



Arrêt

n° 265 560 du 15 décembre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. HIMPLER
Avenue de Tervuren 42
1040 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la
Simplification administrative 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 24 octobre 2017, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 7 août 2017.

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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 9 novembre 2017 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 octobre 2021 convoquant les parties à l'audience du 29 novembre 2021.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me P. HIMPLER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante déclare être arrivée en Belgique le 13 mai 2015.

1.2. Le même jour, elle a introduit une demande de protection internationale. Le 29 janvier 2016, le Commissariat Général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Le Conseil, dans son arrêt n° 166 373 prononcé le 25 avril 2016, n'a pas reconnu à la requérante la qualité de réfugié et ne lui a pas accordé le statut de protection subsidiaire.

1.3. Le 13 février 2016, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'égard de la requérante.

1.4. Le 30 septembre 2016, elle a introduit une nouvelle demande de protection internationale. Le 26 octobre 2016, le Commissariat Général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Le Conseil, dans son arrêt n° 177 498 prononcé le 9 novembre 2016, n'a pas reconnu à la requérante la qualité de réfugié et ne lui a pas accordé le statut de protection subsidiaire.

1.5. Le 14 octobre 2016, la partie défenderesse a délivré un nouvel ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'égard de la requérante.

1.6. Le 10 janvier 2017, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : loi du 15 décembre 1980). Le 21 février 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a délivré un ordre de quitter le territoire à l'égard de la requérante. Aucun recours ne semble avoir été formé à l'encontre de ces décisions.

1.7. Le 5 avril 2017, elle a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 7 août 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

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

« Article 9ter §3 – 4° 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 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1^{er}, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er} et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition.

Il ressort de l'avis médical du médecin de l'office des Etrangers daté du 04.08.2017 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressée n'est pas atteinte par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne

L'irrecevabilité de la présente demande est constatée sans préjudice du respect des autres conditions de recevabilité prévues à l'Article 9ter §3.

L'incapacité éventuelle de voyager fera l'objet d'une évaluation lors de l'application de la mesure d'éloignement. »

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante invoque un moyen unique pris « de la violation de l'article 9 TER de la loi du 15/12/1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29/7/1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de la violation des principes généraux de droit et plus particulièrement de celui d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, de la violation du principe selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause, de l'erreur d'appréciation, et de l'insuffisance dans les causes et les motifs et de la violation du principe de la proportionnalité et de la violation du principe du devoir de prudence et du principe de bonne administration, de la violation de l'article 62 de la loi du 15/12/1980, de la violation de la directive Européenne 2004/83/CE et de la violation de l'article 3 de la CEDH ».

2.2. Elle fait valoir qu'un retour au pays d'origine « impliquerait d'office une interruption du suivi médical [de la requérante] » et « empêcherait une intervention chirurgicale et un contrôle régulier, ce qui aboutirait à une aggravation de l'état de santé de la requérante, [de] son intégrité physique et même peut-être à son décès ». Elle précise « qu' un arrêt du traitement aurait pour conséquence une anémie,

la persistance de saignements, l'augmentation de la taille des fibrones et l'aggravation des douleurs » et renvoie à cet égard au certificat médical type du 13 mars 2017 produit à l'introduction de la demande visée au point 1.7. du présent arrêt. Elle affirme qu'un suivi régulier ainsi qu'une intervention chirurgicale sont nécessaires et ajoute « qu'il y a une nécessité de proximité d'un centre ou hôpital composé de spécialistes ». Elle allègue que la partie défenderesse « s'est contentée de considérer que le certificat médical fourni ne permettait pas d'établir que la requérante souffrait d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel de pour sa vie ou son intégrité physique alors qu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine et ce, de manière complètement stéréotypée en parfaite contradiction avec les rapports et certificats médicaux produits ». Elle fait grief à la partie défenderesse de ne pas « s'être donné la peine de vérifier si des médecins et des médicaments étaient *in concreto* disponibles au pays d'origine ». Elle soutient « qu'il n'existe aucun spécialiste, ni aucun centre adapté pour sa pathologie en RDC » et que « la requérante est dans un état d'indigence qui la rend incapable de payer ses soins de santé ». Elle estime que la partie défenderesse « n'a absolument pas agi en tant que bonne administration prudente et diligente puisqu'elle ne s'est absolument pas assurée s'il était réellement possible et envisageable que la requérante puisse être personnellement, correctement et sérieusement pris en charge par des professionnels en cas de retour en RDC ». Elle poursuit en indiquant que la requérante « souffre bien d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou de traitement inhumain ou dégradant » et « qu'il existe suffisamment de preuves qu'un retour en RDC soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE et à l'article 3 de la CEDH ». Elle ajoute que « le rapport médical sur lequel se fonde la partie adverse émane d'un médecin généraliste et non pas d'un spécialiste » et en conclut que le fonctionnaire médecin « n'a pas les compétences requises pour rendre un rapport ou un avis dans un dossier médical aussi complexe que celui de la requérante et ce, d'autant plus que ce médecin a pris un avis sans même avoir examiné cette dernière ». Elle cite l'article 124 du code de déontologie médicale à l'appui de son argumentaire et conclut à la violation des dispositions et principes invoqués au moyen.

3. Discussion

3.1. A titre liminaire, Conseil relève que, 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. [...] ».

Il ressort de cet enseignement que l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ne relève pas du champ d'application de la directive 2004/83CE, en telle sorte que le premier moyen manque en droit.

3.2.1. Sur le moyen, l'article 9^{ter}, § 1, 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* ».

Le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une demande d'autorisation de séjour est déclarée irrecevable « *lorsque le fonctionnaire médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1er, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume* ».

3.2.2. Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation 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, fut-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.

3.3.1. Le Conseil observe que la décision querellée est fondée sur un rapport établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse en date du 4 août 2017, dont il ressort que la requérante est atteinte d'une polymyomatose utérine ne nécessitant « *aucun [...] traitement médicamenteux actuellement* ». Le médecin-conseil a notamment indiqué que les documents médicaux fournis « *ne mettent pas en évidence de menace directe pour la vie de la concernée* » et que « *l'état psychologique de la concernée n'est ni confirmé par des mesures de protection ni par des examens probants* ». Partant, ce dernier a conclu « *qu'il n'est manifestement pas question d'une affection médicale [...] 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 (une maladie visée au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980) et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le royaume sur base dudit article* ». Il ressort clairement des termes de cet avis que le fonctionnaire médecin a estimé que les troubles invoqués, non seulement n'entraînaient aucun risque vital dans le chef de la requérante, ni de risque pour son intégrité physique ou de risque de traitement inhumain ou dégradant, mais ne présentaient en outre pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif, et n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne à en prendre le contre-pied et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, mais reste en défaut de démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière à cet égard.

3.3.2. En effet, le Conseil observe que les parties requérantes se bornent, pour l'essentiel, à prendre le contrepied de l'avis médical et tente de l'amener à substituer son appréciation à celle de l'administration, ce qui ne saurait être admis dans le cadre d'un contrôle de légalité.

À cet égard s'agissant des « médicaments » et du suivi médical requis, le Conseil observe que le médecin de la requérante s'est borné à indiquer « *Echec du traitement médicamenteux* » sous la rubrique « *Traitement actuel [...]* » du certificat médical type du 17 mars 2017. Ce dernier n'a également rien indiqué sous la rubrique « *[...] quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise ? [...]* ». Or, le médecin-conseil de la partie défenderesse a considéré à cet égard ce qui suit : « *Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril. Une indication d'hystérectomie par laparotomie (déjà proposée en mai 2016) pour polymyomatose utérine diffuse n'est pas en cours actuellement. Par ailleurs, pas de notion d'hospitalisation et aucun autre traitement n'est en cours actuellement* ». Le Conseil observe que ces constats ne sont pas utilement rencontrés par la partie requérante, qui reste en défaut de préciser, dans sa requête, le traitement et les suivis qui seraient nécessaires à la requérante. Partant, l'argumentaire aux termes duquel la partie requérante fait grief à la partie défenderesse de ne pas « *s'être donné la peine de vérifier si des médecins et des médicaments étaient in concreto disponibles au pays d'origine* », face à l'affirmation non étayée « *qu'il n'existe aucun spécialiste, ni aucun centre adapté pour [la] pathologie [de] la requérante* », est inopérant. Il convient d'appliquer un raisonnement identique s'agissant de l'allégation selon laquelle la partie défenderesse « *s'est contentée*

de considérer que le certificat médical fourni ne permettait pas d'établir que la requérante souffrait d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel de pour sa vie ou son intégrité physique alors qu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine et ce, de manière complètement stéréotypée en parfaite contradiction avec les rapports et certificats médicaux produits ».

Si la partie requérante relève avec justesse que le certificat médical type du 17 mars 2017 atteste « qu'un arrêt du traitement aurait pour conséquence une anémie, la persistance de saignements, l'augmentation de la taille des fibromes et l'aggravation des douleurs », force est toutefois de constater qu'une telle allégation est inopérante dès lors que le médecin de la requérante constate l'échec du traitement médicamenteux actuel dans ce même certificat médical type. Le Conseil constate en outre que le médecin de la requérante ne laisse pas transparaître que la prise d'un nouveau traitement serait envisagée.

S'agissant de la nécessité alléguée de procéder à une intervention chirurgicale, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a indiqué à cet égard qu'« *Une indication d'hystérectomie par laparotomie (déjà proposée en mai 2016) pour polymyomatose utérine diffuse n'est pas en cours actuellement* ». Cette motivation n'est pas remise en cause par la partie requérante de sorte qu'elle doit être tenue pour suffisante.

Quant à l'état d'indigence allégué par la partie requérante, le Conseil ne peut que constater, à l'examen du dossier administratif, qu'un tel élément n'est étayé d'aucune preuve concrète et relève dès lors de la simple allégation, ce qui ne saurait suffire à démontrer une violation des dispositions et principes visés en termes de requête.

3.3.3. S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, la Cour Européenne des droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socioéconomiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, 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 territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, *N. c. Royaume-Uni*, §§42-45).

L'arrêt *Paposhvili c. Belgique* (rendu en Grande chambre par la Cour EDH, le 13 décembre 2016) a clarifié et étendu l'enseignement de l'arrêt *N. c. Royaume-Uni*, précité, à d'autres « cas exceptionnels » afin de rendre les garanties prévues par la CEDH « concrètes et effectives » (§181) et en redéfinissant le seuil de gravité de l'article 3 de la CEDH.

En l'espèce, la partie défenderesse a examiné l'état de santé de la requérante et a conclu que la pathologie dont souffre celle-ci « n'est manifestement pas question d'une affection médicale [...] 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 séjour ». Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, au vu de ce qui précède. Elle reste en défaut d'établir que la requérante se trouve dans un des cas exceptionnels, visés.

3.3.4. Quant au grief reprochant au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir consulté l'avis d'un médecin spécialiste, le Conseil rappelle que ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste. Le même constat s'impose s'agissant du reproche fait au médecin-conseil de ne pas avoir

examiné la requérante, dans la mesure où, outre le fait que ledit médecin a donné un avis sur son état de santé, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent à la partie défenderesse ou audit médecin de rencontrer le demandeur ou, qui plus est, de l'examiner (dans le même sens : CE, 29 octobre 2010, n°208.585).

S'agissant plus particulièrement de l'invocation de l'article 124 du Code de déontologie médicale, le Conseil constate que les dispositions du Code de déontologie ne constituent pas des normes légales susceptibles de fonder un moyen de droit devant lui, aucun arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres n'ayant donné force obligatoire au Code de déontologie et aux adaptations élaborées par le Conseil national de l'Ordre des médecins conformément à l'article 15 de l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins. C'est donc en vain que la partie requérante invoque dans son moyen une violation de « la déontologie médicale », les éventuels manquements au Code de déontologie étant uniquement sanctionnés par les autorités ordinales dans le cadre d'une procédure disciplinaire. Au surplus, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « poser un diagnostic ou émettre un pronostic », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical* ». Par ailleurs, l'article 9^{ter} § 1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 dispose que « *ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ». Il n'existe donc aucune obligation pour le fonctionnaire médecin d'examiner personnellement le demandeur, ni d'entrer en contact avec le médecin traitant de ce dernier, ni de consulter des experts, avant de rendre son avis.

3.4. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse n'a nullement violé les dispositions et principes invoqués au moyen.

4. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

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

Article 1^{er}

La requête en annulation est rejetée.

Article 2

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

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

Mme J. MAHIELS, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J. MAHIELS