

Arrêt

n° 306 661 du 16 mai 2024
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. de FURSTENBERG
Avenue de la Jonction 27
1060 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 23 septembre 2023, par X, qui déclare être de nationalité nigériane, tendant à l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 21 juin 2023.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 mars 2024 convoquant les parties à l'audience du 24 avril 2024.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. de SPIRLET *loco* Me L. de FURSTENBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *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.

1.1. Par courrier daté du 7 décembre 2009, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

1.2. Par courrier daté du 16 novembre 2010, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 25 avril 2012, la partie défenderesse a rejeté cette demande et a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante.

Ces décisions ont cependant été annulées par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 98 102, prononcé le 28 février 2013.

1.3. Le 18 avril 2013, la partie défenderesse a, à nouveau, rejeté la demande visée au point 1.2. et a pris un ordre de quitter le territoire à l'égard de la requérante.

Ces décisions ont cependant été retirées par la partie défenderesse respectivement le 9 septembre 2013 et le 20 août 2013, en telle sorte que le recours introduit à leur encontre a été rejeté par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 117 644 du 27 janvier 2014.

1.4. Le 27 septembre 2013, la partie défenderesse a, à nouveau, rejeté la demande visée au point 1.2. et a pris, à l'égard de la requérante, un nouvel ordre de quitter le territoire.

Ces décisions ont cependant été annulées par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 145 438 du 13 mai 2015.

1.5. Le 23 septembre 2015, le médecin conseil de la partie défenderesse a invité, par courrier recommandé, la requérante à compléter son dossier endéans les deux semaines.

La requérante n'ayant pas répondu au courrier précité, la partie défenderesse a, le 5 novembre 2015, « classé sans suite à défaut d'intérêt » la demande visée au point 1.2. Cette décision n'apparaît pas avoir été entreprise de recours.

1.6. Par courrier recommandé du 14 janvier 2017, la 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 8 février 2018, la partie défenderesse a rejeté cette demande et a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire.

Ces décisions ont cependant été annulées par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 269 731 du 15 mars 2022.

1.7. Par courrier du 15 décembre 2020, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

1.8. Le 21 juin 2023, la partie défenderesse a, à nouveau, rejeté la demande visée au point 1.6. Cette décision, qui lui a été notifiée le 30 août 2023, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« MOTIF :

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.

L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, 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'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 Nigéria, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 20.06.2023, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante 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 à la requérante 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 de la requérante 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'intéressée 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'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.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à 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 de la requérante.»

1.9. Le 4 avril 2024, la partie défenderesse a déclaré irrecevable la demande visée au point 1.7. et a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire.

2. Examen du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique, tiré de la violation 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 des actes de l'administration, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs, du principe général de bonne administration, du principe de précaution, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

Dans une deuxième branche, relative à « l'accessibilité d'un traitement adéquat au Nigéria », elle s'emploie, dans un premier grief, à critiquer le motif de l'avis médical concernant l'existence du NHIS. Elle rappelle que « en date du 06.03.2017, le conseil de la requérante a transmis un rapport ASYLOS qui date d'un an aujourd'hui est qui est particulièrement intéressant pour le cas de [la requérante] puisqu'il s'intitule : Nigeria : Access to healthcare (Tuberculosis, Hepatitis B and mental disorders) : précisément les trois pathologies dont souffre la requérante », et que « Dans ce courrier, le conseil de la requérante avait bien souligné qu'il ressortait de ce document que : « L'assurance de soins de santé nigériane n'est offerte qu'aux travailleurs du secteur formel (représentant 3% de la population). L'assurance ne rembourse pas non plus tous les soins. La plupart des nigériens ne peuvent pas s'offrir une assurance de soins de santé et doivent payer leurs soins par eux-mêmes ou ne se soignent pas s'ils n'en ont pas les moyens » ». Elle ajoute que « Le rapport ASYLOS explique par exemple que le traitement contre l'hépatite B n'est pas accessible car il est beaucoup trop cher (page 7) : cout 100 US dollars / mois. La plupart des patients restent non-traités » et qu'il « parle du NHIS (page 10 – traduction libre) : « en pratique, les patients doivent souvent payer eux-mêmes leurs médicaments et les services de soins de santé. S'ils ne peuvent pas payer, le traitement est refusé, même si c'est une urgence » », et soutient que « si [la requérante] présente des complications de son hépatite B comme une cirrhose du foie par exemple, elle ne pourra pas payer les soins et le traitement sera refusé ». Elle considère que « Les informations exposées dans ce rapport de mars 2017 sont, par conséquent, en totalement contradiction avec les arguments avancés par la partie adverse ».

Dans un deuxième grief, s'agissant du « réseau familial et amical entourant la requérante au pays », elle estime « aberrant de constater que la partie adverse émet de telles suppositions sans aucun fondement », et reproche à la partie défenderesse d'être « totalement subjective lorsqu'elle expose que la requérante « doit avoir de la famille ou des amis » », arguant que « la requérante n'a plus aucune connaissance au Nigéria » ni « Personne pour l'aider ou la soutenir ». Elle précise que « Les seules personnes qui l'entourent sont des belges qui l'entourent depuis longtemps (une demande de régularisation 9bis est en cours par ailleurs depuis...2020 (sans prise de décision à ce jour !) alors que [la requérante] est ultra intégrée dans la société belge ».

Dans un troisième grief, elle critique le motif de l'avis médical selon lequel la requérante serait en âge de travailler. Elle soutient que celle-ci « est une petite dame extrêmement fragile et affaiblie par ses pathologies », qu'« Elle se déplace très difficilement et lorsqu'elle rencontre son conseil, n'est pas capable de monter les deux volées d'escalier pour accéder au bureau de celui-ci ». Elle considère que si le médecin conseil de la partie défenderesse « avait décidé de rencontrer la requérante, [il] aurait pu le constater de visu ». Elle estime « qu'il est assez interpellant que la partie adverse ne s'est même pas donnée la peine de vérifier l'espérance de vie des nigériens », auquel cas elle « aurait constaté, après vérification, que l'espérance de vie des personnes du Nigéria est de 53 ans, notamment en raison du délabrement du système de soins de santé dans ce pays ». Elle ajoute que « l'âge de la pension au Nigéria est de 50 ans », et soutient qu'il est donc impossible pour la requérante de trouver un emploi au Nigéria. Elle précise encore que « pour bénéficier d'une pension au Nigéria il faut avoir contribué pendant 20 ans », en telle sorte que la requérante « est donc écartée du bénéfice de la perception d'une pension au Nigéria ». Elle rappelle que « Cette information, cruciale, avait déjà été développée dans le cadre du recours en annulation et en suspension contre l'avant dernière décision de non-fondement 9ter », et reproche au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte. Elle se réfère, *in fine*, à l'enseignement de l'arrêt n° 248 268 du Conseil de céans, qu'elle estime applicable en l'espèce.

Dans un quatrième grief, relevant que « La partie adverse balaye toutes les informations données par la partie requérante au motif que ceux-ci seraient d'ordre « trop général » », elle soutient que « les documents et rapports déposés par la requérante sont justement tout à fait pertinents (on y parle de la tuberculose, de la maladie de pott, de l'accessibilité aux soins psy, etc) et démontrent que les soins ne sont pas accessibles pour la requérante, alors que l'Office des étrangers reste en défaut de démontrer le contraire ». Elle ajoute que « en date du 06.03.2017, le conseil de la requérante a transmis un rapport ASYLOS qui est particulièrement intéressant pour le cas de [la requérante] », dès lors qu'il concerne « précisément les trois pathologies dont souffre la requérante ». Elle estime qu'« Il est donc malvenu de la part de la partie adverse

de dire que la requérante a déposé des articles généraux sur la situation dans son pays alors que justement les informations objectives déposées sont en lien direct avec ses pathologies ». Elle se réfère ensuite à l'arrêt Paposhvili de la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH), et souligne que « la requérante a exposé avec beaucoup de détails toutes les raisons pour lesquelles elle n'aurait pas accès aux soins de santé en cas de retour au Nigéria et ce afin de permettre à l'Office des étrangers de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont elle souffre ». Elle reproche au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir vérifié « au cas par cas » si [la requérante] peut retourner « vivre au Nigéria » », dès lors qu'il ne prend pas en compte « le fait que le Nigéria présente un délabrement total de son système de soins de santé (à cet argument, la partie adverse évoque le NHIS alors que nous avons exposé que la réalité du NHIS, en pratique, est tout autre que la théorie ... », ni « le fait que la requérante a 57 ans et que l'espérance de vie dans ce pays est de 53 ans.... Le médecin conseil affirme, sans aucune difficulté que la requérante est en âge de travailler... alors que la pension dans le pays est acquise à l'âge de 50 ans », ni « le profil vulnérable de la requérante qui souffre de dépression nerveuse ».

2.2.1. Sur la deuxième branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 [sic], 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.

Le Conseil rappelle également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où le requérant – qui a été assisté d'un conseil lors de l'introduction de sa demande – doit être tenu pour complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application, il lui incombait de transmettre à l'appui de la demande tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. 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 souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 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 (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

2.2.2. En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur le rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 20 juin 2023, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que la requérante souffre de « *Maladie de Pot sévère vertébrale avec fractures/tassements vertébraux ayant bénéficié de chirurgie (arthrodèse) ; Hépatite B chronique fibrosante de 1^{er} degré traitée ; Dépression nerveuse* », pathologies pour lesquelles le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

2.2.3. S'agissant de l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires à la requérante, l'avis précité du 20 juin 2023 porte que « *Notons que le Gouvernement Fédéral du Nigeria a fondé le NHIS (National Health Insurance Scheme) dans le but de fournir un accès facile aux soins de santé à tous les Nigériens à un prix abordable au travers de différents systèmes de prépaiements. Le NHIS est totalement engagé à assurer une couverture universelle et un accès adéquat et abordable aux soins de santé pour améliorer le statut de santé des nigériens et principalement les participants aux différents programmes/produits du régime national d'assurance maladie.*

La requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait faire appel aux aides des pouvoirs publics de son pays d'origine.

De plus, l'intéressée est encore en âge de travailler (56 ans), et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine pour subvenir à ses besoins. Notons qu'il ressort de sa demande de visa de 2006 qu'elle a un diplôme universitaire et qu'elle travaillait au pays d'origine comme traductrice pour le gouvernement. Rien n'indique qu'elle ne pourrait à nouveau exercer cette activité (a priori peu physique) en rentrant au Nigeria.

Notons également que la requérante, qui est maintenant âgée de 56 ans, est arrivée en Belgique en 2006. Force est de constater qu'elle a ainsi vécu la majeure partie de son existence dans le pays d'origine où elle doit avoir de la famille et où elle a pu créer des liens d'amitié avec des citoyens de son pays d'origine sur lesquels compter en cas de besoin. Soulignons que l'article 9^{ter} §1^{er} alinéa 3 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve. Rappelons que la situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins. L'intéressée ne démontre pas qu'elle serait esseulée au Nigeria et qu'elle ne pourrait plus compter sur la solidarité familiale ou s'appuyer sur des proches à son retour. Quant à l'allégation émise dans la requête selon laquelle la requérante « n'a plus aucun lien » dans son pays d'origine, celle-ci ne peut, en raison de son caractère purement péremptoire, être de nature à remettre en cause le constat que rien ne démontre l'absence de famille au pays d'origine (Arrêt CCE n° 199950 du 20/02/2018).

Par ailleurs, le conseil de l'intéressée apporte et cite différents articles et rapports en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (pièces 12 à 15 en annexes à la demande 9^{ter}). Il souligne le manque de personnel qualifié et d'infrastructures ainsi que le coût élevé des soins. Il affirme que l'accès aux soins serait variable entre les villes et les régions rurales, que les soins seraient trop chers dans les établissements privés. Il ajoute encore qu'il n'y aurait pas d'assurance santé ni de programme de santé communautaire officiel ou autonome. Notons que les éléments invoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Il lui appartenait de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021).

Force est de constater que le conseil du requérant se borne avec ces arguments à évoquer une situation générale dans le pays d'origine sans pour autant faire de lien concret ou précis avec la situation personnelle de sa cliente de sorte qu'il ne démontre pas, d'une part, que cette dernière subirait de facto les difficultés évoquées et, d'autre part, que ces difficultés lui rendraient impossible l'accès aux soins dont elle a besoin. [...]

Par rapport enfin aux conseils émis par le site « www.expatassurance.com » cité dans la requête, notons qu'il s'agit en fait d'un site à caractère commercial vendant des assurances médicales pour les personnes désirant s'expatrier. Les considérations sur les soins au Nigeria émises par cette société sont donc à prendre avec des pincettes et quand elle conseille de souscrire à une assurance de soin de santé internationale en

cas de maladie grave, cela relève davantage de la publicité que d'un véritable conseil applicable aux ressortissants nigériens devant rentrer dans leur pays d'origine. Toujours est-il que cela ne démontre pas l'absence d'assurance maladie comme indiqué dans la requête.

Rappelons enfin qu'il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Ce qui est le cas en l'espèce

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Nigeria. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume Unis du 06 février 2001, §38).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine. »

2.2.4. En l'espèce, le Conseil constate qu'aucune des considérations, rappelés *supra* sous le point 2.2.3., émises par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son rapport, ne rencontre spécifiquement les éléments relatifs à l'inaccessibilité financière des soins requis par l'état de santé de la requérante que celle-ci a fait valoir, dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.6., pour contester que les traitements et suivis requis par son état de santé soient accessibles au Nigeria.

Le Conseil estime que les considérations susvisées émises par le médecin de la partie défenderesse dans son rapport, se limitent, en substance, à faire état d'informations générales relatives au système national d'accès aux soins de santé au Nigeria, et ne peuvent suffire à établir l'accessibilité des soins et traitements nécessaires à la requérante, au regard des éléments qu'elle invoque, notamment de l'état du système de sécurité sociale au Nigeria en cas de retour dans son pays d'origine. Le Conseil constate également que la motivation de l'avis médical ne témoigne pas d'une réelle prise en considération, par le médecin conseil, de la documentation apportée par la partie requérante afin de mettre en cause l'accessibilité de son traitement. La partie défenderesse n'apporte pas plus de réponse à l'ensemble de ces éléments dans la motivation de l'acte attaqué.

2.2.5. En particulier, le Conseil observe que, dans un complément du 6 mars 2017 à la demande visée au point 1.6., la requérante avait notamment produit un rapport de l'ONG ASYLOS de mars 2017 intitulé « *Nigeria : Access to healthcare (Tuberculosis, Hepatitis B and mental disorders) and perception of people with mental disorder* ». Force est de constater que ce rapport concerne précisément les trois pathologies dont souffre la requérante, lesquelles ne sont nullement contestées par le médecin conseil de la partie défenderesse, à savoir, la maladie de Pott (une forme de tuberculose), une hépatite B et une dépression nerveuse.

Le Conseil estime à cet égard que le médecin conseil de la partie défenderesse ne pouvait se contenter d'écarter ce rapport en raison de son caractère général, ni soutenir que la partie requérante n'établit pas « de lien concret ou précis avec la situation personnelle » de la requérante.

2.2.6. Ensuite, le Conseil relève que, dans le cadre du complément précité, se référant au rapport ASYLOS, la partie requérante a notamment fait valoir ce qui suit :

« « L'assurance de soins de santé nigérienne n'est offerte qu'aux travailleurs du secteur formel (représentant 3% de la population). L'assurance ne rembourse pas non plus tous les soins. La plupart des nigériens ne peuvent pas s'offrir une assurance de soins de santé et doivent payer leurs soins par eux-mêmes ou ne se soignent pas s'ils n'en ont pas les moyens », page 7/2 ;

[...]

All sources agree on the fact that the treatment for Hepatitis B in Nigeria is not subsidised by government, except for patients infected simultaneously with HIV and Hepatitis. While the sources give divergent information on the cost for the drugs, all agree that the cost for the treatment of this chronic disease is too high for the majority of the Nigerian population.

« Le Nigeria a le taux de prévalence de l'hépatite B le plus élevé avec 15% de la population touchée ». Le rapport précise que les tests d'Hépatite B, le traitement et les médicaments ne sont pas publiquement subventionnés » à l'exception des patients qui sont touchés par le SIDA, ce que [la requérante] n'est heureusement pas. Le rapport précise également que « le traitement contre l'Hépatite B n'est pas accessible car beaucoup trop cher pour la population », page 7/5.

« Concernant la santé mentale : seul un travailleur dans le secteur de la santé mentale est disponible pour 100.000 habitants ». Ce qui est clairement insuffisant. « Les patients qui sont internés le sont dans des conditions similaires à la prison, basée sur une approche de la psychiatrie telle qu'elle était au début du 20^{ème} siècle »..., page 8/6.

« Selon le docteur Olufemi Olugbile, directeur et médecin-chef du Lagos State University Teaching Hospital (LASUTH), le personnel de santé du secteur primaire, par exemple les employés des pharmacies, n'a quasi aucune connaissance et peu d'intérêt pour les signes cliniques à connotation psychiatrique et pour les soins

psychiatriques. La plupart du temps, il ne dispose pas de médicaments permettant de traiter les maladies psychiques. » Source: SFH/OSAR, 2014, page 22.

« Dans le cas de symptômes typiques d'une maladie psychique, de nombreuses personnes croient que la personne concernée est ensorcelée ou qu'on lui a jeté un mauvais sort. C'est pourquoi les personnes concernées se tournent d'abord vers l'église ou vers un guérisseur traditionnel pour se faire soigner, plutôt que de s'adresser à un médecin. La stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie psychique a souvent pour conséquence qu'il n'est pas fait recours aux prestations de services psychiatriques de peur de la discrimination sociale. »

Concernant la dépression, le coût de la dépression est hors budget : « Une session de thérapie (unique) coûte 70 US dollars et un mois de médicaments contre la dépression coûte 32 US dollars. Inaccessible, lorsqu'on sait que le salaire moyen au Nigéria est de 38 US Dollars (page 7/3), page 8/7.

En outre, les personnes avec un problème mental, comme [la requérante], sont rejetées dans la société nigériane. Ces personnes sont généralement exploitées et abusées, aussi par leur propre famille, page 8/10.

"Different reports from 2009 state that psychic ill people are stigmatised and remain mostly untreated. Psychic ill people are often rejected by society, they lose their work and their network of personal relationship. Many families are ashamed of letting their relatives be treated. Sick family members are "tranquilised" for their own security and the security of their environment, at times chained and beaten." Page 30

« **Le système national d'assurance-maladie (National Health Insurance Scheme, NHIS) a été mis en place en 1999** par l'arrêté no 35. Selon le rapport de 2013 du Health Policy Project (HPP), le secteur nigérian de l'assurance-maladie couvre actuellement à peine cinq millions de personnes. **Cela correspond à 3 pour cent de la population nigériane totale.** (...) L'un des plus gros problèmes du NHIS est que pour l'heure il accepte uniquement les personnes qui travaillent dans le secteur formel. La majorité de Nigérianes et des Nigériens - il est question de 75 pour cent selon les sources - travaillent toutefois dans le secteur informel, par exemple comme paysans, travailleurs journaliers ou agricoles. Pour la grande majorité de la population nigériane, l'assurance-maladie n'est pas une option et ces personnes sont contraintes d'assumer elles-mêmes leurs frais de santé. Toutefois, selon l'importance et le coût du traitement, la plupart des personnes au Nigeria ne disposent pas des moyens nécessaires pour le financer indépendamment d'une affiliation à une caisse-maladie. Source : SFH/OSAR, 201 », Page 10 et 11. » (le Conseil souligne).

Force est de constater que, dans son avis précité, le médecin conseil de la partie défenderesse se borne à renvoyer au site internet du National Health Insurance Scheme (NHIS) nigérian, mais n'apporte aucune réponse un tant soit peu concrète à tous ces éléments relatifs au système de soins de santé dans son pays d'origine, invoqués à l'appui de la demande visée au point 1.6. et de ses compléments.

Le Conseil constate donc que le fonctionnaire médecin n'a pas correctement instruit la demande quant à l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine de la requérante à cet égard. Ce dernier se limite à des constats généraux sans les mettre en perspective avec la situation individuelle de la requérante et sans répondre, un tant soit peu concrètement, aux informations tirées des documents produits par celle-ci à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et de ses compléments

2.2.7. Par ailleurs, en ce que le médecin conseil de la partie défenderesse soutient que la requérante est en âge de travailler et peut dès lors financer elle-même les traitements et suivis nécessaires à ses pathologies, le Conseil considère, notamment au vu des coûts élevés évoqués dans le rapport ASYLOS (élément qui, pour rappel, n'est pas rencontré valablement par ledit médecin, cf. point 2.2.5.), qu'il ne peut, dans les circonstances spécifiques de l'espèce, considérer que ce seul constat pourrait suffire à établir l'accessibilité du traitement requis. *In casu*, il apparaît déraisonnable de faire peser sur la requérante le financement intégral des traitements et suivis qui lui sont nécessaires. Sans se prononcer sur la capacité de travailler de celle-ci, le Conseil observe, en effet, que la requérante souffre de trois pathologies dont le degré de gravité n'est pas contesté et qu'elle s'en trouve vraisemblablement fragilisée physiquement et/ou psychologiquement.

Ensuite, s'agissant des considérations portant que la requérante « *a ainsi vécu la majeure partie de son existence dans le pays d'origine où elle doit avoir de la famille et où elle a pu créer des liens d'amitié avec des citoyens de son pays d'origine sur lesquels compter en cas de besoin. [...] L'intéressée ne démontre pas qu'elle serait eseuulée au Nigeria et qu'elle ne pourrait plus compter sur la solidarité familiale ou s'appuyer sur des proches à son retour* », le Conseil observe qu'elles ne sont étayées par aucun élément probant et apparaissent dès lors comme de simples supputations ou pétitions de principe, insuffisantes à renverser les constats qui précèdent.

A toutes fins utiles, le Conseil observe, surabondamment, que ces considérations ne rencontrent nullement les éléments invoqués dans le complément du 6 mars 2017 et relatifs à la stigmatisation au Nigéria des personnes atteintes de maladies psychiques (point 2.2.6. ci-avant).

2.2.8. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'avis médical, et partant l'acte fondé sur cet avis, ne sont pas suffisamment et adéquatement motivés, s'agissant de l'accessibilité des suivis et traitements nécessaires à la requérante, au regard de sa situation individuelle.

2.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait valoir ce qui suit :

« Le médecin fonctionnaire a pris en compte la situation individuelle de la partie requérante sur la base de l'ensemble des éléments qu'elle a invoqués dans le cadre de sa demande de séjour et a ainsi relevé que celle-ci, étant en âge de travailler, peut financer les soins nécessaires à son état de santé, a apporté des précisions quant à l'existence des différents systèmes présents dans le pays d'origine assurant une prise en charge partielle, voire totale, des frais médicamenteux et suivis, et a également observé que la requérante pourrait bénéficier d'aides de membres de sa famille ou de proches présents dans son pays d'origine.

Il a ainsi procédé à un examen individualisé suffisant et raisonnable de l'accessibilité des soins au Nigeria.

5.1. La partie requérante se borne à prendre le contre-pied de l'avis médical relatif à l'accessibilité des soins, sans démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie adverse.

De cette manière, elle tente d'amener Votre Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie adverse, ce qui ne peut être admis.

La partie requérante ne prouve aucunement qu'elle ne pourrait travailler ni qu'elle ne pourrait bénéficier du système de santé ou de l'aide de proches, se contentant de pures affirmations contraires, alors que, elle-même, en termes de demande, ne s'est référée à aucun élément personnel démontrant qu'elle n'aurait pas accès aux soins dans son pays d'origine.

Par ailleurs, par ses griefs, la partie requérante ne conteste pas in *concreto* les conclusions posées par le médecin fonctionnaire et reste en défaut d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient réellement d'avoir accès au système de soins de santé ainsi qu'aux soins dans son pays d'origine, de sorte que ses griefs sont dépourvus de toute utilité.

5.2. La partie requérante n'a pas davantage intérêt à former des critiques à l'encontre des considérations relatives à l'existence des différents systèmes au pays d'origine puisqu'elle ne conteste pas utilement qu'elle est en âge de travailler, de sorte que cette dernière peut donc accéder au marché de l'emploi et ainsi obtenir des revenus lui permettant de prendre en charge ses soins ou, à tout le moins, la partie qui n'est pas prise en charge par ses autorités nationales.

La partie requérante n'a produit aucun certificat médical attestant d'une impossibilité totale ou partielle de travailler et il ressort du dossier administratif, comme le relève le médecin fonctionnaire qu'elle dispose d'un diplôme universitaire et qu'elle a déjà travaillé comme traductrice pour le gouvernement, confirmant ainsi sa capacité à travailler.

Par ailleurs, la partie requérante n'a aucunement établi qu'il existerait des obstacles à trouver un emploi au pays d'origine.

Ce n'est que pour la première fois en termes de recours qu'elle fait valoir que l'espérance de vie dans son pays d'origine est fixée à 53 ans et l'âge de la pension à 53 ans, de sorte qu'elle ne pourra trouver un emploi en cas de retour au pays d'origine.

D'une part, soulignons que cette argumentation n'a pas été portée à la connaissance de la partie adverse en temps utile, soit avant qu'elle n'adopte la décision querellée, de sorte qu'elle ne peut remettre en cause sa légalité.

La circonstance qu'elle l'aurait invoquée dans le cadre d'un précédent recours est sans aucune pertinence dès lors que la partie adverse n'avait pas à en tenir compte à défaut, pour la requérante d'avoir porté valablement cette information à sa connaissance : [...]

D'autre part, la partie requérante ne prouve pas qu'elle ne pourrait pas continuer à travailler malgré le fait qu'elle ait atteint l'âge de la pension ni qu'elle ne pourrait bénéficier d'une pension au motif qu'elle n'a pas contribué pendant 20 ans.

5.3. Dès lors que la partie requérante n'établit pas qu'elle ne pourrait obtenir des revenus, le fait qu'elle devrait prendre en charge personnellement ses soins ne constitue pas un obstacle à leur accès.

Par ailleurs, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait bénéficier du NHIS, l'article qu'elle a produit étant à caractère général et n'établissant pas qu'elle serait exposée personnellement à la situation qui y est décrite.

Pour rappel, la preuve de la réalité du risque encouru, de nature à justifier qu'il soit fait obstacle à l'éloignement et pareillement, qu'une autorisation de séjour soit accordée, incombe à l'étranger.

A cet égard, lorsque l'étranger demandeur d'une autorisation fait état d'une situation générale, ses allégations « *doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve* ».

Lorsque l'étranger entend faire valoir un risque strictement individuel, il lui revient de l'invoquer et de l'étayer, tandis que l'Etat n'est pas tenu de pallier d'initiative le manque de précision de la demande introduite aux fins d'obtenir l'autorisation de séjour.

Lorsque l'étranger produit des éléments susceptibles d'établir un risque sérieux dans son chef, l'Etat est tenu de dissiper les doutes éventuels à leur sujet.

Ce n'est qu'en cas de sérieux doute persistant qu'il appartient à l'Etat d'obtenir « **des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés** ».

Or, tel n'est pas le cas en l'espèce.

5.4. Pour ce qui est de l'existence d'un réseau familial et amical au pays d'origine, la partie requérante ne renverse le constat selon lequel elle a vécu la majeure partie de sa vie au pays d'origine, de sorte qu'il n'est

pas déraisonnable de considérer qu'elle y a des proches (famille ou amis) et qu'elle pourrait leur demander de l'aide afin de prendre en charge ses soins de santé.

La partie requérante ne remet pas en cause ces considérations, sauf de manière péremptoire et ne démontre pas l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation par la partie adverse ».

Le Conseil estime cependant que ces développements ne sont pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

2.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen est fondé en sa deuxième branche, dans les limites exposées ci-dessus, et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches du moyen, qui, à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

2.5. A titre tout à fait surabondant, le Conseil observe, s'agissant de la capacité à voyager de la requérante, que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 20 juin 2023, que « *Pas d'incapacité actuelle à voyager* ».

Cependant, le Conseil observe que, dans le certificat médical circonstancié établi le 25 avril 2022 par le Dr C.A., hépato-gastro-entérologue, celui-ci a répondu, à la question « *le patient peut-il voyager vers son pays d'origine* », que « *Pas avant 15 ans au moins* ».

Le Conseil considère, dès lors, qu'en indiquant « *Pas d'incapacité actuelle à voyager* » dans son avis, le médecin conseil de la partie défenderesse a procédé à une lecture partielle et donc erronée, voire entachée d'une erreur manifeste d'appréciation, du certificat médical précité, lequel est pourtant repris sous la rubrique « *Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier* ».

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

Article unique.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 21 juin 2023, est annulée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le seize mai deux mille vingt-quatre par :

N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

N. CHAUDHRY