

## Arrêt

**n° 308 662 du 21 juin 2024**  
**dans l'affaire X / I**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. HARDY**  
**Rue de la Draisine 2/004**  
**1348 LOUVAIN-LA-NEUVE**

**contre:**

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

**LA PRÉSIDENTE F.F. de la 1ère chambre,**

Vu la requête introduite le 15 janvier 2024, par X, qui déclare être de nationalité géorgienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 07 décembre 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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu la demande et le consentement à recourir à la procédure purement écrite en application de l'article 39/73-2 de la loi précitée.

Vu l'ordonnance du 08 février 2024 selon laquelle la clôture des débats a été déterminée au 19 février 2024

**APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

**1. Faits pertinents de la cause.**

1. La partie requérante déclare être arrivée le 23 juillet 2014 sur le territoire et introduit, le même jour une demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée négativement par un arrêt n° 164 803 du 25 mars 2016 du Conseil.

2. Le 4 février 2015, elle introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 23 octobre 2015, la demande de séjour 9ter est déclarée non fondée. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil, dans un arrêt n° 196 872 du 20 décembre 2017

3. Le 29 décembre 2015, la partie requérante introduit une seconde demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle est déclarée recevable le 22 avril 2016.

Le 7 mai 2019, la deuxième demande de séjour 9ter est déclarée recevable mais non fondée et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) est pris à l'encontre de la partie requérante. Par un arrêt n° 278.619 du 11 octobre 2022, le Conseil du contentieux des étrangers annule ces décisions.

Le 7 décembre 2023, le médecin fonctionnaire rend son avis médical.

À la même date, la demande de séjour 9ter de la partie requérante est déclarée recevable mais non fondée et cette décision est notifiée le 18 décembre 2023.

Il s'agit de l'acte attaqué.

« 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'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 Géorgie, pays d'origine du requérant.*

*Dans son avis médical remis le 07.12.2023, 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. »*

## **2. Exposé du moyen d'annulation.**

La partie requérante prend un moyen unique de « l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation, de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ; des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; des obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; du principe de bonne administration et du devoir de minutie ; le principe de confidentialité en matière d'asile ».

Après un rappel théorique des normes applicables, elle rappelle qu'« avant de détailler plus avant les branches du moyen, la partie requérante rappelle qu'elle souffre d'une pathologie grave - rectocolite ulcero-hémorragique - pour laquelle il n'existe aucune possibilité de guérison ; que cette pathologie entraîne pour elle un risque réel pour sa vie, son intégrité physique et un risque réel de traitements inhumains et dégradants en l'absence de traitement adéquat. Ce traitement n'est ni disponible ni accessible en Géorgie. »

Dans une première branche, elle soutient que « La décision 9ter ne repose pas sur une analyse minutieuse, et n'est pas dûment motivée, car l'analyse médicale sur laquelle elle repose est insuffisante en ce qu'elle ne prend pas en compte le fait que la pathologie dont souffre le requérant depuis 2005 n'a pu être diagnostiquée qu'en 2014 lorsqu'il est arrivé en Belgique (voy. Certificat médical type complété par le Dr. Isabelle THIBAUT daté du 24.01.2019 annexé à un courriel du conseil du requérant à la partie défenderesse daté du 01.02.2019), qu'il n'a donc pas fait l'objet d'un diagnostic adéquat en Géorgie.

Cela doit être pris en compte. Or, à aucun moment, la partie défenderesse ne démontre qu'une telle pathologie peut être diagnostiquée et prise en charge adéquatement en Géorgie.

L'existence de certains traitements pris isolément et de manière abstraite et générale, ne suffit pas à établir la réelle prise en charge de cette pathologie spécifique. L'existence d'un suivi en gastro-entérologie par exemple, ne suffit pas à affirmer que la pathologie du requérant est connue et traitée en Géorgie.

L'existence de médicaments ne suffit pas davantage à démontrer que des médecins compétents sont aptes à prescrire un traitement adéquat, à l'adapter aux évolutions du requérant et de la maladie. Le requérant a exposé précisément que sa pathologie n'a pu être diagnostiquée et prise en charge dans son pays d'origine, et la partie défenderesse ne démontre pas que cela serait actuellement le cas. Elle se réfère à une infrastructure et la présence de médicaments, mais à aucun moment elle ne rencontre cet argument,

essentiel, en établissant que les médecins sur place disposent du savoir et savoir-faire nécessaires, ce qui est évidemment crucial.

La motivation n'est pas adéquate et suffisante. »

Dans une deuxième branche, elle soutient que « La partie défenderesse a méconnu l'article 9ter, ses obligations de motivation et la teneur du « devoir de minutie » car tant pour ce qui concerne la disponibilité que l'accessibilité des soins indispensables pour préserver l'intégrité physique du requérant, elle fait référence à des informations trop anciennes pour être considérées comme pertinentes et adéquates.

Au niveau de la disponibilité, il est fait référence à :

Une requête MedCOI de mars 2019 pour ce qui concerne la disponibilité de consultations en chirurgie et de consultations en gastro-entérologie ;

Une requête MedCOI de mars 2019 pour ce qui concerne la disponibilité de divers suivis, examens et médications en Géorgie et qui confirme la disponibilité de Loperamide ;

Une requête MedCOI de mars 2020 pour ce qui concerne la disponibilité de Infiximab ;

Une requête MedCOI de mai 2020 pour ce qui concerne la disponibilité de l'Otilonium ;

Toutes les recherches effectuées datent au moins d'il y a presque 4 ans et ne permettent donc pas d'établir que les soins et traitements indispensables au requérant sont toujours disponibles en 2024, d'autant plus que la Géorgie fait face à une crise politique persistante.<sup>2</sup>

Au niveau de l'accessibilité des soins, le médecin-conseil fait références à un rapport de l'OSAR de 2018, ne fournissant donc pas une analyse complète, actuelle et pertinente de l'accessibilité des soins en cas de retour du requérant vers son pays d'origine.

Les dispositions légales sont donc violées et la décision doit être annulée. »

Dans une troisième branche, elle soutient que « La partie défenderesse a méconnu l'article 9ter, ses obligations de motivation et la teneur du « devoir de minutie » car, à considérer que les informations sur lesquelles se base la partie adverse pour prendre sa décision sont suffisamment actuelles et donc pertinentes (quod non, voir seconde branche) la lecture de celles-ci ne permet pas d'affirmer que le requérant aurait effectivement accès aux soins indispensables.

En effet, l'ensemble des requêtes MedCOI aboutissent à la démonstration de la disponibilité des soins dans des institutions privées alors que les informations générales utilisées pour la démonstration de l'accessibilité des soins au requérant à travers l'assurance-maladie universelle ne fait référence qu'à des

« soins primaires et secondaires, ainsi que l'achat d'un nombre limité de médicaments ».

Il n'est nullement démontré que compte tenu de la situation personnelle du requérant, il puisse avoir accès aux soins prodigués dans les institutions privées : aucune projection des coûts liés aux traitements et aux suivis nécessaires au requérant dans ces institutions privées n'est fournie de sorte que toute la justification du médecin-conseil sur l'aide éventuelle qu'il pourrait recevoir de certains membres de sa famille ou sur les revenus propres qu'il pourrait avoir est abstraite et non pertinente dès lors que le coût de ces traitements et suivis n'est pas mentionné.

L'affirmation du médecin-conseil selon laquelle « si l'entièreté du coût des soins n'est pas prise en charge par l'assurance universelle, ce n'est pas rédhibitoire pour l'accès aux soins puisque le requérant peut, entre autres, bénéficier du soutien financier de sa famille sur place mais aussi obtenir des revenus propres par le travail afin de payer notamment les co-paiements demandés » est hypothétique et inadéquate, et il revenait à tout le moins à la partie adverse de démontrer que les sommes qu'il devra déboursier ne sont pas de nature à l'empêcher d'avoir accès aux soins et traitements indispensables.

