

Arrêt

n° 305 022 du 18 avril 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. ANCIAUX de FAVEAUX
Boulevard de la Meuse, 9
5100 JAMBES

Contre :

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

LA PRESIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 29 juin 2023, par X, qui déclare être de nationalité tanzanienne, tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 24 mai 2023.

Vu le titre I^{er} *bis*, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après « la loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 29 janvier 2024 convoquant les parties à l'audience du 23 février 2024.

Entendue, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendus, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me L. ANCIAUX de FAVEAUX, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante déclare être arrivée en Belgique le 22 décembre 2016 munie d'un passeport revêtu d'un visa de type C et a été autorisée au séjour jusqu'au 30 janvier 2017.

1.2. Le 26 janvier 2017, la partie requérante a introduit une demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n°232 824 du 19 février 2020 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et du refus du statut protection subsidiaire prise par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA) du 24 septembre 2019.

1.3. Le 30 mai 2018, la partie requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 6 décembre 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée. Par un arrêt n° 267 183 du 25 janvier 2022, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.4. Le 24 février 2020, la partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 4 juin 2020, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée.

1.5. Le 9 juillet 2020, la partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 21 décembre 2020, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Le 11 février 2021, la partie défenderesse a déclaré nulle et non avenue la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour et a retiré l'ordre de quitter le territoire. Par un arrêt n° 256 036 du 10 juin 2021, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour.

Le 24 mai 2023, la partie défenderesse a, de nouveau, déclaré cette demande non-fondée. Cette décision, qui lui a été notifiée le 1^{er} juin 2023, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit.

« MOTIF :

L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers la Tanzanie, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 23.05.2023, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.

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

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des « principes généraux de bonne administration, notamment de son principe de préparation avec soin d'une décision administrative », ainsi que « de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs » et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. Après avoir exposé des considérations théoriques à propos de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 et reproduit un extrait de l'avis du fonctionnaire médecin, la partie requérante reproche à la partie défenderesse et audit médecin de ne pas avoir pris en considération l'ensemble des éléments soumis à leur appréciation en ce qu'ils auraient omis de tenir compte du certificat médical circonstancié du Professeur D. du 5 décembre 2020 qui leur a été communiqué le 14 décembre 2020.

Elle poursuit en faisant valoir que ce certificat médical fait notamment état « d'une aggravation récente (septembre 2020) de l'insuffisance rénale secondaire à l'hypertension artérielle sévère et du fait qu'un bilan médical est en cours concernant une problématique d'hypercholestérolémie et d'hyperglycémie et que si celui-ci confirme la suspicion d'hypercholestérolémie cela impliquera un traitement hypocholestérolémiant à vie au vu des risques cardio-vasculaires très élevés (insuffisance rénale, HTA, HIV) », informations qui n'ont pas été prises en compte par la partie défenderesse alors qu'elles prouvaient l'aggravation de son état de santé.

En ce que le fonctionnaire médecin dans son avis médical affirme que ce certificat reprend des éléments « déjà connus », la partie requérante soutient que cette affirmation est erronée puisqu'il fait « précisément état d'une aggravation récente datant de septembre 2020 et qu'aucun autre certificat médical ne lui avait été communiqué par le requérant entre le mois de septembre 2020 et le 05/12/2020 » et que la partie défenderesse a donc commis une erreur manifeste d'appréciation et manqué à son devoir de minutie.

2.3. Rappelant ensuite une partie de la motivation de l'avis médical du fonctionnaire médecin et exposant des considérations théoriques à propos de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante fait valoir que la partie défenderesse n'a pas pu vérifier si les traitements appropriés existaient en Tanzanie pour chacune des pathologies dont elle souffre puisqu'elle n'a pas tenu compte de l'ensemble des pathologies et de l'aggravation mentionnée dans le certificat médical circonstancié du 5 décembre 2020, transmis le 14 décembre 2020.

2.4. S'agissant de l'accessibilité des soins et traitements médicaux requis en Tanzanie, sur l'affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle « *il existe trois systèmes publics d'assurance maladie* » en Tanzanie, la partie requérante fait valoir que « le premier système concerne les fonctionnaires, catégorie à laquelle le requérant n'appartenait pas au moment de son départ de Tanzanie » et que « les deux autres systèmes (CHF et TIKa) permettent à leurs bénéficiaires de s'inscrire dans un établissement de santé primaire public de leur choix et « *ils ont alors droit aux soins de santé dans l'établissement sélectionné* » (page 9. du rapport du Médecin-conseiller) ».

