

Arrêt

n° 242 836 du 23 octobre 2020
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître E. MAGNETTE
Rue de l'Emulation 32
1070 BRUXELLES

Contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 18 mars 2020, par X, qui déclare être de nationalité nigérienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 20 janvier 2020.

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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 17 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 9 septembre 2020.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. GIOE *loco* Me E. MAGNETTE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 8 janvier 2019. Le 11 janvier 2019, il a introduit une demande d'asile. Cette demande est actuellement pendante. Par un courrier du 10 septembre 2019, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 20 janvier 2020, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée. Cette décision, qui a été notifiée au requérant en date du 18 février 2020, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.),

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 Niger, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 14.01.2020, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que 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 pour sa vie ou son intégrité physique ou que 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.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif du requérant ».

2. Exposé du premier moyen d'annulation.

La partie requérante prend un premier moyen de la violation « des articles 9ter §1^{er} et 62 de la loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers – de l'erreur manifeste d'appréciation – des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 portant obligation des motivations des actes administratifs – du principe de bonne administration, en particulier le devoir de soin et de minutie ».

Elle fait notamment valoir que « la partie requérante avait déposé de nombreuses informations fiables - émanant de structures non contestables telles que la commission européenne et l'OMS - pour conclure à l'indisponibilité et l'inaccessibilité des soins adéquats :

- Commission européenne, Protection civile et Opération d'Aide Humanitaire européennes, « Niger », 07.06.2019, [...] consulté le 04.09.19
- OMS, Niger Stratégie de coopération, [...] consulté le 09.09.19
- OMS, Atlas de la santé mentale, 2014, pp. 1, 10, 33, 40, 41, 45, 51, 54, 62 [...]
- OMS, « Niger - Country indicators », 2014, [...]
- WHO, « Mental Health Atlas 2011 - Department of Mental Health and Substance Abuse », [...]
- OMS, Rapport Annuel, 2018, Niger, pp. 57 ; 63
- Médecin de Monde, « Gratuité des soins au Niger. Une option payante à consolider », juillet 2011,[...]; pp. 1, 2, 6, 20

Chaque grief à l'égard du système de santé reposait sur des sources concordantes et fiables. En ce sens et en très résumé, la commission européenne et l'OMS concluent tous deux à l'insuffisance du personnel et du matériel. Le Niger est classé 167ème pays sur 169 en terme de développement humain.... La situation sanitaire, l'état de santé « préoccupant » de la population, le haut taux de mortalité « s'explique en partie par un système de santé déficient. Ces documents n'ont nullement été pris en considérations dans l'évaluation faite par le médecin-fonctionnaire. Partant, il ressort de ces considérations que la motivation de la décision attaquée ne peut être considérée comme suffisante et qu'en tout état de cause, la partie adverse a manqué à son devoir de soin et de minutie. Par ailleurs, le médecin-fonctionnaire conclut à l'accessibilité des soins, d'une part, en rejetant les informations déposées par le requérant au motif qu'elles auraient un caractère général, et d'autre part, en relevant que le requérant n'atteste pas d'une incapacité de travail, que le système de sécurité sociale comporte trois branches : prestations familiales (prestations de maternité), accident de travail et maladies professionnelles, pensions ; que concernant le volet maladie, des divisions d'action sanitaire dispensent des services médico-sociaux et des aides administratives; que la population nigérienne a commencé à mettre en place des mutuelles ; qu'il existe un fond social de santé. Notons d'abord que comme relevé ci-dessus, le requérant avait déposé les pièces suivantes pour conclure qu'il ne pourrait avoir effectivement accès aux soins au Niger. La partie adverse les écarte sans les mentionner, estimant - dans une motivation stéréotypée que l'on peut lire dans l'immense majorité des décisions 9 ter - que ces

informations auraient un caractère général de sorte qu'elles ne peuvent être prises en considération. Or, on n'aperçoit pas en quoi les sites vers lesquels la partie adverse renvoie aurait une force probante plus importante, ou seraient plus personnalisés, que les rapports déposés par la partie requérante. Cette motivation est inadéquate, inexacte et non pertinente ».

Elle ajoute que « la partie adverse donne aux informations présentes au dossier administratif, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation. En effet, elle conclut, à tort, de l'ensemble des documents présents au dossier administratif que les soins de santé sont disponibles et accessibles. La partie requérante estime que cette appréciation découle d'une erreur manifeste d'appréciation, d'une part et que les documents concluants à l'accessibilité sont sans pertinence pour le cas d'espèce, d'autre part. Or, « le principe de bonne administration exclut l'erreur manifeste d'appréciation et implique l'obligation de motivation matérielle de tout acte administratif, l'interdiction de l'arbitraire et la nécessité de faire reposer toute décision sur des motifs exacts, pertinents et admissibles » (C.E., arrêt n° 183464, 27 mai 2008) ; Dans les affaires où la partie requérante met en cause, comme en l'espèce, l'appréciation des faits opérée par l'autorité administrative, le Conseil se garde, du fait de la nature du contrôle qui doit être opéré (contrôle de légalité uniquement) de substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la décision. Sa préoccupation est de vérifier que l'autorité administrative n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et qu'elle a donné desdits faits une interprétation adéquate qui n'est pas entachée d'une erreur manifeste d'appréciation (voir, parmi d'autres, C.C.E. n° 7.579, 21 février 2008, voir aussi dans le même sens, RvSt., n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005). En outre, dans le cadre de l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins, la partie adverse doit faire preuve de bonne administration, et plus précisément de prudence et de minutie. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'analyse des informations versées au dossier administratif par la partie adverse nous apprend ce qui suit : Concernant le document de CLEISS « le Régime nigérien de sécurité sociale », force est de constater qu'il concerne les prestations familiales (prestations de maternité), accident de travail et maladies professionnelles, pensions. Il ne concerne en rien le requérant. Le volet maladie et prestations gratuites concernent exclusivement la maternité (consultations prénatales, césariennes, contraception, frais d'accouchement). Ce premier document est sans aucune pertinence. Concernant le Code du travail, force est de constater qu'outre que le requérant se déclare mineur et n'a pas accès au travail, les éléments du dossier permettent à suffisance de conclure qu'il n'est actuellement pas en état de travailler. En tout état de cause, le requérant n'a pas d'employeur jusqu'à présent de sorte que le maintien du salaire n'est sans aucune pertinence pour le cas d'espèce. Concernant les soies-disant initiatives de mutuelles au Niger, la partie adverse dépose un document daté de 2010 « Usaid du peuple américain », dont il ressort en substance que l'essentiel de la population nigérienne est actif dans le secteur informel. La partie adverse elle-même conclut que « le groupe formé du monde rural et du secteur informel ne bénéficie d'aucune forme de protection maladie. Les individus et leurs familles reçoivent les soins de santé selon leurs moyens plutôt que selon leurs besoins ». Ce document fait état de deux initiatives locales en 2000 et de trois en 2003. Ce document confirme que le requérant - qui n'appartient à aucune catégorie bénéficiant d'assurance (fonctionnaire, travailleur salarié affilié, travailleur salarié parapublic, quelques assurés affiliés auprès des compagnies d'assurances commerciales) - recevra des soins en fonction de ses moyens plutôt que de ses besoins. Ce document ne permet nullement de conclure à une accessibilité effective aux soins de santé. Enfin, concernant la couverture universelle en santé, le document déposé par la partie adverse datant de 2012 - atteste essentiellement d'intention des autorités publiques, sans que l'on puisse en tirer des conclusions sur la réelle possibilité d'avoir un accès aux soins de santé. Ainsi, ce document de stratégie a été fait en trois phases : « Une phase de collecte des informations sur le terrain ; Une phase d'élaboration du premier draft ; Et une phase de validation du document en atelier national ». Ce document est également donc sans pertinence ».

Enfin, elle souligne qu' « il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la Loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande. Le directeur de l'Office des

étrangers a précisé que « L'accessibilité effective de cette infrastructure et la possibilité matérielle de recevoir un traitement et des médicaments sont également prises en compte » (Doc. Parl, Chambre, Sess. Ord. 2005-2006, n° 2478/008, exposé introductif, p.137) ». Partant, force est de constater qu'il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie la partie adverse, que les soins médicaux que nécessite l'état de santé du requérant sont accessibles dans son pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée et ce qui concerne l'accessibilité des traitements nécessaires au requérant, au regard de sa situation individuelle. En outre, en concluant sur ces seules informations à l'accessibilité effective des soins, elle a tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et a donné desdits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation ».

3. Discussion.

3.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« 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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°s 229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n°s 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et

n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

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

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

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse daté du 14 janvier 2020, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble psychotique non spécifié, d'un trouble anxieux de type PTSD et d'un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites.

S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil relève que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 14 janvier 2020, que

« L'intéressé apporte différents rapports en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (annexes 3 à 9 à la demande 9ter: rapports de l'OMS, rapport de la CE, Atlas de la santé, Médecins du Monde). Le conseil du requérant invoque un risque de discrimination et de stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles mentaux. Il affirme en outre que le traitement du requérant ne serait pas disponible au pays d'origine, qu'il y aurait un sous-financement du secteur de la santé, qu'il y aurait des inégalités dans l'accès aux soins notamment envers les jeunes, qu'il y aurait un manque de matériel et de personnel soignant et qu'il n'y aurait pas de couverture sociale au Niger.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale décrite et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Le conseil du requérant indique ensuite que son client, qui est orphelin, ne pourrait compter sur son entourage pour financer les soins de santé et qu'il ne pourrait travailler. Notons que le médecin du requérant en Belgique n'a pas mentionné d'incapacité à travailler dans le chef du requérant. Dès lors, celui-ci ne démontre pas qu'il ne pourrait pas travailler pour payer ses soins médicaux. Concernant la disponibilité des soins, nous avons démontré supra par des sources récentes et fiables que tous les soins nécessaires au requérant sont bien disponibles.

Par ailleurs, selon le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale², le régime nigérien de sécurité sociale comporte trois branches: les prestations familiales (en charge des prestations de maternité), les accidents du travail et maladies professionnelles, les pensions (invalidité, vieillesse, décès). Concernant le volet maladies, des divisions d'action sanitaire et sociale de la CNSS dispensent aux niveaux des localités: des services médico-sociaux, des services sociaux. Ces divisions servent des prestations en nature aux travailleurs et leur famille et leur apportent l'aide nécessaire pour accomplir les formalités administratives. Certaines prestations sont en outre gratuites dans les établissements publics.

Le Code du travail prévoit qu'en cas de maladie, l'employeur maintient le salaire pendant une durée maximum de 6 mois. La durée et le montant du versement de la prestation dépendent de la période d'emploi chez l'employeur.

Pour faire face à la pauvreté, les populations ont commencé à s'organiser en mettant en place des mutuelles de santé. La population Nigérienne est répartie en cinq grands groupes³ par rapport à la protection du risque maladie: le premier groupe est composé de fonctionnaires, de militaires et de forces de sécurité; Le deuxième groupe est constitué de travailleurs salariés du secteur privé affiliés à la caisse nationale de sécurité sociale; le troisième groupe est composé de travailleurs salariés du secteur parapublic où chaque entreprise dispose d'une forme d'assurance maladie interne; le quatrième groupe est formé de quelques assurés affiliés auprès des compagnies d'assurances commerciales et le cinquième groupe formé du monde rural et du secteur moderne informel: Ce 5^{ème} groupe ne bénéficie d'aucune forme de protection maladie. Les individus et leurs familles reçoivent les soins de santé selon leurs moyens plutôt que selon leurs besoins dans un contexte de généralisation du recouvrement des coûts des soins de santé à option paiement direct par épisode.

Notons également l'existence du Fonds social de santé qui est une institution à caractère social qui a pour mission d'assurer la prise en charge financière des soins destinés aux personnes démunies et vulnérables. Il assure: 1° la prise en charge en tiers payant des soins et des évacuations sanitaires destinés aux personnes démunies; 2° la sécurisation des ressources du fonds, afin qu'elles servent effectivement à la prise en charge des seules personnes démunies, auxquelles elles sont destinées; il permet de promouvoir l'équité en matière d'accès aux soins de santé des populations démunies et éventuellement de certains groupes vulnérables.

Rappelons aussi que «(...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire⁴». Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Niger. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38) ».

Le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante, que cette motivation ne permet pas de comprendre la raison pour laquelle le médecin conseil a considéré que le suivi et le traitement étaient accessibles au requérant au Niger.

En effet, en ce que le médecin conseil renvoie à la possibilité pour le requérant de travailler et de bénéficier du système de sécurité sociale nigérien et de revenus garantis en cas de maladie en vertu du Code du travail, le Conseil constate qu'il ne démontre pas l'effectivité d'une accessibilité aux soins nécessaires au requérant par cette voie. En effet, le médecin conseil indique que la population nigérienne est divisée en cinq groupes dont le dernier est composé « du monde rural et du secteur moderne informel » qui « ne bénéficie d'aucune forme de protection maladie. Les individus et leurs familles reçoivent les soins de santé selon leurs moyens plutôt que selon leurs besoins dans un contexte de généralisation du recouvrement des coûts des soins de santé à option paiement direct par épisode ». Dans le rapport intitulé « Mutualité, passage à l'échelle et assurances maladies » de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) de février 2010, versé par la partie défenderesse au dossier administratif et relatif à divers pays africains dont le Niger, il est rappelé que « l'essentiel de la population active des pays africains [est] employée dans les petites entreprises du secteur informel et les exploitations familiales du secteur agricole ».

Le Conseil constate dès lors que le renvoi du requérant à la sécurité sociale et au Code du travail n'est pas pertinent en l'espèce puisqu'il est probable que, même s'il parvenait à trouver rapidement un travail - ce que le requérant conteste au vu de son état de santé - il travaillerait dans l'économie informelle comme « l'essentiel de la population active » au Niger. L'accessibilité des soins et traitements grâce au secteur économique formel nigérien n'est donc pas suffisamment démontrée, aucun élément du dossier administratif ne permettant de penser qu'il aurait un accès facilité au secteur économique formel, ses troubles mentaux importants indiquant plutôt l'inverse.

Par ailleurs, il n'est pas clair si le médecin conseil considère que le requérant pourrait financer ses soins de santé uniquement grâce aux revenus d'un travail, sans recours au système de sécurité sociale ou à tout autre type de mutuelle ou assurance. Si tel est le cas, ce motif devrait être considéré comme non suffisant au regard du caractère non étayé et très hypothétique d'une telle accessibilité.

Ensuite, quant à la possibilité d'être affilié à une mutuelle de santé, le Conseil constate que le rapport de l'USAID versé au dossier administratif évoque des initiatives peu nombreuses et très locales, soit 17 mutuelles de santé en 2008 « qui couvrent une zone géographique donnée (village, commune,...) ou des groupements et associations d'hommes et/ ou de femmes ». Il est également indiqué dans ce rapport que

« l'extension fonctionnelle des mutuelles de santé est limitée par la faiblesse du montant des contributions d'une part et d'autre part par l'inexistence de réseaux de mutuelles de santé à travers le pays prenant en charge les soins de santé aux niveaux secondaires et tertiaires. En dehors du transport des malades vers les hôpitaux régionaux, les paquets de bénéfices se limitent uniquement aux soins de santé disponibles dans les centres de santé intégrés (CSI) qui offrent des soins de santé de 1er niveau ».

L'accessibilité aux soins grâce à une mutuelle de santé paraît donc très hypothétique tant quant à la possibilité pour le requérant de s'affilier à une telle mutuelle que quant à la possibilité de voir ses frais médicaux pris en charge grâce à l'intervention de celle-ci.

Enfin, quant au « Fonds social de santé » évoqué par le médecin fonctionnaire, le Conseil constate que celui-ci semble confondre l'objectif stratégique du Gouvernement nigérien pour la politique de soins de santé et la réalité du système de soins de santé au Niger. En effet, cet organisme est évoqué dans le document gouvernemental, rédigé avec l'OMS, intitulé « stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger » de juin 2012, qui indique ce qui suit :

« Le Fonds social de santé serait une institution à caractère social qui aura pour mission d'assurer la prise en charge financière des soins destinée aux personnes démunies et vulnérables » (le Conseil souligne).

La création de ce Fonds était donc un objectif gouvernemental assez vague tandis que le médecin conseil a considéré que l'existence dudit Fonds était une réalité. A cet égard, le médecin conseil a effectivement commis une erreur manifeste d'appréciation.

Il en est d'autant plus ainsi que dans sa demande d'autorisation de séjour, le requérant avait cité *in extenso* un passage du Rapport annuel de 2018 de l'OMS sur le Niger qui laisse entendre que les objectifs de couverture santé universelle fixés en 2012 n'avaient pas encore été mis en œuvre :

« Pour mieux adresser la problématique du financement de la santé au Niger, le Ministère de la Santé Publique a, dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique nationale de protection sociale, élaboré la Stratégie nationale de financement pour aller vers la couverture universelle en santé avec l'appui de l'OMS en 2012. Des réflexions sont en cours par un groupe de travail technique multisectoriel afin de proposer au gouvernement des options permettant d'opérationnaliser la mise en œuvre de la CSU ».

En se basant sur un document officiel et stratégique du Gouvernement nigérien datant de 2012 sans tenir compte ni motiver son avis quant à ce document de 2018 de l'OMS traitant de la même question, autrement qu'en invoquant un prétendu caractère général totalement infondé au regard des propres sources utilisées par le médecin conseil, celui-ci n'a pas suffisamment motivé son avis.

Le requérant avait également invoqué dans sa demande d'autorisation de séjour, la promulgation de lois prévoyant la gratuité des soins uniquement pour les catégories suivantes : césariennes, consultations prénatales, soins enfants, contraception, cancers gynécologiques, ce qui ne recouvre pas les soins dont le requérant a besoin. Aucune réponse n'a été apportée par le médecin-conseil à cet égard, ce qui implique que l'avis est également insuffisamment motivé sur ce point.

Enfin, le Conseil constate que l'ultime paragraphe de l'avis du médecin-conseil relatif à l'article 3 de la CEDH n'est pas pertinent s'agissant de l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 dont le champ d'application est plus large que celui de l'article 3 de la CEDH.

L'argumentaire développé par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne permet pas de remettre en cause ce qui précède puisqu'elle ne répond aucunement aux critiques de la partie requérante mais se contente de réitérer les affirmations du médecin conseil.

3.3. Il ressort de ce qui précède que l'avis du médecin conseil, qui fonde la décision litigieuse, n'est pas suffisamment ni adéquatement motivé et procède, en partie, d'une erreur manifeste d'appréciation. Le premier moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la décision entreprise. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts.

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

La décision attaquée étant annulée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 20 janvier 2020, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

J.-C. WERENNE