Dès lors, la décision est entachée de la méconnaissance des normes précitées et est illégale. »

Dans une quatrième branche, elle soutient que « la partie défenderesse a méconnu la teneur du « devoir de minutie » et du « principe de confidentialité », et n'a pas légalement motivé sa décision déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour en considérant que « Il ressort par ailleurs des déclarations déposées par l'intéressé auprès des instances d'asile compétentes belges, qu'il a de la famille ou pays d'origine (ses parents et son oncle notamment).

Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. » : elle fonde sa décision sur la teneur du dossier d'asile alors que la partie défenderesse est tierce à la procédure d'asile et ne pouvait donc avoir connaissance de ces éléments, encore moins s'en prévaloir pour motiver sa décision. Les informations communiquées dans le cadre de la demande d'asile sont couvertes de confidentialité et ne peuvent être utilisés que dans ce cadre. C'est précisément en raison de cette garantie que le demandeur les a livrées. Toutes les personnes et services qui ne sont pas spécifiquement ceux habilités à intervenir dans le cadre de la procédure d'asile, doivent être considérés comme étant des tiers à la procédure d'asile. Les fonctionnaires et les services de l'Office des étrangers, autres que ceux intervenant dans le cadre de la procédure d'asile, et les autres administrations de l'État, sont tous des « tiers » au regard de la procédure d'asile du requérant, et ne peuvent se voir communiquer, ni avoir accès, aux informations et documents déposés et recueillis dans le cadre de la demande d'asile du requérant. Le principe de confidentialité est fondamental en matière d'asile, car c'est la principale garantie que les demandeurs d'asile s'expriment librement, honnêtement et sincèrement, dans la plus grande

discrétion, et afin d'éviter que les informations qu'ils communiquent ne s'ébruient et/ou qu'ils soient retrouvés par leurs persécuteurs, ou que des proches soient mis en danger.

La Cour constitutionnelle a récemment rappelé l'importance de la garantie d'un tel « secret », dans son arrêt n° 44/2019 du 14 mars 2019 :

« B.4.1. (...) L'obligation de secret, imposée au dépositaire par le législateur, vise, à titre principal, à protéger le droit fondamental à la vie privée de la personne qui se confie, parfois dans ce qu'elle a de plus intime. Par ailleurs, le respect du secret professionnel est la condition sine qua non pour que s'instaure un lien de confiance entre le détenteur du secret et la personne qui se confie. Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui. » En droit français, le « principe de confidentialité en matière d'asile » s'est d'ailleurs vu reconnaître une valeur constitutionnelle (CNDA 29 mars 2016 M. T. n° 15008890 C et CNDA 29 mars 2016 M. A. n° 15014707 C). Le législateur de l'Union a aussi veillé à le rappeler à plusieurs reprises, comme cela est développé dans l'exposé des normes ci-dessus.

En outre, ces déclarations ont été faites il y a près de 10 ans et ne sont donc plus d'actualité. Rappelons aussi que le devoir de minutie suppose que les éléments réunis par la partie défenderesse pour statuer aient été dans le respect des règles, *quod non*.

Dès lors, la décision est entachée de la méconnaissance des normes précitées et est illégale. »

Dans une cinquième branche, elle soutient que « la motivation est insuffisante et inadéquate car c'est à tort que la partie défenderesse conteste la pertinence des informations générales communiquées par la partie requérante afin d'étayer sa demande de séjour ; les informations générales sont pertinentes pour étayer la demande du requérant en ce qu'elle met l'accent sur le manque de financement, la corruption dans le secteur des soins de santé et le fait que le système de sécurité social ne prend pas en charge les diagnostics complexes et les médicaments coûteux (comme c'est le cas pour le requérant), ce qui touche sans exception toute personne tentant d'avoir accès à un traitement médical en Géorgie, et est donc pertinent pour l'analyse de l'accessibilité des soins.

En refusant de prendre en compte les éléments susmentionnés au motif qu'ils découlent d'informations générales, alors qu'ils sont de nature à fournir des informations utiles sur la situation du requérant en cas de retour dans son pays d'origine, la partie adverse n'a pas analysé avec minutie tous les documents soumis à son appréciation et ne fonde la décision querellée sur une analyse et une motivation adéquate.