Or, elle soutient que le fonctionnaire médecin n'a vérifié la disponibilité des soins que dans des hôpitaux privés, dont notamment l'hôpital Aga Khan de Dar Es Salaam, « de sorte que l'accessibilité réelle des soins dont à [sic] besoin le requérant n'a en réalité pas été analysée en fonction de la situation individuelle du demandeur », puisque les systèmes publics d'assurance maladie cités par le fonctionnaire médecin ne fonctionnent que moyennant une inscription préalable dans un établissement de santé primaire public.

Elle conclut en affirmant que la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin et de l'acte attaqué est inadéquate et entachée d'une contradiction interne.

2.5. Se référant ensuite à l'arrêt n° 228.778 du Conseil d'Etat du 16 octobre 2014, la partie requérante soutient qu'en affirmant qu'« *il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH* », la partie défenderesse méconnaît la portée de l'arrêt du Conseil d'Etat précité « qui conclut au champ d'application plus large de l'article 9^{ter} par rapport à celui de l'article 3 de la CEDH ».

3. Discussion

3.1.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de l'acte attaqué, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les*

renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 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 précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante 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. Il précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cf. dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 23 juin 2023, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'« *Infection VIH/HIV* », d'« *Hypertension artérielle sévère sur néphropathie hypertensive avec cardiopathie hypertensive* », d'« *Insuffisance rénale secondaire à l'hypertension artérielle* », de « *Lymphœdème primitif des membres inférieurs* », de « *Thrombose veineuse profonde du membre inférieur G* », d'« *Intolérance glucidique* » et d'« *Hypercholestérolémie* », pathologies nécessitant un traitement médicamenteux composé de « *Tivicay® (dolutegravir – inhibiteur d'intégrase – antirétroviral : 1/j* », d'« *Epivir® (lamivudine – inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse – antirétroviral) : 1/j* », de « *Moxon® (Moxonidine – antihypertenseur central) : 0.4 1/j* », de « *Lercanidipine (antagoniste du calcium – antihypertenseur) : 10 1/j* », de « *Co lisinopril (lisinopril/hydrochlorothiazide – IECA/diurétique thiazidique – antihypertenseurs) : 20/12.5 1/j* », de « *Nebivolol (bêtabloquant – antihypertenseur) : 5 mg 1/j* », de « *Spironolactone (diurétique d'épargne potassique – antihypertenseur) : 25 mg 1/j* » et de « *Xarelto® (= Rivaroxaban)* » ainsi que des « *Bas de contention avec kinésithérapie (drainage lymphatique) 2x/semaine* », un « *Suivi HIV tous les 3 mois* » et un « *Suivi de l'insuffisance rénale et de l'hypertension artérielle tous les 4 à 6 mois en néphrologie* ». Le fonctionnaire médecin a toutefois estimé qu'« *il ne peut être [...] constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine/de provenance vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible* » et que « *d'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Tanzanie* ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.1.3. En effet en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte du certificat médical circonstancié du Professeur D. du 5 décembre 2020, transmis à la partie défenderesse le 14 décembre 2020, le Conseil, à l'instar de cette dernière en termes de note d'observations, constate que l'ensemble des pathologies qui y sont mentionnées ont été reprises dans l'avis médical du fonctionnaire médecin qui a, de plus, examiné la disponibilité des traitements et suivis au pays d'origine de l'ensemble des traitements et suivis jugés nécessaires à la partie requérante par la Professeur D..

En outre, quant à l'affirmation de la partie requérante selon laquelle le certificat médical type du 5 décembre 2020 fait notamment état « d'une aggravation récente (septembre 2020) de l'insuffisance rénale secondaire à l'hypertension artérielle sévère et du fait qu'un bilan médical est en cours concernant une problématique d'hypercholestérolémie et d'hyperglycémie et que si celui-ci confirme la suspicion d'hypercholestérolémie cela impliquera un traitement hypocholestérolémiant à vie au vu des risques cardio-vasculaires très élevés (insuffisance rénale, HTA, HIV) », force est de constater que tous ces éléments ont été pris en compte par le fonctionnaire médecin, qui a listé l'« *Hypertension artérielle sévère sur néphropathie hypertensive avec cardiopathie hypertensive* » et l'« *Hypercholestérolémie* » en tant que « *Pathologies actives actuelles* » et mentionne ensuite sous le titre « traitement actif actuel » tous les traitements et suivis sans que la partie requérante allègue en termes de recours qu'un de ces traitements ou suivis mentionnés a été omis par le médecin-conseil de la partie défenderesse.

La partie requérante reste dès lors en défaut de démontrer quels éléments n'auraient pas été pris en compte pas la partie défenderesse dans son avis médical, si bien qu'elle n'a pas d'intérêt à son argumentation.

3.1.4.1. Sur l'accessibilité des soins et traitements médicaux requis en Tanzanie, le Conseil observe que, dans son avis médical, le fonctionnaire médecin mentionne notamment que « *En 1967, la Tanzanie a choisi une voie socialiste dans laquelle sa politique de santé visait à fournir des soins de santé gratuits. Cependant, plus tard, au début des années 90, le gouvernement tanzanien a introduit des frais d'utilisation pour les services de santé et pour protéger la population des dépenses de santé catastrophiques, la « politique d'exemptions et de dérogations » a été introduite en 1994.*

L'exemption fait référence à « un droit statuaire à des services de santé gratuits qui est automatiquement accordé aux personnes qui remplissent les conditions (...), qu'elles soient « en mesure de payer » ou non. A ce titre, les frais d'utilisation ne s'appliquent pas aux maladies chroniques ou épidémiologiques, aux soins maternels (grossesse, accouchement, soins post-partum), aux soins pour les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de 80 ans et plus.

Une dérogation est accordée aux patients qui ne sont pas automatiquement admissibles aux exemptions statutaires mais qui ont besoin d'une exemption et sont classés comme « incapables de payer ». Il est fait référence aux personnes pauvres et vulnérables (personnes handicapées, orphelins, enfants des rues...) ou à des situations où la vie de la personne est en danger et des soins d'urgence sont nécessaires ».

Or, la partie requérante ne prétend nullement, en termes de requête, ne pas pouvoir bénéficier de l'exemption accessible aux personnes « *incapables de payer* » ou souffrantes de « *maladies chroniques ou épidémiologiques* ».

En outre, l'affirmation de la partie requérante selon laquelle le fonctionnaire médecin n'a vérifié la disponibilité des soins que dans des hôpitaux privés est factuellement inexacte puisque l'avis médical fait notamment mention de la disponibilité de certains soins au Muhimbili National Hospital de Dar Es Salaam, qui est, d'après les données MedCOL, un établissement public.

3.1.4.2. Au vu de ce qui précède, la partie requérante ne peut être suivie dès lors qu'elle reste en défaut de démontrer ne pas pouvoir bénéficier de la politique d'exemption et de dérogation exposée ci-dessus.

3.1.4.3. Par ailleurs, elle ne conteste pas non plus l'affirmation de la partie défenderesse selon laquelle elle a déclaré, lors de sa demande d'asile, avoir de la famille, à savoir ses frères et son épouse en Tanzanie et qu'« *Il n'est donc pas exclu que le requérant puisse faire appel à ces personnes en cas de besoin. Ajoutons que monsieur [R.S.S.] a vécu une grande partie de sa vie au pays d'origine. Aucun élément ne nous permet dès lors de mettre en doute la présence en Tanzanie d'amis ou entourage social sur qui s'appuyer à son retour* ».

3.2. Enfin, le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à reprocher à la partie défenderesse d'avoir indiqué qu'il n'était pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour serait une atteinte à la directive européenne 2004/83/CE ou à l'article 3 de la CEDH puisqu'il ressort de l'avis du fonctionnaire médecin, sur lequel se fonde la décision de non fondement, qu'il a analysé la situation de la partie requérante au regard de l'article 9ter et expliqué pourquoi elle ne se trouvait pas dans une des hypothèses visées par cette disposition.

3.3. 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.

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

Article unique

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-huit avril deux mille vingt-quatre par :

B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT