

Arrêt

n° 260 543 du 13 septembre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. GRINBERG
Rue de l'Aurore 10
1000 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par 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 2 octobre 2020, par X, qui déclare être de nationalité éthiopienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 20 août 2020.

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 22 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 28 avril 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me C. ROZADA *loco Me* M. GRINBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *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 9 décembre 2011, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois en vertu de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a donné lieu à une décision d'irrecevabilité prise par la partie défenderesse le 14 mars 2012. Le 26 février 2013, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois fondée sur l'article 9ter précité, complétée le 13 juin 2016, laquelle a donné lieu à une décision de rejet prise par la partie défenderesse le 9 juin 2016. A la même date, la partie défenderesse prend une décision d'ordre de quitter le territoire. Ces décisions ont été annulées par le Conseil de céans dans un arrêt n°232 204 du 4 février 2020. La partie défenderesse a le 20 août 2020 pris une nouvelle décision déclarant recevable

mais non fondée la demande introduite ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions qui constituent les actes attaqués sont motivées comme suit :

- S'agissant du premier acte attaqué :

« 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.

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

Dans son avis médical remis le 14.08.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de Mme [A.] que ces soins médicaux lui sont accessibles, 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'intéressée 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 elle séjourne.

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'intéressée 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.»

- S'agissant du second acte attaqué :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :
L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable.»

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation des « articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; des droits de la défense ; des principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, du défaut de motivation et de l'erreur manifeste d'appréciation ».

Dans une première branche, relative à la disponibilité et l'accessibilité des soins médicaux et du suivi nécessaire en Ethiopie, elle rappelle avoir fourni dans un complément à sa demande daté du 13 janvier 2016 différents rapports relatifs à l'accès aux soins de santé dans ce pays. Elle met en exergue de nombreux extraits de ces rapports généraux, mais précise encore avoir déposé des informations sur les maladies respiratoires qui sont « la première cause de mortalité dans ce pays ». Elle estime que la partie défenderesse ne répond pas à ces informations objectives, claires et précises.

S'agissant de l'accessibilité, elle considère que la partie défenderesse confirme les informations déposées par la requérante et que si elle reprend le détail du paquet essentiel des services de santé, l'asthme ne fait pas partie des maladies comprises dans ce programme pour considérer que « la motivation de la partie adverse ne permet pas à la requérante de comprendre en quoi le traitement pour l'asthme lui serait accessible dans ces conditions » et que « Cette motivation est tout à fait inadéquate et ne rencontre en rien le contenu précis des documents joints à la demande ». Elle cite alors de la jurisprudence du Conseil de céans sanctionnant l'absence de prise en considération sérieuse de ces éléments.

Dans une deuxième branche, relative à la disponibilité des soins médicaux et du suivi, elle critique l'utilisation de la base de données non publique MedCOI. Ainsi, « Le MedCOI BMA-13287 indique la disponibilité de methylprednisolone dans un établissement privé d'Addis Abeba, le Nordic Medical Centre. La consultation du MedCOI permet de constater que rien n'est indiqué sur le cout et les éventuelles ruptures de stock des médicaments repris de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent pas de s'assurer de la disponibilité effective des médicaments en question » ; « Le MedCOI BMA-12396 rapporte la disponibilité d'un suivi par un pneumologue dans un établissement privé, Korean Hospital d'Addis Abeba. Il en est de même pour la disponibilité des épreuves fonctionnelles respiratoires, disponibles dans un établissement privé d'Addis Abeba, l'Addis Cardiac Hospital. Concernant la disponibilité du fluticasone, le MedCOI BMA-12396 rapporte son indisponibilité dans deux établissements privés d'Addis Abeba (Landmark General Hospital et le Nordic Medical Cendre). Concernant le fluticasone-formoterol, cette combinaison est disponible dans l'établissement privé d'Addis Abeba, le Landmark General Hospital, selon ce même MedCOI déposé par la partie adverse ». Elle rajoute encore que « dans sa décision, la partie adverse ne mentionne pas l'indisponibilité du fluticasone et se concentre sur sa combinaison avec le formoterol », alors que le médecin-conseil « ne donne néanmoins pas d'explication précise concernant le médicament qu'il remplace par une autre association de même classe thérapeutique ou par un autre traitement, ce qui ne permet pas de s'assurer que cet équivalent ne nuirait pas à la santé de la requérante. La motivation de la décision attaquée ne permet pas non plus de s'assurer que le traitement proposé est adéquat ». Elle estime encore que « L'examen réalisé par la partie adverse manque, en outre, totalement de prudence. Il y a lieu de rappeler que la motivation de la décision doit permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité ». Elle rappelle le contenu de l'obligation formelle qui pèse sur l'autorité et en conclut qu' « en déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers, sans avoir procédé à un examen sérieux des possibilités pour la requérante d'être suivie en Ethiopie, la partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision et a violé les dispositions légales visées au moyen ».

Dans une troisième branche, sur l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires, elle estime s'agissant du paquet essentiel des soins de santé (EPHS), « qui sont des services médicaux qui devraient être fournis par des établissements publics à toute la population éthiopienne (alors qu'il ressort des MedCOI que le suivi et les traitements dont a besoin la requérante seraient disponibles dans des institutions privées), cette information n'est pas complète et ne permet pas à la requérante de savoir si son traitement pour l'asthme lui sera disponible en cas de retour dans son pays d'origine ». Elle constate que « Dans sa décision, la partie adverse ne mentionne pas spécifiquement le traitement pour l'asthme et indique les soins pris en charge par le système ». Elle considère que le contenu de l'avis médical « ne permet pas à la requérante de connaître l'accessibilité de son traitement pour l'asthme. La source utilisée date de plus de juillet 2015 et n'est dès lors pas actuelle ». Elle estime que « L'article déposé par la partie adverse « The essential package of health services and health benefit plans in Ethiopia » rapporte que le diagnostic et le traitement de l'asthme bronchiale ainsi que le diagnostic clinique et le traitement de cas sévères d'asthme avec un support en oxygène et stéroïdes sont inclus dans l'EPHS (Essential Package of Health Sendees) et également dans le HBP (Health Benefit Plans) (p. 11). L'assurance santé communautaire et l'assurance santé sociale font partie du HBP-Health Benefit Plans ». Elle critique encore cet avis en ce qu'il « rapporte également que cela concerne le « Diagnostic tests and generic drugs included in the drug list of the Agency, and prescribed by medical practitioners » » alors que « Toutefois, cette liste ne figure pas dans le document déposé par la partie adverse. Rien ne nous permet de vérifier que le traitement indispensable à la requérante figure effectivement dans cette liste ». Enfin, « En ce qui concerne les informations délivrées par la personne de contact MedCOI ET2, elles ne sont par ailleurs pas pertinentes non plus car elles ne concernent pas les pathologies de la requérante. Il est précisé que : « le gouvernement offre un soutien à certaines catégories de personnes (les femmes enceintes par exemple) ou à certaines catégories de maladies (tuberculose, VIH, malaria, etc.). La personne de contact MedCOI El'2 ajoute également qu'il existe

certaines ONG qui tentent de couvrir le traitement des rhumatismes et des affections cardiaques congénitales, des affections oculaires et de certaines maladies tropicales ». La partie requérante constate alors que « L'asthme dont souffre la requérante ne se retrouve pas dans cette liste. Cette motivation n'est pas pertinente ». S'agissant de l'assurance santé communautaire (CBHI), elle relève que « ce programme bénéficie principalement aux travailleurs du secteur informel. En outre, aucune information n'est reprise sur les conditions pour bénéficiar de la gratuité totale des soins de santé et sur leur identification par les autorités des woreda. On peut également lire que la contribution diffère d'une région à l'autre (p. 5) » et qu'il convient de « constater que le document sur lequel la partie adverse se base, fait état d'une limite d'indigents par woreda afin de maintenir la faisabilité du projet et son financement durable (USAID, « Community-Baised Health Insurance : Achievements and Recommandations for Sustaining Gains in Ethiopia », Augustus 2018, p. 3) » ». Elle ajoute encore que si « la partie adverse rapporte la présence d'environ 800 woredas en Ethiopie », ce système de CBLII n'est présent que dans 512 woredas ». Elle relève également que la partie défenderesse précise que « les services fournis sont différents dans chaque woredas (« *le contenu du paquet de soins peut varier d'une région à l'autre* ») et qu'il y est également indiqué que « *les services doivent figurer sur la liste couverte par l'ensemble des prestations* » alors qu' « *aucune* information ne figure dans la décision sur les soins compris dans cette assurance santé communautaire ». S'agissant de l'assurance santé sociale (SHI), elle observe que celle-ci est « financée par les contributions des employés, dans le secteur formel. La partie adverse ne fait que la mentionner sans en donner les détails. En effet, il ressort du document USAID « The essential package of health services and health benefit plans in Ethiopia » que cette assurance n'est pas encore opérationnelle (p. 2). La requérante ne pourrait dès lors en bénéficier ». Enfin, elle rappelle avoir « déposé des informations objectives qui attestaient de l'inaccessibilité des soins et traitements en Ethiopie auxquelles la partie adverse ne répond pas, ce qui constitue un défaut de motivation.

Dans une quatrième branche, elle rappelle qu'il « ressort clairement des certificats médicaux déposés que la requérante souffre d'asthme sévère » et le contenu de sa demande, ainsi que les considérants de l'arrêt ayant conduit à l'annulation de la précédente décision de rejet. Elle ajoute que suite à cet arrêt, elle a actualisé son dossier et déposé un nouveau certificat lequel précise à nouveau que « [I]a patiente ne pouvait pas voyager en raison de la sévérité de l'asthme. Dans le nouveau certificat médical circonstancié du [7 juillet 2020], il confirme que sa patiente ne peut pas voyager si l'asthme n'est pas traité et il joint un rapport médical date du même jour dans lequel il conclut que la requérante est atteinte d'un asthme sévère avec rechute depuis l'arrêt du traitement ». Elle considère au vu de ces éléments qu'il appartenait à la partie défenderesse « de préciser les motifs pour lesquels elle considérait que l'état de santé de la requérante lui permettait désormais de voyager alors que le médecin spécialiste qui la suit depuis des années considérait que le voyage n'était pas possible et qu'il constate une aggravation de son état ». Elle estime à cet égard que la motivation de l'avis médical est « insuffisante et ne rencontre pas les arguments invoqués par la requérante ». Elle ajoute que l'arrêt précédent du Conseil relevait qu'il « ne ressortait d'aucune attestation contenue dans le dossier administratif qu'un médecin ait reconnu à la requérante la capacité de voyager. Il est en toujours ainsi ». Elle précise que le médecin-conseil est médecin généraliste et qu'il n'a dès lors pas les compétences ou de formation particulière dans le traitement des maladies respiratoires. Elle estime donc qu'il est « particulièrement malvenu de remettre en question le contenu du certificat médical complété par le [...] pneumologue, d'autant plus qu'il indique que l'état de santé de la requérante s'est dégradé » alors que la partie défenderesse « n'a pas estimé nécessaire ni de consulter un spécialiste, ni de prendre contact avec le Dr [G.] afin de collecter des informations supplémentaires au sujet de cette pathologie, ni de rencontrer la requérante ».

Dans une cinquième et dernière branche, elle indique qu'une « demande d'autorisation de séjour pour motifs médicaux est une demande de protection subsidiaire », cite des extraits d'un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, et précise que « la requérante n'a pas été entendue par les services de la partie adverse avant que la décision de non fondement de sa demande ne soit prise ».

3. Discussion.

3.1. Sur l'ensemble du moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980,

«L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au §2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou

dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que

« L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

3.2. Le Conseil rappelle 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.

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.

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.

3.3. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur l'avis du médecin-conseil daté du 14 août 2020, selon lequel, au vu des éléments médicaux produits par la partie requérante, qui souffre d'asthme et d'une sinusite chronique, ces derniers

« [...] ne permettent pas d'établir que l'intéressé présente une affection médicale 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. [...] Aucune contre-indication aigue actuelle n'est démontrée, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages. [...] Du point de vue médical, nous pouvons conclure que l'affection précitée n'entraîne pas un risque réel de traitement

inhumain ou dégradant vu que sa prise en charge thérapeutique est disponible et accessible ».

Par ailleurs, le médecin-conseil relève qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour dans le pays d'origine.

3.4. Cette motivation, qui se vérifie à l'examen du dossier administratif, n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne à prendre le contre-pied de la décision attaquée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, s'agissant de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement requis au pays d'origine, ce qui ne saurait être admis en l'absence de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.5. En ce qui concerne les critiques portées, pour l'essentiel, sur l'analyse de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et du suivi médical, le Conseil ne peut que relever que le médecin fonctionnaire s'est fondé, pour rendre son avis médical, sur la base de données MedCOI ainsi que sur des sites internet et que ces sources figurent au dossier administratif.

3.5.1. S'agissant de la disponibilité, le Conseil observe que le médecin-conseil a fourni dans son avis la démonstration, non utilement contestée, de celle-ci en Ethiopie. Ainsi, il a considéré que

« [...] Medrol (méthylprednisolone), Relvar (fluticasone, vilanterol).
Suivi pneumologique.

Les molécules présentes au traitement médicamenteux - ou leurs équivalents de classes thérapeutiques similaires - ainsi que le suivi médical sont disponibles en Ethiopie.

Ainsi l'association fluticasone-vilanterol peut être substituée par une autre association de même classe thérapeutique (association Beta2 mimétique longue durée d'action et corticostéroïde inhalé), telle l'association fluticasone-formoterol, disponible au pays d'origine. <http://www.cbip.be>

Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine.

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressée puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine de la requérante soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique.

L'affection en question étant chronique, la requérante peut se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire suite à une rupture de stock ainsi que pour son voyage dans son bagage à main.

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée): [...] »:

Le médecin conseil reproduit ensuite les résultats des requêtes introduites et en fait un bref résumé.
Ainsi,

« [...] Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI:

Requête MedCOI du 14.02.2020 portant le numéro de référence unique BMA-13287, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Ethiopie et qui confirme la disponibilité de: méthylprednisolone

Medication : methylprednisolone

Medication Group : Immunosuppressants

Type : Alternative MedicationType Availability Available

Requête MedCOI du 12.05.2019 portant le numéro de référence unique BMA-12396, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Ethiopie et qui confirme la disponibilité de: suivi pneumologie, épreuves fonctionnelles respiratoires, fluticasone-formoterol.

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a pulmonologist
Availability : Available

Required treatment according to case description :diagnostic research, in the

form of lung function tests

Availability : Available

Medication : fluticasone + formoterol (combination)

Medication Group : Pulmonology: COPD medication

Type : Alternative Medication

Availability : Available

NB: les références citées dans les rapports médicaux de MedCOI (BMA) le sont uniquement au titre d'exemples prouvant la disponibilité de l'objet de la requête dans le pays concerné et ne sont pas limitatives. Il ne peut donc en aucun cas être déduit que la disponibilité soit limitée à ces seules références [...] ».

et en conclut que

« Sur base des informations, nous pouvons conclure que les soins sont disponibles en Ethiopie ».

3.5.2. S'agissant de l'absence de prise en considération des rapports généraux tendant à démontrer le défaut de disponibilité et d'accessibilité de la médication et des soins en Éthiopie, le Conseil ne peut que relever que la seule circonstance que les informations issues de rapports généraux que la partie requérante avait fait valoir à l'appui de sa demande soient différentes de celles résultant de rapports du même type dont la partie défenderesse fait état à l'appui de la décision querellée ne suffit, au demeurant, pas pour conclure, ainsi que le fait la partie requérante, que la partie défenderesse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation ou violé les dispositions invoquées à l'appui du moyen unique.

3.5.3. S'agissant des critiques formulées à l'encontre des informations issues de la base de données MedCOI, le Conseil rappelle tout d'abord que la motivation par référence est admise lorsque la motivation d'une décision reproduit en substance le contenu du ou des documents auxquels elle se réfère. En l'occurrence, le Conseil constate que la décision attaquée contient une motivation qui s'appuie sur les conclusions du médecin-conseil de la partie défenderesse émises dans son rapport du 4 janvier 2019, lequel est joint à l'acte attaqué et a été communiqué à la requérante, et que ce rapport se fonde en substance sur des informations tirées de sites Internet ainsi que sur des informations provenant de la Banque de données MedCOI, se présentant sous la forme de colonnes où d'un côté le traitement ou le suivi sont expressément désignés et de l'autre, la disponibilité ou non de ceux-ci. Le Conseil ne peut que constater que le médecin-conseil a, en l'espèce, résumé la conclusion de chaque requête et reproduit les tableaux qu'il estimait pertinents. Les critiques relatives à une violation de la motivation formelle ne peuvent dès lors être retenues. En estimant que la partie défenderesse devait fournir les requêtes MedCOI en annexe à la décision querellée et à l'avis médical qui lui était joint, la partie requérante, n'ayant pas égard au résumé effectué dans l'avis du médecin, la partie requérante donne à la notion de motivation formelle une portée qu'elle n'a pas.

Toujours sur ces requêtes MedCOI, en ce que la partie requérante critique la circonstance que l'accessibilité n'est pas démontrée par celle-ci, le Conseil ne peut que constater que l'objection de la partie requérante quant à ce n'est pas pertinente dès lors que ces sources sont utilisées uniquement pour démontrer la disponibilité des soins et non l'accessibilité, laquelle est examinée par ailleurs au sein de l'avis.

3.5.4. S'agissant des éventuelles ruptures de stocks de ces médicaments, le Conseil constate, contrairement à la partie requérante, que le médecin-conseil a bien rencontré ces éléments en précisant que

« l'affection étant chronique, la requérante peut se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire suite à une rupture de stock, ainsi que pour son voyage dans son bagage à main ».

De surcroit, dans le *disclaimer* reproduit par le médecin-conseil sous les requêtes, il est bien précisé que

« le médicament est soit produit soit importé dans le pays d'origine et il n'y a pas de problèmes d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche »

3.5.5. S'agissant de la disponibilité du méthylprednisolone, le Conseil observe que celle-ci n'est pas en tant que telle contestée, mais bien que celle-ci soit acquise dans des hôpitaux et des pharmacies privées. Pour le reste des critiques sur cet aspect, il est renvoyé aux points relatifs à l'accessibilité des médicaments *infra*.

3.5.6. Enfin s'agissant de la disponibilité du fluticasone, de sa non disponibilité, et du remplacement médicamenteux présenté par le médecin-conseil de la partie défenderesse, alors que, selon la partie requérante, tout changement est susceptible d'apporter de nombreux effets secondaires, le Conseil observe que le médecin-conseil de la partie défenderesse a, pour chacun des éléments du traitement de la requérante, indiqué les molécules qui le compose et constaté qu'était disponible soit la médication précise soit le même principe actif. A défaut d'autres développements, le Conseil ne peut que constater que ce faisant, le médecin-conseil n'a ni contredit le diagnostic ni le traitement établi par le médecin spécialiste de la requérante. En tout état de cause, le Conseil n'observe pas plus des certificats médicaux et pièces médicales déposés par la requérante qu'une quelconque contre-indication ou d'informations relatives à des effets secondaires aient été avancées devant la partie défenderesse ou que des réserves aient été émises quant à d'éventuelles substitutions. Le Conseil rappelle à cet égard qu'il ressort de l'arrêt n° 236 016 prononcé le 6 octobre 2016 par le Conseil d'Etat qu'

« il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir 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 ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine ».

Du reste, la circonstance que les soins dispensés en Ethiopie ne seraient pas optimale ou de qualité similaire à ceux dispensés en Belgique n'est nullement de nature à établir l'existence d'un traitement inhumain ou dégradant à l'endroit de la requérante en cas de retour au pays d'origine. Au surplus, le Conseil ne peut que rappeler qu'il ne découle nullement du prescrit de l'article 9ter de la loi que la dimension qualitative des soins est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de la disposition précitée et qu'en conséquence la partie requérante n'a pas d'intérêt au développement de cette partie du moyen. Dans le même sens, le rappel de la possibilité de rupture de stock n'entame en rien les constats faits ci-dessus relatifs à la disponibilité des soins et du suivi en Ethiopie.

3.5.7. La jurisprudence citée n'est pas de nature à inverser les constats qui précèdent.

3.6. S'agissant de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine, le Conseil observe que la partie requérante critique celle-ci alors que le médecin-conseil a conclu à l'accessibilité en précisant que :

« L'Éthiopie a un système de prestation de soins de santé à trois niveaux. Au premier niveau (niveau du district), le système de santé comprend des hôpitaux primaires (avec une couverture de 60 000 à 100 000 personnes), 141 centres de santé et 1 949 postes de santé satellites, qui sont relier entre eux par un système de référence.

Les deux niveaux suivants comprennent les hôpitaux régionaux et de référence. La personne de contact MedCOI ET4 souligne que le deuxième niveau comprend en plus un hôpital général (avec une couverture de population d'un million de personnes) et le troisième niveau un hôpital spécialisé, couvrant une population de cinq millions de personnes. Le système de santé éthiopien comprend un secteur public et un secteur privé.

Le secteur de la santé publique est composé des établissements de santé du gouvernement, qui fournissent entre 75 et 78 % de l'ensemble des services ambulatoires et hospitaliers du pays.

La personne de contact ET4 de MedCOI déclare que «/es soins de santé fournis par le secteur public ne sont pas gratuits, à moins que les bénéficiaires n'aient fourni la preuve de leur statut de faible revenu par les autorités

locales». Le secteur privé de la santé est composé de prestataires de soins de santé à but lucratif et non lucratif (ONG). «Le gouvernement éthiopien encourage la participation du secteur privé dans le domaine de la qualité des soins et des services». L'Ethiopie a développé un paquet essentiel de services de santé (EPHS) qui consiste en une liste de services médicaux qui devraient être fournis par des établissements publics à toute la population éthiopienne. L'EPHS couvre les services médicaux suivants: soins maternels, néo-natals et infantiles, vaccination, soins contre la lèpre et la tuberculose, soins contre le VIH et les autres IST, soins contre les maladies épidémiques et le paludisme. Ces services sont légalement exempts de frais d'utilisation. L'EPHS couvre également les soins curatifs de base et le traitement de certaines maladies chroniques (diabète, hypertension, ...) pour lesquels les centres de santé et les hôpitaux sont autorisés à facturer des frais d'utilisation minimaux. Selon l'USAID, les personnes pauvres éligibles au programme de dispense de frais sont exemptées de payer tous les frais d'utilisation pour les services inclus dans l'EPHS.

Selon la personne de contact MedCOI ET2, le gouvernement offre un soutien à certaines catégories de personnes (les femmes enceintes par exemple) ou à certaines catégories de maladies (tuberculose, VIH, malaria, etc.). La personne de contact MedCOI ET2 ajoute également qu'il existe certaines ONG qui tentent de couvrir le traitement des rhumatismes et des affections cardiaques congénitales, des affections oculaires et de certaines maladies tropicales.

Parallèlement au paquet essentiel de services de santé (EPHS), l'Ethiopie a développé deux types d'assurance santé publique: l'assurance santé à base communautaire (CBHI) et l'assurance santé sociale (SHI).

L'assurance santé communautaire (CBHI): La CBHI est une assurance santé communautaire et volontaire créée en 2010 qui s'est étendue à 512 woredas (subdivision administrative d'une région équivalente à un district) à partir de mars 2018. Il s'agit d'un programme qui bénéficie principalement aux trayailleurs du secteur non formel. Les woredas doivent d'abord décider de s'inscrire au programme après avoir évalué l'état de préparation de leurs établissements de santé, puis ce sont les ménages des woreda qui décident de s'inscrire ou non au programme. Il y a des ménages payants et des ménages non payants. Les ménages payants paient entre 6,72 USD et 9,60 USD par an. Les ménages non payants, ceux qui sont jugés trop pauvres pour contribuer, doivent être identifiés comme tels par les autorités du woreda. Les bénéficiaires du CBHI ont le droit d'accéder gratuitement à un ensemble de services de santé curatifs dans les établissements publics. Le contenu du paquet de soins peut varier d'une région à l'autre. Certains woredas passent également des contrats avec des pharmacies privées, de sorte que les bénéficiaires du CBHI peuvent recevoir des médicaments lorsque ceux-ci sont en rupture de stock dans les établissements publics. Il n'y a pas de limite à la quantité de services qu'un bénéficiaire "peut obtenir, mais les services doivent figurer sur la liste couverte par l'ensemble des prestations. Les bénéficiaires du CBHI doivent d'abord consulter les centres de santé. Le cas échéant, ils peuvent ensuite être orientés vers un hôpital (sauf pour les soins d'urgence).

Ajoutons que la requérante est en âge de travailler. Rien n'indique que celle-ci serait exclue du marché de l'emploi lors de son retour au pays d'origine. Si celle-ci n'entrant pas dans les conditions d'accès gratuit aux soins, elle pourrait obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé.
Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles en Ethiopie ».

Le Conseil estime que la partie requérante se borne, dans l'acte introductif d'instance, à prendre le contrepied des constats posés par le médecin-conseil de la partie défenderesse. A cet égard, le Conseil rappelle que selon une jurisprudence constante, c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen de sa situation administrative qu'il incombe d'en informer l'administration qui, pour sa part, ne saurait être tenue de procéder à des investigations, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 109.684, 7 août 2002). Or en l'espèce, le Conseil constate, à l'analyse des pièces versées au dossier administratif qu'à l'appui de sa demande visée, la partie requérante n'a fourni aucune indication contraire ou qui n'aurait été rencontrée par le médecin-conseil, mettant en exergue des extraits de rapports contestant l'accessibilité des soins.

Le Conseil constate que la partie requérante ne démontre pas plus qu'elle ne pourrait bénéficier de l'un des systèmes de soins de santé cités par le médecin-conseil, celle-ci restant en défaut d'exposer

quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient d'avoir accès à ceux-ci. Elle ne démontre pas plus être dans l'incapacité de travailler, ce constat, pas plus infirmé par les certificats médicaux fournis, étant par ailleurs également rencontré dans l'avis médical dont question, l'un d'entre eux précisant même que la requérante peut exercer un travail sédentaire (certificat médical du 7 juillet 2020).

L'affirmation de la partie requérante de l'absence d'accessibilité est d'autant moins susceptible de mettre en cause l'appréciation portée par la partie défenderesse qu'elle n'est en rien démontrée. Par ailleurs, si des informations issues de rapports généraux ou de sites internet et fournies par la partie requérante diffèrent de celles dont la partie défenderesse fait état, ce constat ne permet pas d'affirmer que la partie défenderesse aurait violé les dispositions visées au moyen.

A cet égard, si le fonctionnaire médecin exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine et qu'il en résulte que la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité d'un traitement adéquat dans le pays d'origine, ne pèse pas exclusivement sur le demandeur (en ce sens, C.E., 27 mars 2018, ordonnance n°12.768), il n'en demeure pas moins qu'il ne saurait être reproché à la partie défenderesse de s'être fondé sur des généralités au sujet de l'accès aux soins dans le pays d'origine, lorsqu'aucun élément spécifique à la situation personnelle du demandeur n'a été invoqué dans la demande comme constituant un obstacle en termes d'accès aux soins (le Conseil souligne).

Le Conseil rappelle de plus que le caractère suffisamment accessible des soins doit s'apprécier en fonction de la situation individuelle de l'étranger et ne dépend donc pas nécessairement de la possibilité d'y avoir accès gratuitement.

3.7.1. S'agissant des critiques formulées quant à la capacité de voyager, dès lors que le médecin spécialiste de la requérante aurait indiqué qu'elle ne pourrait plus le faire, son asthme s'étant aggravé, le Conseil observe d'une part que le certificat médical du 7 juillet 2020 précise que l'aggravation est intervenue « depuis l'arrêt du traitement », et que le médecin-conseil a rencontré les arguments avancés par la requérante en indiquant, sur ce point, que :

« Aucune contre-indication actuelle, aiguë ou stricte n'est démontrée dans les documents mis à notre disposition, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages, pour autant que la requérante suive les recommandations thérapeutiques et d'hygiène de vie de ses médecins et qu'elle puisse disposer de son traitement habituel.

Le médecin certificateur mentionne une notion de nécessité de présence «d'un membre de la famille ou de tiers» en cas de crise [d'asthme], tout en ne précisant pas la qualification de l'accompagnant; en l'occurrence, la présence d'un membre de la famille ou d'un tiers quelconque sans qualification médicale particulière n'est d'aucune utilité. Au demeurant, le personnel de cabine présent lors de tout voyage en avion et qui a reçu une formation de base en secourisme peut se révéler bien plus utile qu'un tiers quelconque sans formation médicale. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à consulter le programme de la formation qui est agréé par la Direction générale du transport aérien belge qui suit les préconisations de l'Agence Européenne de la Sécurité Aérienne.

Enfin, l'IATA, International Air Transport Association, dans son manuel médical 2018 signale que les personnes présentant de l'asthme peuvent voyager en veillant à emporter leur médication dans leur bagage à main ».

Le Conseil ne peut que constater que la partie requérante reste en défaut de renverser utilement les constats posés par le médecin-conseil de la partie défenderesse.

3.7.2. S'agissant du reproche fait à la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la partie requérante, le Conseil tient à rappeler qu'il résulte clairement de l'article 9ter, §1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, partiellement reproduit *supra*, que c'est au demandeur de l'autorisation de séjour qu'il incombe d'appuyer sa demande, autre par la production d'un certificat médical, de tout autre élément utile concernant sa maladie, c'est-à-dire, conformément à l'alinéa 1^{er} de l'article 9ter de la loi, de tout renseignement de nature à établir qu'il

« souffre d'une maladie dans un état tel 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 »

et que c'est sur cette base que le fonctionnaire médecin

« rend un avis à ce sujet »,

sous réserve, s'il l'estime nécessaire,

« d'examiner l'étranger et [de] demander l'avis complémentaire d'experts »
(CE, n°208.585, 29 octobre 2010).

Contrairement à ce que soutient la partie requérante en termes de requête, il n'existe, par conséquent, aucune obligation spécifique dans le chef de ce médecin-fonctionnaire d'examiner systématiquement le demandeur ou de requérir plus d'informations sur son état de santé. Imposer une telle obligation serait conférer à la loi une portée que le législateur n'a pas entendu lui donner.

Par ailleurs, le Conseil ne peut que constater qu'en l'espèce la partie requérante n'a aucun intérêt à la critique qu'elle formule dès lors que le médecin-conseil de la partie défenderesse ne conteste nullement le diagnostic posé par ses médecins et qu'en outre, la partie requérante, assistée d'un conseil, a pu valablement soumettre à la partie défenderesse tous les éléments qu'elle souhaitait dans le cadre de sa demande de séjour.

3.7.3. S'agissant de l'absence de spécialisation du médecin-conseil, généraliste, le Conseil entend également rappeler que ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent à la partie défenderesse de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste, lors de l'examen des conditions d'application de cette disposition. De plus, à nouveau, le Conseil observe que la pathologie et les soins requis par la requérante ne sont pas remis en question.

3.8. Quant à l'argument selon lequel la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter serait une demande de protection subsidiaire, le Conseil ne peut que rappeler que tel n'est pas le cas, au contraire de l'affirmation de la partie requérante. En effet, dans un arrêt *M'Bodj*, rendu le 18 décembre 2014, rappelant que

« les trois types d'atteintes graves définies à l'article 15 de la directive 2004/83 constituent les conditions à remplir pour qu'une personne puisse être considérée comme susceptible de bénéficier de la protection subsidiaire, lorsque, conformément à l'article 2, sous e), de cette directive, il existe des motifs sérieux et avérés de croire que le demandeur court un risque réel de subir de telles atteintes en cas de renvoi dans le pays d'origine concerné [...]»,

la Cour de justice de l'Union européenne a indiqué que

« Les risques de détérioration de l'état de santé d'un ressortissant de pays tiers ne résultant pas d'une privation de soins infligée intentionnellement à ce ressortissant de pays tiers, contre lesquels la législation nationale en cause au principal fournit une protection, ne sont pas couverts par l'article 15, sous a) et c), de ladite directive, puisque les atteintes définies à ces dispositions sont constituées, respectivement, par la peine de mort ou l'exécution et par des menaces graves et individuelles contre la vie ou la personne d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé interne ou international. L'article 15, sous b), de la directive 2004/83 définit une atteinte grave tenant à l'infliction à un ressortissant de pays tiers, dans son pays d'origine, de la torture ou de traitements ou sanctions inhumains ou dégradants. Il résulte clairement de cette disposition qu'elle ne s'applique qu'aux traitements inhumains ou dégradants infligés à un demandeur dans son pays d'origine. Il en découle que le législateur de l'Union n'a envisagé l'octroi du bénéfice de la protection subsidiaire que dans les cas où ces traitements ont lieu dans le pays d'origine du demandeur. [...]. Il s'ensuit que le risque de détérioration de l'état de santé d'un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie résultant de l'inexistence de traitements adéquats dans son pays d'origine, sans que soit en cause une privation de soins infligée intentionnellement à ce ressortissant de pays tiers, ne saurait suffire à impliquer l'octroi du bénéfice de la protection subsidiaire à celui-ci. [...] » (CJUE, 18 décembre 2014, *M'Bodj*, C-542/13, points 31 à 33, et 36).

L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne relève donc pas du champ d'application de la directive 2004/83/CE. L'argumentation développée par la partie requérante manque en droit à cet égard. En tout état de cause, la partie défenderesse a examiné la demande d'autorisation de séjour introduite, au regard des éléments produits à l'appui de cette demande. Dans le cadre de celle-ci, la partie requérante a eu la possibilité de faire valoir les éléments démontrant, selon elle, qu'elle remplissait les conditions fixées à l'autorisation de séjour, demandée. A cet égard, la Violation vantée du droit d'être entendu ne saurait être à nouveau rencontrée, la requérante ayant eu l'occasion de faire valoir avant la prise de l'acte attaqué tous les éléments qu'elle souhaitait.

3.9. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la requérante, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue le deuxième acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que celle-ci ne développe aucun moyen pertinent à son encontre. Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que, d'autre part, la motivation du deuxième acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

3.10. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé à l'encontre de la première décision attaquée.

4. Débats succincts.

Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le treize septembre deux mille vingt et un par :

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

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier, Le président,

A. KESTEMONT

J.-C. WERENNE