On comprend d'autant moins la position de la partie défenderesse, qu'elle se réfère elle-même à des informations générales pour étayer sa position.

Dans une affaire posant des questions similaires, Votre Conseil a sanctionné une telle motivation. La partie défenderesse soutenait que « ces éléments ont un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n° 23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, le requérant 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). »

Et Votre Conseil déjuger : « Le Conseil constate cependant qu'un tel motif n'est pas pertinent dans la mesure où la partie défenderesse s'abstient de répondre aux problèmes spécifiquement invoqués dans la demande et se contente d'estimer que la partie requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale alors même que, étant un homme camerounais malade du sida traité par antirétroviraux, elle invoquait spécifiquement la situation de pénurie d'antirétroviraux au Cameroun ainsi que le fait que seulement 15,7% des hommes éligibles reçoivent actuellement un traitement antirétroviral. Il ne peut dès lors être valablement considéré que la partie requérante ne démontre pas la comparabilité de sa situation avec la situation générale et ce d'autant plus que le médecin conseil de la partie défenderesse indique explicitement que la partie requérante « se trouvait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun ». (CCE n° 23.040 du 16.02.2009).

Le même raisonnement doit être suivi en l'espèce, les informations générales relatives à l'accès à (tous) les soins de santé, étant pertinentes pour analyser la demande du requérant. »

Dans une sixième branche, elle soutient que « La motivation est insuffisante et inadéquate car les motifs pour lesquels la partie défenderesse fait primer « ses » informations générales sur celles fournies par la partie requérante ne sont pas repris en termes de décision, de sorte qu'il n'est pas permis au destinataire de l'acte de comprendre à suffisance le raisonnement de la partie défenderesse, et sa position quant aux « informations générales », et qu'il apparaît donc comme contradictoire.

Soit les informations générales sont pertinentes pour l'analyse de la demande, soit pas, mais on ne comprend pas la position de la partie défenderesse qui adopte une position contradictoire.

Il n'est pas permis au destinataire de l'acte de comprendre à suffisance le raisonnement de la partie défenderesse, et sa position quant aux « informations générales », puisque la partie défenderesse semble traiter le même type d'information, de manière totalement différente.

Votre Conseil a récemment constaté le caractère contradictoire du refus de prendre en compte certaines informations au motif qu'elles seraient trop 'générales' pour informer sur la situation d'un demandeur (CCE n° 206.534 du 5 juillet 2018):

« Het louter afwijzen van deze informatie omwille van het algemeen karakter ervan staat bovendien in contrast met het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer naar geen enkele bron verwijst om te stellen dat er drie verschwende gezondheidssystemen zijn in Nigeria en dat ook hij, voor de specifieke aandoeningen diabetes en hypertensie, verwijst naar algemeen bronnen die niet noodzakelijk de specifieke situatie van de verzoekster beheizen aangezien het niet gaat om Personen die lijden aan polycytemia. »

Dans une septième branche, elle soutient que « La motivation du médecin-conseil, sur laquelle s'appuie la décision de refus de séjour, est inadéquate et méconnaît les termes de l'article 9ter puisque les critères utilisés pour l'analyse de la possibilité pour le requérant d'être pris en charge médicalement en Géorgie est fondée sur la grille d'analyse relative à l'article 3 CEDH et non celle qui prévaut pour l'article 9ter.

En effet, on peut lire dans l'avis du médecin-conseil qu'il se réfère à un arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme et à l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme : « Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention ».

La jurisprudence de la Cour EDH en rapport avec l'article 3 CEDH est sans pertinence pour analyser l'effectivité de l'accès aux soins en Serbie sous l'angle de l'article 9ter.

Tant Votre Conseil que le Conseil d'Etat ont déjà pu se prononcer sur les différences fondamentales qui distinguent l'article 9ter de l'article 3 CEDH :

« en adoptant le libellé de l'article 9ter de la Loi, le Législateur a entendu astreindre la partie défenderesse à un contrôle des pathologies alléguées qui s'avère plus étendu que celui découlant de la jurisprudence invoquée par la partie défenderesse. Ainsi, plutôt que de se référer purement et simplement à l'article 3 de la CEDH pour délimiter le contrôle auquel la partie défenderesse est tenue, le Législateur a prévu diverses hypothèses spécifiques » (CCE n° 92 309 du 27 novembre 2012, pt 3.1.2. ; voy. également CCE n° 91 385 du 19 novembre 2012 ; CCE n° 126 515 du 1er juillet 2014 ; voy. également les arrêts d'assemblée générale: CCE 12 décembre 2014, n° 135 035, 135 037, 135 038, 135 039 et 135 041).

"Het vormt een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet om de aanvraag om machtiging tot verblijf te verwerpen, enkel omdat niet aan de voorwaarden van artikel 3 van het EVRM was voldaan" (CE n° 225.633 du 28.11.2013).

Partant, l'article 9ter est méconnu, pris seul et conjointement aux obligations de motivation. »

### 3. Discussion.

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

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

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, dans son avis du 7 décembre 2023, le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse relève que le requérant est atteint d'une « Recto-colite ulcéro-hémorragique (RCUH) bien stabilisée par le traitement médical en cours », traitement qui consiste en «

- Infiximab (= dénomination commune internationale) ;
- Imodium® (= loperamide);
- Spasmomen® (= otilonium). »

Il convient de constater, avec la partie requérante dans la première branche de son moyen unique, que rien, dans la motivation de l'avis du médecin fonctionnaire ou de l'acte attaqué relative à la disponibilité des traitements requis, ne permet de s'assurer que la partie défenderesse a pris en compte le fait que la pathologie dont souffre le requérant depuis 2005 n'a pu être diagnostiquée qu'en 2014 lorsqu'il est arrivé en Belgique et qu'il n'a donc pas fait l'objet d'un diagnostic adéquat en Géorgie. Cet élément est attesté, notamment, par un certificat médical du docteur I.T. du 17 octobre 2017, qui figure au dossier administratif, et qui relève des « diarrhées sanguinolentes apparues en 2005 en Géorgie- diagnostiquées erronément de diarrhées bactériennes et du coup jamais traitées correctement. Diagnostic de RCUH posé en 2014 suite à hospi en Belgique ».

L'argument soulevé par la partie défenderesse dans sa note d'observations selon lequel « il s'agit d'une affirmation péremptoire nullement étayée » et qu'« En effet, la partie requérante ne démontre aucunement qu'elle aurait fait des démarches auprès d'un médecin en Géorgie, qu'elle en aurait vu un et que celui-ci aurait été incapable de diagnostiquer son souci médical. » ne saurait être suivi. Le Conseil observe que cet élément ressort notamment d'un certificat médical dont la partie défenderesse avait connaissance.

Le Conseil estime qu'il s'agit d'un élément qui se devait d'être pris en considération par la partie défenderesse dans l'examen de la disponibilité des soins requis au pays d'origine. Si des gastro-entérologues sont disponibles en Géorgie, comme le relève le médecin fonctionnaire dans son avis précité, il convient de s'assurer que les traitements et suivis nécessités par la pathologie dont souffre le requérant, et dont la gravité n'est pas remise en cause, sont effectivement disponibles. Il en va d'autant plus ainsi que la partie requérante a fait valoir dans sa demande le fait que les médecins « ne sont pas suffisamment compétents que pour exercer correctement leur profession » et que « les installations médicales ne sont pas suffisantes ». Le Conseil renvoie à ce qui est dit *infra* relativement à ce dernier point.

S'agissant de l'accessibilité des soins, le Conseil rappelle que dans l'arrêt Paposhvili contre Belgique, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) affirme que « [l]es autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée). » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, Paposhvili contre Belgique, § 190).

Il convient de rappeler à cet égard que le médecin fonctionnaire exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine. Il en résulte que la charge de la preuve en ce qui concerne l'accessibilité de traitement adéquat dans le pays d'origine ne pèse pas exclusivement sur le demandeur. L'article 9ter repose sur une instruction conjointe du dossier spécialement par rapport à la vérification de l'existence d'un traitement adéquat dans le pays d'origine (C.E., ONA n°12768 du 27 mars 2018).

Dans son avis du 7 décembre 2023, le médecin fonctionnaire fait mention d'une assurance maladie universelle (UHCP) et relève que « L'UHCP couvre un ensemble de soins primaires et secondaires, ainsi que l'achat d'un nombre limité de médicaments. » (le Conseil souligne) et que « l'UHCP ne couvre entièrement que les dépenses liées à des soins d'urgence ainsi que visites chez un médecin généraliste. Tous les autres services de santé primaires ou secondaires requièrent une forme de quote-part (« co-paiements ») de la part des patients. »

Le Conseil constate que rien ne permet d'établir que les traitements nécessités par le requérant seraient compris dans les médicaments couverts par l'UHCP.

Le médecin fonctionnaire fait ensuite mention de « programmes « verticaux », indépendant de l'UHCP » qui « assurent des soins pour les problèmes psychiques ou des maladies spécifiques (hépatite C, diabète, etc.). »

A nouveau, rien ne permet d'établir que la pathologie spécifique que du requérant serait couverte dans ces « maladies spécifiques », non autrement précisées.

Le médecin fonctionnaire relève ensuite que le requérant est capable de travailler pour payer ses soins et qu'il peut également « bénéficier du soutien financier de sa famille sur place mais aussi obtenir des revenus propres par le travail afin de payer notamment les co-paiements demandés. »

La circonstance que le requérant serait capable de travailler et la référence à la solidarité familiale ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des traitements et suivi nécessaires au requérant au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux de leur coût, au regard du système de santé au pays d'origine. En effet, elle ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles le requérant serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

Les arguments soulevés dans la note d'observations selon lesquels « La partie requérante critique sans aucune fondement les constats relatifs à l'accessibilité des soins en reprochant au médecin fonctionnaire de ne pas renseigner les coûts liés aux traitements et suivis nécessaires. En effet, la partie requérante dans le cadre de sa demande de séjour n'a fait état d'aucune difficulté financière de quelque nature que ce soit. Par ailleurs, le médecin fonctionnaire relève que « [l']assurance-maladie universelle [...] est ouverte à l'ensemble de la population sans paiement de primes », que la grande majorité de la population (90 pourcent) y prend part » et qu'une quote-part est demandée aux patients. Or, la partie requérante ne démontre nullement qu'elle ne pourrait bénéficier de l'assurance maladie universelle ou d'une assurance privée et cela, d'autant plus qu'elle ne remet pas en cause, sa capacité à travailler et ainsi à financer les soins lui nécessaires ou même la possibilité d'obtenir de l'aide de proches – dont elle ne remet nullement en cause l'existence au pays d'origine –. » ne sont pas de nature à élever les constats qui précèdent dès lors que l'analyse de l'accessibilité des soins nécessaires au requérant ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivi nécessaires au requérant.

Il en résulte que la partie défenderesse n'a pas valablement et suffisamment motivé la décision attaquée.

En outre, le Conseil observe que la partie requérante a fait valoir, notamment, à l'appui de sa demande « Le sous-financement du secteur, la corruption, le fait que le système de sécurité social prévu ne prend de toute pas en charge les diagnostics complexes ni les médicaments,...créent une situation dans laquelle la plupart des personnes ne peuvent se faire soigner tout simplement parce qu'elles n'en ont pas les moyens. Ce rapport pointe également que la « qualité des services de santé reste médiocre et les installations et l'équipement sont de qualité inférieure, car l'investissement dans la rénovation et l'entretien est insuffisant », que « les remboursement de sécurité sociale en Géorgie ne concerne qu'à peine 25% des dépenses totales des soins de santé », que « La Géorgie est un pays dans lequel on trouve énormément de médecins, plus élevé pour 10.000 habitants que la moyenne européenne. Cependant, comme le fait remarquer Tamari Rukhadze, Professeur de la Faculté de Médecine de Tbilisi, dans un article intitulé « An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine » publié en 2013 dans EP MA Journal : « The current system for undergraduate and postgraduate medical education does not prepare students with adequate theoretical knowledge and clinical

skills, which further aggravates the human resource problems. Consequently, the quality of human resources poses significant challenges to the sector. » » et qu' « En conclusions, il apparaît qu'en Géorgie :

