de l'intérieur daté de septembre 2009 cite le témoignage d'un professeur de l'Académie russe des Sciences (*sic*) qui estime que les traitements médicaux disponibles en Tchétchénie sont basiques et qui soulève le problème du manque de personnel qualifié et formé. Selon Médecins Sans Frontières en outre, les problèmes de sécurité affectent également la disponibilité des soins médicaux.»

« Si en principe, il est possible qu'un patient soit transféré dans une autre région si le traitement dont il a besoin n'est pas disponible dans la région où il est enregistré, en pratique les personnes qui ont besoin de traitements et qui sont originaires de Tchétchénie ne sont pas transférées même lorsque leur situation de santé est des plus critiques. La seule possibilité est donc d'assumer les coûts pour les soins nécessaires, qui sont toutefois prohibitifs pour une grande partie de la population. Selon les informations de notre personne de contact, le centre de référence et le seul centre spécialisé pour le traitement des PTSD en Russie est le Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, basé à Moscou. Les consultations au Serbsky Center sont payantes et ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Le Serbsky Center a indiqué à notre personne de contact qu'il n'existait aucune possibilité de consultation gratuite. Une personne doit suivre le traitement de façon ambulatoire et, si elle provient d'une autre région, elle doit donc louer une chambre à Moscou, pour ensuite se rendre chez le médecin plusieurs fois par semaine, en payant pour chaque consultation. Selon notre personne de contact cela représente l'équivalent de milliers d'euros pour le traitement dans son entier ».

Qu'il est donc impératif - et surtout vital - [qu'elle] soit suivi[e] encore pendant un certain temps en Belgique ;

Attendu qu'il est manifestement clair que la décision ne repose pas sur des motifs pertinents et adéquats au vu des documents cités par [elle], au sens des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relatives (*sic*) à la motivation formelle des actes administratifs puisqu'elle n'examine pas [sa] situation particulière laquelle nécessite des soins appropriés et non accessibles dans [son] pays d'origine ;

Que dans le présent cas un retour dans le pays d'origine ne peut qu'aggraver [son] état de santé [elle] qui ne peut pas se faire soigner correctement et adéquatement ;

Qu'il y a donc là une violation flagrante à l'article 3 de la C.E.D.H. ;

Attendu que, partant, il convient d'annuler la décision contestée ».

### 3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil constate que la décision entreprise est fondée sur un rapport, établi le 12 février 2015, par le médecin conseil de la partie défenderesse sur la base, entre autres, des documents médicaux produits par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, dont il ressort, en substance, que cette dernière « présente depuis l'âge de 18 ans, une schizophrénie paranoïde déficitaire, qui a été diagnostiquée qui (*sic*) et a bénéficié de traitements et d'hospitalisation au pays d'origine ». Le médecin conseil relève également, sur la base de diverses sources documentaires énumérées dans son rapport, et produites au dossier administratif, que les médicaments requis par l'état de santé de la requérante sont disponibles en Russie tout comme les médecins spécialisés qu'il lui importe de consulter et en conclut que « les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine (...) ».

Dès lors, à la lumière de ces éléments, le Conseil constate que la partie défenderesse a dûment examiné la disponibilité et l'accessibilité du suivi requis par l'état de santé de la requérante dans son pays d'origine en manière telle qu'elle ne peut être suivie lorsqu'elle soutient le contraire en termes de requête.

S'agissant de l'argument aux termes duquel « L'affirmation selon laquelle que (*sic*) l'état de la maladie n'est pas critique est incompatible avec les certificats médicaux rédigés par un médecin spécialisé, ce qui n'est pas le cas du médecin adverse ; la partie adverse ne peut, sans violer l'article 9ter ni commettre d'erreur manifeste, se contenter d'un avis particulièrement lacunaire d'un généraliste qui ne contient aucune argumentation scientifique de nature à remettre en cause les arguments avancés par un spécialiste (Conseil d'Etat, arrêts n° 129.228 du 12 mars 2004, RDE 2004, p. 68 et n° 67.703 du 12 août 1997). En estimant que l'état psychologique n'est pas confirmé par des mesures de protection et en estimant qu'il n'y avait aucun risque vital, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et a méconnu l'article 9ter de la loi de 1980 », le Conseil relève qu'il est dénué de pertinence dès lors qu'une telle conclusion ne figure pas dans la décision litigieuse. Partant, cette articulation du moyen est inopérante.

S'agissant du reproche adressé au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas l'avoir examinée, le Conseil rappelle également que ni l'article 9ter de la loi, ni les Arrêtés d'application de cette disposition n'imposent à la partie défenderesse de rencontrer le demandeur (dans le même sens : C.E., arrêt n° 208.585 du 29 octobre 2010). En tout état de cause, le Conseil relève que la requérante n'a aucun intérêt à la critique qu'elle formule, dès lors que le médecin de la partie défenderesse ne conteste nullement le diagnostic posé par le médecin spécialiste de la requérante mais relève uniquement qu'elle ne souffre pas 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 elle séjourne.

Par ailleurs, le Conseil ne peut suivre la requérante lorsqu'elle fait grief à la partie défenderesse de ne pas l'avoir entendue, celle-ci ayant pu lui exposer tous les éléments qu'elle souhaitait porter à son appréciation dans le cadre de l'introduction de sa demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi. Il en est d'autant plus ainsi qu'elle n'indique pas, en termes de requête, d'éléments qu'elle n'aurait pu communiquer en temps utile à la partie défenderesse.

Quant à l'argumentation développée au sujet des différences de traitement existant entre la procédure visée à l'article 48/4 de la loi et celle de l'article 9ter de la même loi, le Conseil observe que si la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi constitue bien un cas d'application de la protection subsidiaire, elle est cependant distincte de celle prévue à l'article 48/4 de la loi. A cet égard, il convient de rappeler les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, qui considèrent que la « différence de traitement entre les étrangers (...) qui doivent demander l'autorisation de séjourner en Belgique [sur la base de l'article 9ter de la loi], et les autres demandeurs de protection subsidiaire, dont la situation est examinée dans le cadre de la procédure d'asile [en application de l'article 48/4 de la loi], repose sur le critère objectif du fondement de la demande, selon qu'elle soit introduite en raison de la maladie grave dont souffre le demandeur ou d'une autre atteinte grave permettant de se prévaloir de la protection subsidiaire (...). La mise en œuvre dans l'article 9ter d'une procédure légale spécifique (...) ne porte pas atteinte à la possibilité des étrangers visés de se prévaloir et de bénéficier du statut de protection subsidiaire mais organise uniquement une procédure parallèle à la procédure d'asile » (Doc. Parl., Chambre, 2005-2006, DOC 51 2478/001, pp. 10-11).

S'agissant ensuite des garanties que procure la procédure de l'article 9ter de la loi, le Conseil rappelle que l'arrêt n° 95/2008 rendu le 26 juin 2008 par la Cour Constitutionnelle a jugé, en son point B.14, que « la règle prévue par l'article 9ter offre suffisamment de garanties aux demandeurs d'une autorisation de séjour » dans la mesure où « une décision de refus du ministre ou de son délégué peut, en vertu de l'article 39/2 de la loi relative aux étrangers, faire l'objet d'un recours en annulation auprès du Conseil du contentieux des étrangers ». Par ailleurs, la Cour Constitutionnelle a indiqué qu'« en raison des spécificités de la procédure de l'article 9ter de la loi relative aux étrangers et de la nature des éléments sur lesquels la décision doit être fondée, également en ce qui concerne le risque et la possibilité de traitement dans le pays de provenance attestés dans l'avis d'un fonctionnaire médecin, un tel recours en annulation prévoit une protection juridique suffisante. Il découle de ce qui précède que la différence de traitement n'est pas dépourvue de justification raisonnable ».

De ce qui précède, il apparaît que contrairement à ce qu'affirme la requérante, l'existence de deux procédures distinctes ne crée pas une différence de traitement injustifiée entre deux catégories de demandeurs. Partant, le Conseil n'aperçoit pas en quoi la distinction opérée par la loi entre les deux procédures précitées violerait « les articles 10 et 11 de la Constitution, lus seuls ou en combinaison avec les articles 3 CEDH et 4 de la directive 2004/83/CE, la différence de traitement selon le motif de la demande n'étant pas raisonnablement justifiée ».

S'agissant de l'allégation selon laquelle « Le médecin délégué de la partie adverse déclare que «Risperdal et temesta sont disponibles en Russie. Un suivi spécialisé (psychiatrique et/ou psychologique) y est également disponible ». Pour affirmer cela, le médecin se base sur de la documentation (MedCOI du 22.04.2014, 06.03.2013,12.06.2013 sous des références du BMA) dont [elle] (via son conseil) est dans l'impossibilité d'en prendre connaissance puisqu'elle n'est absolument pas consultable », le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées, de telle sorte que la requérante est en mesure d'y avoir accès. Si la requérante désirait compléter son information quant aux considérations de fait énoncées dans la décision querellée, il lui était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, dossier qu'elle ne démontre pas avoir sollicité tout comme elle ne démontre pas davantage que cette demande lui aurait été refusée.

S'agissant du grief élevé par la requérante quant aux informations provenant de la base de données utilisées par la partie défenderesse dont elle dénonce en substance l'origine, le caractère « non public », et « non vérifiables » des informations dans la mesure où les médecins qui alimentent ladite base de données sont protégés par l'anonymat, le Conseil constate que la requérante se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par son état de santé ne lui serait pas disponible et accessible, en manière telle que ses critiques sont dépourvues d'utilité. En outre, le Conseil relève, tel qu'exposé *supra*, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées dans ladite base, de telle sorte que la requérante est en mesure d'y avoir accès. Enfin, le Conseil observe qu'en termes de recours, la requérante se limite à une contestation générale et totalement péremptoire quant à la fiabilité et l'exactitude des bases de données dont la base de données MedCOI alors que ce projet est une initiative du «Bureau Medische Advisering (BMA)» du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qu'il associe quinze partenaires dont quatorze pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds européen pour l'asile, la migration et l'intégration. Par identité de motifs, le Conseil observe que l'anonymat des médecins alimentant ce site internet est sans aucune pertinence quant à la crédibilité dudit site internet. Par ailleurs, les sources du projet sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « International SOS », « Allianz Global Assistance » et « Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine ». Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA.

Dans ces circonstances, le Conseil n'aperçoit pas de raisons sérieuses permettant de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

S'agissant de l'accessibilité des soins médicaux en Russie, le Conseil observe que si la requérante consacre de longs développements à soutenir que la motivation de la décision querellée comporte des contradictions, est erronée, et ne prend pas en considération le « manque de moyen, que l'accès gratuit aux soins pour la population n'est pas assuré et que de plus, le personnel médical est peu nombreux et/ou manque de formations » dénoncés par les « ONGs », elle reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse à cet égard, et d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient réellement d'avoir accès au système de soins de santé ainsi qu'aux médicaments dans son pays d'origine, en manière telle que ses griefs sont dépourvus de toute utilité.

En outre, le Conseil remarque que dans sa demande d'autorisation de séjour du 10 avril 2014, la requérante indiquait uniquement, et ce de manière totalement péremptoire, ce qui suit : « [ses] possibilités de traitement (*sic*) dans son pays d'origine eux (*sic*) égard aux critères financiers, d'éloignement et la situation dans la région, sont extrêmement limités ». Partant, compte tenu de l'absence d'informations pertinentes fournies par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour en vue d'établir l'indisponibilité et l'inaccessibilité des traitements et suivis médicaux requis au pays d'origine, cette dernière ne peut raisonnablement reprocher à la partie défenderesse d'avoir motivé comme en l'espèce la décision entreprise à défaut d'établir que celle-ci a commis une erreur manifeste d'appréciation quant aux éléments dont elle disposait.

Pour le surplus, quant à l'argumentaire aux termes duquel « Un risque réel existe pour [elle] de discrimination puisqu'elle est tchétchène », force est de relever qu'il est invoqué pour la première fois en termes de requête, la requérante n'en ayant pas fait état dans sa demande d'autorisation de séjour. Par conséquent, il ne saurait être sérieusement reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte, au moment de la prise de la décision attaquée, d'éléments dont elle n'avait pas connaissance.

*In fine*, s'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'il ressort du dossier administratif que les éléments médicaux invoqués par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour ont été examinés par la partie défenderesse qui a pu considérer qu' « *il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* ou

2) *il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne*

3) *Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».*

3.2. Partant, le moyen unique n'est pas fondé.

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

**Article unique**

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le neuf juillet deux mille vingt par :

Mme V. DELAHAUT,

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

M. A. IGREK,

greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

V. DELAHAUT