

Arrêt

n° 242 776 du 23 octobre 2020
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. MANDELBLAT
Boulevard Auguste Reyers, 41/8
1030 BRUXELLES

Contre :

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

LA PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 26 avril 2017, par X, qui déclare être de nationalité burkinabé, tendant à l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 6 mars 2017.

Vu le titre I^{er} 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 septembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 6 octobre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me C. MANDELBLAT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 6 mai 2014, le requérant est arrivé sur le territoire belge et a introduit une demande de protection internationale le lendemain.

1.2. Le 16 octobre 2014, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 21 avril 2015, mais non fondée le 29 octobre 2015. Le recours contre cette décision a été accueilli par l'arrêt n°162 368 du 18 février 2016.

1.3. Le 1^{er} juin 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet. Par son arrêt n°175 699 du 3 octobre 2016, le Conseil a constaté le désistement d'instance quant à la requête en annulation, la partie défenderesse ayant retiré l'acte en date du 28 juillet 2016.

1.4. En date du 8 août 2016, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour précitée introduite sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le recours contre cette décision a été accueilli par l'arrêt n°178 379 du 24 novembre 2016.

1.5. Le 25 novembre 2016, le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire.

Le 5 décembre 2016, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quintes}) – à l'encontre du requérant.

1.6. Le 19 décembre 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2. ci-avant. Par son arrêt n°187 308 du 23 mai 2017, le Conseil a constaté le désistement d'instance quant à la requête en annulation, la partie défenderesse ayant retiré l'acte en date du 20 février 2017.

1.7. Le 6 mars 2017, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande visée au point 1.2. non fondée. Cette décision, notifiée le 24 mars 2017, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motifs :

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.

Monsieur [B.] fait valoir son état de santé à l'appui [sic] de sa demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter}. 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 le Burkina Faso, pays d'origine du requérant.

Dans l'avis médical du 02.03.2017, joint en annexe de la 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 au 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. Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9^{ter} en question. Veuillez également donner instruction au Registre national de réinscrire l'intéressé dans le registre d'attente ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 62 et 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, et du « principe de bonne administration en particulier celui de minutie ».

2.1.1. Dans ce qui s'apparente à une première branche, relative à la disponibilité des soins nécessaires au Burkina Faso, elle fait, notamment, valoir que, depuis le mois de septembre 2016, elle prend un médicament dénommé « Genvoya » suite aux effets secondaires provoqués par « l'atrima », ainsi que de l'« amlodipine » pour son hypertension. Elle rappelle que le Genvoya se compose de « cobicistat, d'elvitegravir, d'emtricitabine et de ténofovir alafénamide qui appartiennent tous à la famille des antiviraux ». Elle constate que la requête « MedCOI 9345 » du 22 février 2017 fait état de la non disponibilité du Genvoya, de même que celle du cobicistat, de l'elvitegravir et du ténofovir alafénamide.

Elle affirme que le médecin conseil de la partie défenderesse se permet de commuter ses traitements médicaux « *en cherchant à tout prix une molécule qui figurerait dans les requêtes MedCOI 9345 et 7245 sans prendre en considération la situation spécifique de l'état de santé du requérant qui est grave [...] et qui présente des altérations constantes de sa charge virale* ». Elle estime que l'association « lopinavir/ritonavir ou le darunavir associé au cobicistat » n'est pas pertinente au vu de la non disponibilité du « cobicistat ».

Par ailleurs, elle relève que le médecin conseil conclut à l'absence de nécessité d'utilisation d'un inhibiteur d'intégrase, alors même que « l'elvitegravir », soit l'un des composants du Genvoya non disponible, est justement un inhibiteur d'intégrase. Elle soutient ne pas comprendre comment le médecin conseil « [...] parvient à la conclusion selon laquelle le requérant n'aurait plus besoin de cette molécule alors qu'il s'agit d'un des composants du Genvoya ».

3. Discussion.

3.1.1. Sur ces aspects du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de l'acte attaqué, « *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 alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'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 existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de

façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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.

3.1.2. En l'espèce, à l'appui de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2., la partie requérante a produit, notamment, un certificat médical type, établi par un spécialiste en maladie infectieuses, le 24 février 2017, selon lequel :

« B/ DIAGNOSTIC [...] »

1. *Infection par le VIH diagnostiquée au stade SIDA.. Il y a donc un risque d'apparition rapide d'infections opportunistes en cas d'interruption du traitement. Il s'agit d'une maladie mortelle. Il est indispensable que Monsieur [A.B.] ait un traitement antirétroviral adéquat pour contrôler le virus sans quoi il développerait [sic] rapidement des infections opportunistes. Mauvaise tolérance de l'Atripla nécessitant de remplacer de cette spécialité par la spécialité Genvoya.*
2. *Hépatite B aigue diagnostiquée en juin 2014 résolue*
3. *HTA (18/10) nécessitant un traitement par Amlodipine débuté depuis novembre 2016.*
4. *Anxiété.*

C/ Traitement actuel et date du début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B :

Traitement médicamenteux / matériel médical :

Genvoya 1/

Amlodipine 5mg 1/j

[...]

Durée prévue du traitement nécessaire :

Le traitement antirétroviral est un traitement à prendre quotidiennement à vie pour permettre à l'immunité de se reconstituer et de protéger Monsieur [A.B.] vis-à-vis de l'apparition d'infections opportunistes. En l'absence de traitement vu le stade avancé dans l'infection par le VIH que présente Monsieur [A.B.] des infections opportunistes surviendraient rapidement et mettraient sa vie en danger. Ce traitement ne pourra pas être interrompu ni pris de façon approximative car autrement des résistances risqueraient d'apparaître ce qui compromettrait l'efficacité du traitement ».

3.1.3. L'acte attaqué repose sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 2 mars 2017. Cet avis est établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la partie requérante souffre d'une « *infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH). Notion d'hypertension artérielle* ».

Cet avis mentionne, notamment, ce qui suit, s'agissant de la disponibilité des traitements requis :

« *Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé)*

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI1 :

- *Requête MedCOI du 21.02.2017 portant le numéro de référence unique BMA 9345 ;*
- *Requête MedCOI du 11.09.2015 portant le numéro de référence unique BMA 7245.*

Ces requêtes confirment la disponibilité du suivi infectiologique, cardiologique, internistique, de la charge virale et du taux de CD pour le VIH. Ces suivis sont disponibles au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo. L'association cobicistat/elvitegravir/emtricitabine n'est pas disponible au Burkina Faso. L'emtricitabine est disponible. L'amlodipine est disponible au Burkina Faso. Le tenofovir, l'association lopinavir/ritonavir ou le darunavir peuvent très bien remplacer l'elvitegravir associé au cobicistat. Le darunavir, le lopinavir et le darunavir sont des inhibiteurs de la protéase virale. Il n'y a aucune nécessité d'utiliser un inhibiteur d'intégrase.*

Notons toutefois que l'association cobicistat/elvitegravir/emtricitabine fait l'objet d'une étude au Burkina Faso sous l'égide de l'ANRS. Informations tirées du site : <http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Pavs-a-ressources-limitees/Les-pavs-par1enaires/Le-site-du-Burkina-Faso/Les-proiels-en-cours-sur-le-site-du-Burkina-Faso>

Sur base des informations, nous pouvons conclure que les soins sont disponibles au Burkina Faso ».

3.1.4. Le Conseil relève que le fonctionnaire médecin, dans son avis du 2 mars 2017, après avoir constaté l'indisponibilité du « Genvoya (cobicistat/elvitegravir/emtricitabine) », examine si chacune des molécules prise isolément est disponible au pays d'origine. A cet égard, il apparaît que « l'emtricitabine » est disponible. Il n'en va toutefois pas de même pour le « cobicistat » et

l'« eltegravir ». Ainsi, le fonctionnaire médecin propose de remplacer l'association par le « lopinavir / ritonavir » ou le « darunavir », et considère qu'il n'y a aucune nécessité d'utiliser un inhibiteur d'intégrase.

Le Conseil constate que le fonctionnaire médecin s'abstient de préciser les raisons qui l'amènent à considérer qu'il n'existe pas de nécessité, pour la partie requérante, d'utiliser un inhibiteur d'intégrase, molécule qui fait actuellement partie de son traitement médicamenteux renseigné dans le certificat médical type du 24 février 2017. Dans cette perspective, le Conseil ne saurait considérer que les informations fournies par la partie défenderesse pour démontrer la disponibilité des médicaments nécessaires au traitement de la partie requérante suffisent en l'espèce. En effet, si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane, ce qui n'est pas le cas *in specie* (en ce sens, voir CCE n°194 879 du 10 novembre 2017).

3.2. Dans sa note d'observation, la partie défenderesse soutient que « *Le médecin fonctionnaire cite une série de sources sur base desquelles il a pu conclure que les médicaments, sous leur forme actuelle ou équivalente, sont disponibles.*

Tout d'abord, il convient de constater que la partie requérante fait une lecture erronée de l'avis médical. En effet, le médecin-conseil n'indique aucunement que les molécules disponibles au pays d'origine devraient être associées au cobicistat pour remplacer l'eltegravir. Au contraire, il affirme clairement que le ténofovir, l'association lopinavir/ritonavir ou le darunavir peuvent très bien remplacer l'eltegravir associé au cobicistat. Il indique ainsi que l'eltegravir et le cobicistat peuvent être remplacés. Il indique d'ailleurs précédemment que le cobicistat n'est pas disponible au Burkina Faso. La partie requérante faisant manifestement une lecture erronée de l'avis médical, le moyen manque en fait sur ce point.

En ce que la partie requérante reproche au médecin conseil d'avoir modifié le traitement médicamenteux. Il convient de préciser, à ce sujet, que la loi ne prescrit nullement que les médicaments et/ou molécules identiques soient disponibles.

En outre et surtout, la partie défenderesse rappelle que le Conseil d'Etat a jugé qu'« Il ne revient pas (au juge administratif), (...), de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre » ».

Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. En effet, la partie défenderesse ne remet pas en cause le constat selon lequel le fonctionnaire médecin a considéré qu'il n'existait pas de nécessité à l'utilisation d'un inhibiteur d'intégrase.

3.3. Les aspects visés du moyen unique sont fondés, et suffisent à emporter l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a donc pas lieu d'examiner les autres aspects ou branche du moyen unique, qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

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

Article unique

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 6 mars 2017, est annulée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-trois octobre deux mille vingt par :

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS