

Arrêt

n° 263 256 du 29 octobre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître K. MELIS
Rue Fritz Toussaint 8/i
1050 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 mars 2021, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 4 février 2021.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 2 juillet 2021 convoquant les parties à l'audience du 30 juillet 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me J. GOUTIER *loco Me* K. MELIS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *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.

La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 14 juin 2017 munie de son passeport revêtu d'un visa valable du 24 mars 2017 au 7 mai 2017. Le 22 juin 2017, elle a introduit une demande d'asile. Le 30 octobre 2017, la renonciation de la requérante à sa demande d'asile a été constatée et la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à son encontre. Le 1^{er} avril 2019, elle a introduit une nouvelle demande d'asile. Le 29 avril 2020, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt du n° 250 582 du 8 mars 2021.

Par un courrier du 17 juin 2020, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 4 février 2021, la partie défenderesse a pris une

décision déclarant cette demande non fondée. Cette décision constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

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

Mme [N.S.M.] 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 le Congo (RDC), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 03.02.2021, (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 [N.S.M.], 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.»

2. Exposé de la deuxième branche du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré « de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales adoptée à Rome le 4.11.1950 (ci-après Convention EDH), des articles 9ter et 62 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 des principes de bonne administration, notamment l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause, l'obligation de minutie, de précaution et de gestion conscientieuse ».

Dans une deuxième branche, elle fait notamment valoir qu' « en termes de demande, la requérante avait invoqué les éléments suivants pour démontrer que les soins médicaux spécifiques dont elle a besoin ne sont ni disponibles, ni accessibles en RDC :

« [...]

En 2016, seulement 42,5% d'adultes et 28,5% d'enfants vivant avec le VIH bénéficiaient d'un traitement de qualité. En 2018, seulement 58% des femmes adultes contaminées bénéficiaient d'un traitement¹³ et seulement 40% des personnes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement de qualité. De même, en ce qui concerne la nécessité de la proximité « d'un laboratoire réalisant charge virale VIH et typage lymphocytaire », il faut relever qu'encore en 2018 certaines provinces n'avaient toujours pas de laboratoire à disposition afin de réaliser la mesure de la charge virale, pourtant indispensable en vue d'un traitement. Il résulte de ces chiffres récents que près de la moitié de la population atteinte du VIH ne bénéficie pas d'un traitement médical, en conséquence de l'indisponibilité et de l'inaccessibilité des traitements contre le VIH en RDC.

[...]

Dans son rapport de 2018, le programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, mis en place en 2002 afin de prévenir la transmission de ces maladies en RDC, mettait en évidence les importantes lacunes quant à la disponibilité et dès lors à l'accessibilité des soins pour les personnes atteintes du VIH. Il ressort en effet de ce rapport que l'insuffisance des dépenses en matière de soins de santé et plus particulièrement l'allocation insuffisante des ressources financières relatives à l'épidémie du VIH implique une absence de couverture financière au détriment des malades, un taux d'approvisionnement du traitement très faible et des coûts de traitement particulièrement élevés ainsi qu'une faible prise en charge des patients, par ailleurs stigmatisés par la maladie :

« La RDC consacre moins de 10 % de son budget à la santé. Le paiement direct par les ménages de 40 % des dépenses de santé a fait baisser le taux d'utilisation des services curatifs d'une fois par personne tous les 20 mois dans les années.

[...]

Problèmes prioritaires : Insuffisance de couverture de programme spécifique aux populations clés, forte déperdition des PS vivant avec le VIH identifiées en stratégie avancée, ruptures fréquentes des intrants, persistance de la discrimination et stigmatisation à l'endroit des populations clés, insuffisance des ressources financières ciblant les populations clés.

[...]

L'accès à la charge virale est passé de 1% (576/64219) en 2012 à 20% (30581/157072) en 2016 avec un système très faible d'offre des services.

[...]

Problèmes : Insuffisance de couverture des services de prise en charge ; très faible capacités d'accès aux services de laboratoire pour la charge virale et l'EID ; disponibilité limitée des ARV pédiatriques et des tests de dépistage ; insuffisance d'information des patients sous traitement pour le continuum des soins ; Insuffisance dans la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les PVVIH ; Irrégularité dans l'approvisionnement des médicaments contre les Infections Opportunistes ; Insuffisance de la couverture en appui nutritionnel aux PVVIH éligibles ; Insuffisance de maintenance préventive et réparatrice des équipements de laboratoire ; Non opérationnalisation de la Pharmacovigilance. [...] »

L'ONG Médecins Sans Frontières (ci-après MSF), qui intervient actuellement en RDC afin de tenter de ralentir la propagation du virus VIH, constate quant à elle le manque d'accès aux soins, particulièrement peu disponibles pour contrer le virus (pièce 12), ce, principalement en raison du coût financier des traitements et malgré l'existence du programme national de lutte contre le VIH/SIDA :

« [...] Néanmoins, le niveau d'accès très faible aux soins et le coût des traitements, qui devraient normalement être gratuits selon les lois en vigueur dans ce pays, rendent difficiles le dépistage et le traitement de la maladie. Dans l'hôpital MSF de Kinshasa, les équipes de l'association reçoivent ainsi de nombreuses personnes avec un stade très avancé de la maladie. Près de 30 % de ces personnes meurent peu de temps après leur admission. [rJ À Kinshasa, Médecins Sans Frontières travaille dans l'hôpital de référence à l'amélioration de la prise en charge des personnes affectées par le VIH/Sida à un stade avancé de la maladie, dans un contexte d'accès très faible aux traitements antirétroviraux, ainsi qu'à la mise en place de stratégies pour assurer un meilleur suivi des personnes sous traitement. [...] »

[...]

Ainsi, malgré la mise en place du programme national de lutte contre le VIH/SIDA il y a plus de 15 ans, l'indisponibilité et l'inaccessibilité des traitements contre le VIH/SIDA touchent encore près de la moitié de la population congolaise. » »

Elle indique que « Premièrement, afin d'évaluer la disponibilité du suivi médical dont la requérante a besoin en RDC; le médecin conseil de la partie adverse se fonde uniquement sur deux rapports provenant de la base de données non publique MEDCOI dont il joint des extraits en pages 3 et 4 de son avis médical pour se contenter de conclure « qu'il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des soins médicaux au pays d'origine (Congo, Rép. Dém.) » (pièce 1). 13. Ce faisant, le médecin conseil de la partie adverse n'a manifestement pas tenu compte de l'indisponibilité, in concreto, qui avait été étayée par la partie requérante dans sa demande de séjour ou, en tout état de cause, ne fait pas apparaître qu'il y a, de facto, eu égard. Le fait, pour le médecin conseil de la partie adverse, de mentionner dans son examen de l'accessibilité des soins en RDC que « pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de l'intéressée fournit plusieurs documents sur la situation humanitaire en République démocratique du Congo » sans qu'une telle mention n'apparaisse en termes d'examen de la disponibilité des soins dans son avis alors que « ces documents sur la situation humanitaire » étaient expressément examinés pour également démontrer l'indisponibilité des soins en RDC, indique en soi que ces éléments n'ont pas été pris en considération par le médecin conseil de la partie adverse dans son examen de la disponibilité de soins en RDC. Il était en effet démontré en termes de demande d'autorisation de séjour, que près de la moitié de la population atteinte du VIH en RDC ne bénéficie pas d'un traitement médical en conséquence de son indisponibilité ; que certaines provinces ne disposent pas de laboratoires afin de réaliser la mesure de la charge virale (pourtant indispensable au traitement); que le taux d'approvisionnement du traitement est particulièrement faible étant donné que la RDC consacre moins de 10% de son budget à la santé et qu'en conséquence, le taux de mortalité des personnes atteintes du VIH est particulièrement élevé. Or, comme mentionné supra, aucun de ces éléments n'apparaissent avoir été pris en considération par la partie adverse, celle-ci se contentant d'effectuer un copié-collé d'extraits de deux rapports issus de la base de données MEDCOI. »

Elle ajoute que « le caractère général des défaillances du système de soins de santé congolais, reproché par le médecin conseil de la partie adverse au motif que la requérante ne démontre pas que ces informations la visent personnellement, indique au contraire que cette dernière se trouverait inévitablement victime des lacunes de ce système. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie adverse ne pouvait se contenter de fonder sa décision quant à la disponibilité des soins sur la seule base de données MEDCOI et quant à l'accessibilité des soins sur des sources non actuelles sans tenir compte de l'ensemble des éléments développés dans la demande de séjour et de la position du médecin de la requérante. Toute administration se doit en effet de prendre ses décisions de manière consciente et dans le respect du principe de minutie et de précaution. Cela implique notamment qu'elle doit s'informer suffisamment pour prendre une décision en connaissance de cause. Dans sa

prise de décision, elle doit s'attacher aux faits vérifiables et prendre en compte tous les éléments pertinents dans le dossier, quod non en l'espèce. En conséquence, en affirmant que les soins sont disponibles et accessible en RDC et qu'il n'y a dès lors pas d'obstacle à un retour de la requérante en RDC, la décision n'est pas suffisamment et adéquatement motivée et est entachée d'une erreur manifeste d'appréciation, de sorte qu'elle viole les principes de gestion conscientieuse, de minutie et de précaution, l'article 9ter de la loi du 15.12.1980, l'article 3 de la CEDH ainsi que la loi sur la motivation formelle des actes administratifs. ».

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° 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° 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° 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'écartier 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° 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° 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 3 février 2021, 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 la requérante souffre d'une « infection par le VIH ».

Le Conseil relève que dans sa demande d'autorisation de séjour, la requérante avait notamment invoqué ce qui suit :

« En 2016, seulement 42,5 % d'adultes et 28,5 % d'enfants vivant avec le VIH bénéficiaient d'un traitement de qualité. En 2018, seulement 58 % des femmes adultes contaminées bénéficiaient d'un traitement et seulement 40 % des personnes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement de qualité.

[...] Il résulte de ces chiffres récents que près de la moitié de la population atteinte du VIH ne bénéficie pas d'un traitement médical, en conséquence de l'indisponibilité et de l'inaccessibilité des traitements contre le VIH en RDC »

Elle produisait en annexe de sa demande les documents dont étaient issus ces chiffres, à savoir un document du gouvernement congolais intitulé « Programme national multisectoriel de lutte contre le sida. Plan stratégique national de la riposte au VIH/SIDA 2018-2021 » ainsi qu'un rapport du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida, intitulé « VIH/Sida en RDC ».

Le médecin-conseil n'a pas formellement motivé la décision quant à cet élément, pourtant essentiel de la demande, ni dans l'examen de la disponibilité des traitements ni dans celui de leur accessibilité.

Le seul motif selon lequel

« Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de l'intéressée fournit plusieurs documents sur la situation humanitaire en République démocratique du Congo. Ces affirmations ont un caractère général et ne visent pas personnellement la situation de la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, l'intéressée ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009) »,

outre qu'il semble ne répondre qu'aux éléments de la demande précités, liés à l'inaccessibilité des traitements et non à leur indisponibilité, ne peut être considéré comme suffisant à cet égard. En effet, la requérante a démontré être atteinte du VIH et être de nationalité congolaise de sorte que ces chiffres, relatifs à la proportion de personnes atteintes de la même maladie qui reçoivent un traitement dans ce pays, sont manifestement pertinents dans son cas et doivent être prise en compte. Il revenait au médecin-conseil de formellement motiver son avis quant à ce.

La décision attaquée, qui se fonde sur cet avis, doit dès lors être considérée comme insuffisamment motivée

3.3. L'argumentation développée en termes de note d'observations n'est pas de nature à remettre en cause ce qui précède.

3.4. Le moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la décision attaquée. 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.

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 décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, prise le 4 février 2021, est annulée.

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

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

Mme F. HAFRET, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

F. HAFRET J.-C. WERENNE