- il y a suffisamment de médecins, mais ceux-ci ne sont pas suffisamment compétents que pour exercer correctement leur profession.
- les installations médicales ne sont pas suffisantes en raison de leur mauvaise qualité et de l'entretien insuffisant;
- les médicaments, quand ils sont disponibles, ne sont pas remboursés, ce qui les rend inaccessible à une grande partie de la population ;
- le système de remboursement des soins de santé est nettement insuffisant et le secteur des soins de santé largement sous financé ;

Tous ces éléments permettent d'établir avec certitude que seuls les gens ayant des revenus élevés peuvent prétendre à des soins de santé en Géorgie. »

La partie requérante a déposé diverses sources à l'appui de sa demande afin d'établir son propos.

Dans son avis médical du 7 décembre 2023, le médecin fonctionnaire relève que « L'intéressé apporte différents documents en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (pièces 9 à 12 en annexe à la demande 9ter). Son conseil indique ainsi que la gratuité des soins pour les plus pauvres ne serait que théorique, qu'il y aurait de la corruption et un sous-financement des soins de santé. Il remet également en cause la qualité des installations et la formation des médecins.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, les requérants ne démontrent pas que leur 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 leur appartenait de corroborer leurs allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'ils invoquent, d'autres éléments concrets reliant leur cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021).

Rappelons aussi 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'intéressé 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 le requérant peut prétendre à un traitement médical en Géorgie. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, *Affaire Bensaid c. Royaume-Uni* du 06 février 2001, §38). »

A cet égard, il convient de constater que ni l'avis du médecin, ni la partie défenderesse à sa suite, n'ont envisagé de manière suffisamment précise et personnalisée l'intégralité des éléments apportés par le requérant afin d'appuyer sa demande d'autorisation de séjour quant à la disponibilité et aux difficultés d'accès aux soins requis par les pathologies dont il est atteint. En effet, les considérations du fonctionnaire médecin relatives au caractère général des documents fournis par la partie requérante ne peuvent suffire à rencontrer ses arguments. Remarquons en outre qu'à suivre ce raisonnement, il conviendrait de constater que les informations sur lesquelles le fonctionnaire médecin se fonde pour estimer que les soins et traitements nécessaires au requérant sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine ne visent pas nominativement le requérant non plus.

De même, les considérations fondées sur la jurisprudence de la Cour EDH relatives à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme sont quant à elles inadéquates s'agissant de la légalité de la décision au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il convient de rappeler que 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, alinéa 1er, de cette loi. 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 Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil estime dès lors que la motivation, qui se limite à opposer aux informations et documents fournis par la partie requérante à l'appui de sa demande afin d'établir le manque de disponibilité et les difficultés d'accès aux soins requis au pays d'origine des considérations tirées de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme relative à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, et à invoquer le caractère général des informations fournies par la partie requérante, s'avère insuffisante et inadéquate. Dès lors, en indiquant que « le traitement médical est disponible et accessible au pays d'origine », la partie défenderesse ne remplit pas adéquatement son obligation de motivation. La mention que « Rappelons aussi 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'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n°123 989 du 15.05.2014). » n'est pas de nature à emporter la



conclusion que les informations déposées par le requérant à l'appui de sa demande ont bien été prises en considération par la partie défenderesse.

Les arguments soulevés par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne sont pas de nature à énerver les constats qui précèdent.

3.3. Le moyen unique, en ce qu'il est pris de la violation des obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs est fondé et suffit à emporter l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

#### **4. Débats succincts.**

4.1. 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.

4.2. 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 1.**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 07 décembre 2023, est annulée.

##### **Article 2.**

La requête est rejetée pour le surplus

##### **Article 3.**

La demande de suspension est sans objet.

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

M. BUISSERET, Présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. D. NYEMECK, Greffier.

Le greffier, La présidente,

A. D. NYEMECK

M. BUISSERET