

Arrêt

n° 313 675 du 27 septembre 2024
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. MANDELBLAT
Boulevard Auguste Reyers 41/8
1030 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 2 février 2024, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 24 novembre 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 l'ordonnance du 28 juin 2024 convoquant les parties à l'audience du 10 juillet 2024.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me C. MANDELBLAT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *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. Le requérant, reconnu réfugié en Italie, est arrivé en Belgique, le 11 novembre 2017.

1.2. Le 31 octobre 2018, le requérant a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

1.3. Le 22 juillet 2020, le requérant a introduit une 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 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.4. Le 27 avril 2021, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.3., recevable mais non fondée.

1.5. Par l'arrêt n° 268 999 du 24 février 2022, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil), a annulé la décision, visée au point 1.4., déclarant non fondée la demande, visée au point 1.3.

1.6. Le 17 mars 2022, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a déclaré irrecevable la demande, visée au point 1.2. Par l'arrêt n° 278 103 du 29 septembre 2022, le Conseil a annulé cette décision.

1.7. Le 5 décembre 2022, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été complétée, le 18 décembre 2023.

1.8. Le 24 novembre 2023, la partie défenderesse a, de nouveau, déclaré la demande, visée au point 1.3., recevable mais non fondée.

Ces décisions, qui ont été notifiées au requérant, le 3 janvier 2024, constituent les décisions attaquées.

La décision déclarant non fondée la demande, visée au point 1.3., est motivée comme suit :

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

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'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 l'Italie, pays dans lequel le requérant a obtenu son statut de réfugié.

Dans son avis médical remis le 23.11.2023, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays de provenance du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Dès lors, 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.

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) ».

1.9. Le 14 février 2024, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a, de nouveau, déclaré irrecevable la demande de protection internationale, visée au point 1.2.

1.10. Le 24 avril 2024, la partie défenderesse a autorisé le requérant au séjour temporaire, pour une durée de deux ans, en application des articles 9bis et 13 de la loi du 15 décembre 1980.

1.11. Par l'arrêt n° 311 392 du 14 août 2024, le Conseil a annulé la décision, visée au point 1.9.

2. Questions préalables.

2.1. La lecture de la requête montre que, bien qu'elle dirige également son recours contre la décision de recevabilité de la demande, visée au point 1.8., la partie requérante ne développe aucun moyen, ni aucun argument à son encontre. Le recours est dès lors irrecevable à cet égard.

Pour l'examen du recours, la décision déclarant la demande d'autorisation de séjour, non fondée, constitue la décision attaquée.

2.2.1. Lors de l'audience, interrogée sur l'intérêt au recours, dès lors que le requérant s'est vu délivrer une « carte A », le 8 mai 2024, valable jusqu'au 24 avril 2026, la partie requérante estime qu'elle maintient son intérêt. Elle fait valoir, à cet égard, le caractère temporaire de l'autorisation de séjour fondée sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 et le fait que les conditions de renouvellement ne sont pas identiques. Elle précise que si cette autorisation n'est pas prolongée, elle ne pourra pas solliciter une nouvelle fois, une autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en invoquant la même maladie que celle invoquée à l'appui de la demande ayant donné lieu à la prise de la décision attaquée.

La partie défenderesse déclare que la partie requérante n'a plus intérêt au recours.

2.2.2. Le Conseil estime que l'intérêt de la partie requérante est suffisamment démontré, car l'autorisation de séjour, qui a été octroyée au requérant, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, est limitée dans le temps. Si cette autorisation n'est pas prolongée, il ne pourra pas solliciter une nouvelle fois, une autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en invoquant les mêmes éléments que ceux invoqués à l'appui de la demande ayant donné lieu à la prise de la décision attaquée. En effet, l'article 9ter, § 3, 5°, de la loi du 15 décembre 1980 y fait obstacle. De plus, l'autorisation de séjour à laquelle le requérant pourrait prétendre sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, bien que temporaire dans un premier temps, n'est pas identique à celle octroyée sur la base de l'article 9 de la loi du 15 décembre 1980, et place l'intéressé dans une situation juridique différente de celle résultant de cette dernière disposition.

3. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62, de la loi du 15 décembre 1980, et des devoirs de précaution et de minutie.

Elle fait notamment valoir ce qui suit :

« Le requérant ne conteste pas que les médicaments antirétroviraux (ARV) sont disponibles en Italie tel que cela est soulevé par le médecin conseil.

Toutefois la question qui reste problématique est celle de savoir si ces ARV sont accessibles aux ressortissants étrangers non italiens même reconnus réfugiés en Italie.

Le médecin conseil affirme que l'Italie fait partie de l'Union Européenne et que toute personne, même en séjour irrégulier, a droit aux soins médicaux d'urgence.

Or, comme le requérant l'a expliqué, il n'a bénéficié d'aucun traitement antirétroviral lorsqu'il séjournait en Italie.

D'ailleurs, à son arrivée en Belgique, il a dû être traité « *d'emblée ; stade CDC A2* » (voir certificat médical du 18.05.2020 du Dr [L.]) car sa charge virale était fort élevée.

Affirmer comme le fait le médecin conseil sans aucune nuance que « *les conditions des soins de santé en Italie en tant que membre de l'Union Européenne sont proches de la Belgique* » est donc erroné.

D'une part, cette affirmation est contraire aux principes énoncés dans l'arrêt rendu dans la présente affaire du Conseil de céans du 24.02.2022, qui possède autorité de chose jugée, qui estimait que :

« *que le simple fait que l'Italie soit un État membre de l'Union européenne ne permet pas à lui seul de conclure à l'accessibilité des soins dans ce pays* »

D'autre part, si le médecin conseil estime que « *rien ne prouve qu'il n'aurait pas accès aux soins malgré son statut de réfugié* », ce qui est logique puisqu'il est particulièrement difficile de rapporter la preuve d'un fait négatif, tant le CGRA que le Conseil de céans, statuant en plein contentieux, ont reconnu que le requérant se trouvait dans une situation de précarité certaine rendant difficile l'accès aux soins de santé (arrêt du 29.09.2022)

4.4. Le Conseil observe en l'espèce que le requérant, qui ne conteste pas avoir obtenu la qualité de réfugié en Italie, insiste dans son recours sur ses conditions de vie difficiles et précaires dans ce pays, notamment qu'il aurait été contraint de vivre dans la rue à Naples pendant plusieurs mois après que lui ait été octroyée la protection internationale.

La partie défenderesse ne semble pas remettre en cause en l'état cette situation de précarité à laquelle le requérant déclare avoir été confronté en Italie, pas plus que le fait qu'il aurait rencontré certaines difficultés au niveau de l'accès aux soins de santé dans ce pays.

Par conséquent, si les instances d'asile belges ont admis (en ce compris le CGRA) que le requérant avait éprouvé des difficultés dans l'accès aux soins, il n'appartient pas au médecin conseil d'outrepasser la position de ces instances d'asile en estimant que ce ne serait pas le cas !

En ce qui concerne la référence à l'assurance obligatoire, le médecin conseil affirme qu'elle couvre la majorité des travailleurs salariés et indépendants. Or, le fait qu'il puisse trouver du travail repose sur une

pure conjecture économique. En raison de la stigmatisation des réfugiés en Italie rien ne laisse penser qu'il trouverait aisément un emploi.

En effet, les réfugiés en Italie peinent à faire valoir leurs droits quel qu'ils soient (logement, travail, santé).

Il ressort d'un rapport de l'organisation NANSSEN sur la situation des personnes reconnues réfugiées en Italie que : « *Many status holders in Italy suffer from precarious living conditions, namely a lack of access to proper housing, social welfare and employment, many of them thus living in a situation of extreme poverty, resulting from the indifference and lack of action of the Italian state* » (pièce 3 p.4).

Dans un rapport de l'OSAR d'août 2016 (déjà déposé à l'appui de la précédente requête) sur les conditions d'accueil en Italie, l'on peut lire que « *Les personnes de retour déjà au bénéfice d'une protection et d'un statut correspondant en Italie ne reçoivent aucun soutien. Pour autant qu'elles aient accès aux ONG de l'aéroport, elles n'y trouvent que des informations sur leur situation. Elles ne bénéficient pas d'une aide à l'hébergement. Elles peuvent certes entrer librement en Italie, mais n'obtiennent pas de soutien étatique. Le système italien part du principe que les bénéficiaires d'une protection peuvent (et doivent) se débrouiller tout seul après avoir obtenu leur statut. Ils n'ont ainsi plus non plus accès aux centres de premier accueil* » (pièce 4 p.10).

Ce rapport de l'OSAR explique les difficultés d'accès au travail (p.50-51) :

« *En Italie, le taux de chômage est le plus haut de ces 40 ou 50 dernières années. En 2015, il s'élevait à environ 12%. 285 Chez les jeunes de 15 à 29 ans, il était même de 29% en mai 2016 (...)*

En raison du manque d'opportunités sur le marché régulier du travail, beaucoup de personnes cherchent une place sur le marché noir où les chances d'obtenir du travail sont moins réduites. Le travail au noir est très répandu en Italie, même chez les personnes ayant un statut légal de séjour. Il est en particulier présent au sud du pays et dans l'agriculture.

De nombreuses personnes qui résident dans un CAS travaillent au noir et sont souvent exploitées. Le défaut d'appui adéquat favorise du reste la voie vers l'économie souterraine, le trafic de drogues et la prostitution ».

- au sujet de l'accès à l'éducation (p.52-53):

«*Selon le HCR, il n'y a, en Italie, pas de mesures spécifiques visant à l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale, mais il est prévu que le Tavolo Nazionale di Coordinamento publie tous les deux ans un plan d'intégration national. La réalisation semble toutefois problématique ; en tous les cas, il n'existe encore aucun plan du genre (...)* Dès que la personne est sortie du système, il lui est difficile de continuer à suivre un cours de langue ou à participer à d'autres mesures d'encouragement à l'intégration. D'une part, il n'existe plus aucun droit à des mesures de soutien et les bénéficiaires d'une protection dépendent des offres proposées par les ONG. D'autre part, leur quotidien est essentiellement marqué par la couverture des besoins élémentaires de la vie comme dormir et manger ».

- au sujet de l'aide sociale (p.48):

«*le système italien de l'asile accorde un soutien aux requérant-e-s d'asile jusqu'à la décision de dernière instance sur leur demande d'asile. Dès l'obtention d'un statut de protection ou peu après, les bénéficiaires sont livré-e-s à eux/elles-mêmes et il est attendu de leur part qu'ils et elles puissent se débrouiller seul-e-s. (...) L'Italie ne connaît pas le système de prestations mensuelles régulières de l'aide sociale assurant un minimum vital. Dans ce domaine, elle s'appuie fortement sur le soutien offert par la famille. Alors que ses ressortissant-e-s peuvent en effet le plus souvent compter sur l'aide de leurs proches en cas de besoin et que l'Etat table en principe sur la contribution de ces derniers, les réfugiée-s ne disposent pour ainsi dire jamais d'un réseau familial solide. Ils et elles sont donc de fait moins bien loties que les indigènes* ».

- au sujet de l'accès aux soins de santé (p.54-56):

« *En Italie, les requérant-e-s d'asile et les bénéficiaires d'un statut de protection doivent s'annoncer au service national de la santé (servizio sanitario nazionale). Ces personnes sont sur un pied d'égalité avec les indigènes en ce qui concerne les soins médicaux. Toutefois, 30% des gens qui ont une autorisation de séjour en Italie ne sont pas enregistrés au service précité. (...) Une carte sanitaire (tessera sanitaria) est nécessaire pour se faire traiter par un médecin de famille et pour d'autres prestations médicales. Cette carte s'acquiert au lieu du domicile (residenza) annoncé. Son obtention nécessite un enregistrement préalable de la personne à l'agence publique locale ASL (Azienda Sanitaria Locale). Pour faire procéder à cet enregistrement, il faut un permis (cedolino ou permesso di soggiorno) et indiquer sa residenza. Pour les sans-abri, la constitution d'une residenza est difficile.*

Le système italien de la santé prévoit que les personnes qui travaillent ou qui n'ont encore jamais travaillé en Italie (inoccupati) doivent payer une franchise (« ticket ») pour les prestations médicales (sauf pour les soins d'urgence), c'est-à-dire prendre à leur charge une partie des frais qui en résultent. Comme les requérant-e-s d'asile et les bénéficiaires d'un statut de protection sont placé-e-s sur un pied d'égalité avec les indigènes dans ce domaine, cette règle leur est aussi applicable.

Selon les informations reçues de plusieurs interlocuteurs et interlocutrices, le montant de la franchise est de 20 à 40 Euro selon le traitement envisagé ; il constitue pour bien des personnes un obstacle à l'accès aux soins médicaux et aux investigations de nature médicale auxquelles il conviendrait de procéder. Sant'Egidio a parlé de divers cas où des gens ont été empêché[s] de suivre un traitement en raison de la franchise. [...] Pendant sa visite, la délégation a eu connaissance du cas d'un homme qui essayait, visiblement depuis assez longtemps, de trouver 20 Euro en vue d'une analyse sanguine. Or, la situation financière généralement déficitaire des œuvres d'entraide ne leur permet pas de prendre en charge des montants même modeste ».

Ainsi, alors qu'ils ont une vulnérabilité particulière reconnue en raison des persécutions dont ils ont été victimes dans leur pays d'origine, beaucoup de réfugiés ne bénéficient en Italie d'aucune protection et, sont au contraire, même exposés à des traitements inhumains et dégradants qui constituent des violations de l'article 3 CEDH.

Il résulte de ce qui précède que contraindre le requérant à retourner en Italie constitue une violation des dispositions visées au moyen et notamment de l'article 3 CEDH, en raison entre autres des conditions de vie des réfugiés reconnus.

Le rapport de l'organisation Nansen précité explique au niveau du logement que (p.4-5):

« In Italy, status holders face a severe lack of protection concerning accommodation, with the result that many of them live in the street or in informal settlements.

The UNHCR, IOM, and other humanitarian organizations and NGOs reported that thousands of legal and irregular foreigners, including status holders, were living in abandoned, inadequate, or overcrowded facilities in Rome and other major cities. Moreover, the presence of status holders within illegal occupations of buildings, both public and private, has increased. Many of them live in spaces of insecurity, and violence. They are unable to access not only territorial social and health services, but also the most basic goods such as water, food, electricity».

Ce constat est également confirmé par le rapport de l'OSAR précité qui précise que (p.43) :

« En raison du manque de capacités d'accueil dans le système officiel, beaucoup de requérant-e-s d'asile et de bénéficiaires d'une protection vivent dans des maisons occupées ou des quartiers délabrés dans diverses villes italiennes, le plus souvent dans des conditions lamentables.

A Rome, il y aurait, selon des estimations, entre 2'250 et 2'880 femmes, hommes et enfants qui vivent dans des taudis et des maisons occupées. A Milan, les occupations de maisons sont nettement moins tolérées qu'à Rome ; elles durent donc moins longtemps et les lieux demeurent cachés, de sorte qu'il faut admettre qu'ils changent souvent ».

Le [r]apport AIDA du 03.06.2021 rapporte encore que : *« Concernant la jouissance effective des services de santé par les demandeurs d'asile et les réfugiés, il convient de noter qu'il existe une désinformation générale et un manque de formation spécifique sur la protection internationale parmi les opérateurs médicaux.[7] En outre, les opérateurs médicaux ne sont pas spécifiquement formés sur les maladies affectant généralement les demandeurs d'asile et les réfugiés, qui peuvent être très différentes des maladies affectant la population italienne.*

L'un des obstacles les plus importants à l'accès aux services de santé est la barrière de la langue. Habituellement, les opérateurs médicaux ne parlent que l'italien et il n'y a pas de médiateurs ou d'interprètes culturels qui pourraient faciliter la compréhension mutuelle entre l'opérateur et le patient.[8] Par conséquent, les demandeurs d'asile et les réfugiés ne s'adressent souvent pas à leur médecin généraliste et ne se rendent à l'hôpital que lorsque leur maladie s'aggrave. Ces problèmes s'aggravent en raison des conditions défavorables de certains centres d'hébergement et des quartiers informels (voir conditions dans les camps de fortune). » (pièce 5)

En tant que réfugiés reconnus, ils ne peuvent trouver refuge dans une structure d'accueil, lesquelles sont réservées aux demandeurs d'asiles ou bien aux réfugiés reconnus qui n'ont pas quitté le pays.

Par conséquent, la partie adverse commet une appréciation beaucoup trop hypothétique quant à l'accessibilité des soins requis en ce qu'elle suppose que le requérant pourrait trouver un emploi.

Pour rappel, en Italie, le requérant a été privé d'accès aux soins de santé, de logement, d'apprentissage de la langue nationale, d'aide sociale et financière.

Il a été chassé de son centre d'accueil à Ceccano et puis a vécu comme un sans-abri à Naples.

Or, il est démontré ci-dessus, que lorsqu'un réfugié devient sans-abri, il ne peut procéder à l'enregistrement auprès de l'agence publique locale ASL pour obtenir sa carte sanitaire qui est nécessaire pour pouvoir consulter un médecin.

La Cour Nationale du Droit d'asile français a rendu un arrêt, dans un cas similaire, le 15.03.2022 (pièce 4) [...]

Cet arrêt est parfaitement transposable au cas d'espèce puisqu'il concernait un jeune homme, malade, ayant obtenu la protection subsidiaire en Italie qui a expliqué, comme le requérant, avoir été contraint de mendier dans les gares après avoir été contraint de quitter son hébergement sans autre solution de relogement. Il n'a pas non plus reçu d'aide en matière de logement et de formation professionnelle. Le médecin conseil semble occulter les privations dont font l'objet les réfugiés en Italie. [...]

Par conséquent, la partie adverse a violé les art. 9 ter et 62 de la loi du 15.12.1980 en s'abstenant de procéder correctement à l'examen des questions de disponibilité et d'accessibilité des traitements médicamenteux, des bilans sanguins et du suivi médical en Italie ».

4. Discussion.

4.1. Sur le moyen unique, ainsi circonscrit, 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 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, 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 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ayant inséré l'article 9^{ter} 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 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, 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 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).

Enfin, le Conseil rappelle qu'en vertu du devoir de minutie, l'autorité compétente doit, pour statuer en pleine connaissance de cause, procéder à une recherche minutieuse des faits, et prendre en considération tous les éléments du dossier (dans le même sens : CE, arrêt n° 221.713 du 12 décembre 2012).

4.2.1. En premier lieu, le Conseil observe que la décision attaquée est fondée sur un avis du fonctionnaire médecin, rendu le 23 novembre 2023, et joint à cette décision, qui mentionne, notamment, ce qui suit :

« Pathologies actives actuelles

Infection par HIV stadifiée CDC A2 traitée d'emblée

Traitement actif actuel

Isentress® (raltegravir)

Truvada® (emtricitabine, ténofovir)

Suivi : contrôle en milieu spécialisé tous les 4 mois : clinique et biologique.

[...]

Accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine [lire pays de provenance]

La recherche de l'accessibilité des soins concerne le ressortissant Camerounais ayant obtenu le statut de réfugié en Italie et venant de ce pays. Elle concerne donc l'Italie, pays de provenance et le Cameroun, pays d'origine du requérant [sic].

Concernant l'accessibilité des soins en Italie, signalons d'abord que l'Italie fait partie de l'Union Européenne tout comme la Belgique. Les conditions des soins de santé en Italie en tant que membre de l'Union Européenne sont proches de celles en Belgique.

L'intéressé stipule qu'il n'aurait pas accès aux soins en Italie malgré son statut de réfugié. Aucun document émanant des autorités italiennes ne vient étayer ses propos. Rien ne nous prouve qu'il n'aurait pas accès aux soins malgré son statut de réfugié. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Celui-ci avance également qu'il n'aurait pas accès aux soins car il était sdf en Italie. En Italie, comme en Belgique, avoir un domicile permet d'avoir plus facilement accès aux soins de santé. De plus, rien ne nous prouve qu'il ne pourra se domicilier en Italie comme il a pu le faire en Belgique.

Le régime italien de sécurité sociale protège contre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès (survivants), chômage, accidents du travail et maladies professionnelles, et sert des prestations familiales.

Le régime général obligatoire d'assurance (Assicurazione generale obbligatoria – AGO) couvre la grande majorité des travailleurs salariés et indépendants. Les travailleurs de certaines professions libérales (notamment avocats, médecins, architectes et ingénieurs) sont affiliés à des fonds spécifiques en fonction de leur catégorie professionnelle.

Le régime général assure les travailleurs salariés du secteur privé contre l'ensemble des risques. Pour les travailleurs indépendants, les prestations servies dans le cadre du régime général peuvent faire l'objet de réglementations spécifiques. Les travailleurs indépendants ne sont généralement pas couverts par l'assurance chômage ni en matière d'indemnités journalières de maladie. La couverture contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ne concernent [sic] pas non plus tous les travailleurs indépendants

[renvoi à une référence citée en note de bas de page].

L'intéressé étant en âge de travailler, rien n'indique que celui-ci ne pourrait accéder au marché de l'emploi en Italie lors de son retour. Dès lors, il pourrait obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé.

En Italie, si vous ne disposez pas de ressources financières suffisantes, vous pouvez demander l'octroi des prestations d'aide sociale qui permettent d'assurer un niveau minimal de revenus.

Exemple de prestation non contributive octroyée au niveau national par l'INPS: l'allocation sociale. C'est une prestation d'assistance qui a remplacé la pension sociale depuis le 1.1.1996. Elle est octroyée de façon complètement indépendante des cotisations et est accordée en cas de situation d'indigence^[renvoi à une référence citée en note de bas de page].

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine [lire pays de provenance].

Conclusion

La maladie ne présente pas de risque pour la vie et l'intégrité physique car le traitement médical est possible au pays d'origine/de provenance.

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 vu que les soins existent au pays d'origine/de provenance.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure qu'une infection par VIH stadifiée CDC A2 traitée d'emblée n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible en Italie (pays d'origine/de provenance).

Dès lors, il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressé ne serait pas en état de voyager.

Il ne peut également 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.

D'un point de vue médical il n'y donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine/de provenance ».

4.2.2. À cet égard, les constats suivants peuvent, notamment, être tirés de l'examen de l'avis du fonctionnaire médecin et du dossier administratif :

- Le fonctionnaire médecin rappelle que l'examen de l'accessibilité des soins et traitements requis s'effectue au regard de l'Italie, qui est le pays de provenance du requérant.
- Il estime que le requérant est resté en défaut de démontrer qu'il n'aurait pas accès aux soins et traitements malgré son statut de réfugié.
- Il estime en outre qu'il n'est pas établi que le requérant ne pourra pas se loger en cas de retour en Italie, d'autant plus qu'il a réussi à trouver un logement en Belgique.
- Il décrit le système de sécurité sociale italien, lequel comprenait, à la date de la décision attaquée, une assurance obligatoire qui couvrait la grande majorité des travailleurs salariés et indépendants, certaines professions libérales étant affiliées à certains fonds spécifiques.
- Il considère que le requérant est en âge et en capacité de travailler, et qu'il pourra ainsi subvenir aux charges relatives à ses frais de santé.

- Il affirme que, le cas échéant, le requérant pourrait bénéficier de prestations sociales qui lui permettraient de subvenir à ses besoins en termes de soins de santé.
- Il en conclut que les soins et traitements requis à la prise en charge médicale du requérant sont accessibles en Italie, son pays de provenance.

4.3.1. En l'espèce, dans la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.3., le requérant avait fait notamment valoir ce qui suit :

« A son arrivée en Italie, [le requérant] a été diagnostiqué comme infesté au VIH mais n'y a reçu aucun traitement antirétroviral.

Depuis son emménagement à Liège, il est pris en charge par le Dr [M.L.], spécialiste des maladies infectieuses au CHU de Liège, qui lui a prescrit les médicaments : Isentress et Truvada. Elle préconise également une consultation de contrôle (clinique et biologique) à concurrence de trois fois par an.

En cas de cessation de traitement, le Dr [D.L.] prédit « *le retour rapide aux valeurs de départ, tant pour la charge virale que pour le taux de CD4, puis la dégradation progressive avec acquisition d'infections opportunistes, cachexie, décès* »

[...]

Il serait inhumain de le renvoyer dans un pays où il ne pourrait poursuivre son traitement vu l'inaccessibilité des soins pour les personnes indigentes ».

4.3.2. Par ailleurs, le dossier administratif comprend la requête en suspension et annulation que la partie requérante avait introduite, le 9 juin 2021, à l'encontre de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.4. Cette décision était fondée sur un avis du fonctionnaire médecin, établi le 26 avril 2021.

Dans cette requête, la partie requérante avait développé l'argumentation suivante, pour contester le constat de l'accessibilité des soins et traitements requis, posé par le fonctionnaire médecin dans son avis médical :

« Le médecin conseil affirme que l'Italie fait partie de l'Union Européenne et que toute personne, même en séjour irrégulier, a droit aux soins médicaux d'urgence.

Or, comme le requérant l'a expliqué, il n'a bénéficié d'aucun traitement antirétroviral lorsqu'il séjournait en Italie.

D'ailleurs, à son arrivée en Belgique, il a dû être traité « *d'emblée ; stade CDC A2* » (voir certificat médical du 18.05.2020 du Dr [L.]) car sa charge virale était fort élevée.

Enfin, il est illusoire de penser que le sort des demandeurs d'asile est identique dans tous les pays d'Europe.

Il ressort du rapport AIDA du 03.06.2021 que : « *Concernant la jouissance effective des services de santé par les demandeurs d'asile et les réfugiés, il convient de noter qu'il existe une désinformation générale et un manque de formation spécifique sur la protection internationale parmi les opérateurs médicaux. [7] En outre, les opérateurs médicaux ne sont pas spécifiquement formés sur les maladies affectant généralement les demandeurs d'asile et les réfugiés, qui peuvent être très différentes des maladies affectant la population italienne.*

L'un des obstacles les plus importants à l'accès aux services de santé est la barrière de la langue. Habituellement, les opérateurs médicaux ne parlent que l'italien et il n'y a pas de médiateurs ou d'interprètes culturels qui pourraient faciliter la compréhension mutuelle entre l'opérateur et le patient.[8] Par conséquent, les demandeurs d'asile et les réfugiés ne s'adressent souvent pas à leur médecin généraliste et ne se rendent à l'hôpital que lorsque leur maladie s'aggrave. Ces problèmes s'aggravent en raison des conditions défavorables de certains centres d'hébergement et des quartiers informels (voir conditions dans les camps de fortune). » (pièce 5)

Cela est corroboré par le rapport de l'OSAR du mois d'août 2016, joint au dossier administratif, qui relate que : « *L'accès aux soins d'urgence est possible. Pour les autres cas d'atteintes à la santé, il est rendu difficile en raison d'obstacles de nature administrative et financière, de difficultés de communication et de manque d'information. La possibilité de soins médicaux [sic] et leur efficacité ont un lien étroit avec la situation de logement des personnes concernées. Il y a nettement trop peu de places d'hébergement appropriées pour les malades et en particulier pour les personnes présentant une affection psychique, qui n'ont guère de possibilités de recevoir un traitement adéquat et d'être accueillies dans une institution adaptée. C'est pourquoi, bien des gens ayant besoin d'une aide médicale [sic] vivent dans la rue et passent la nuit dans des refuges d'urgence. Dans de telles conditions, ni un traitement efficace ni une guérison ne sont possibles.* » (p. 60/80) ».

4.3.3.1. À cet égard, le Conseil rappelle que le Conseil d'Etat a jugé ce qui suit :

« Lorsqu'une autorité administrative agit dans le cadre de la réfection d'un acte annulé elle doit, spécialement pour les demandes de séjour pour raisons médicales qui tendent à prévenir une atteinte éventuelle à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, actualiser les éléments du dossier en tenant compte des pièces complémentaires en sa possession et qui figurent au dossier administratif » (CE, ordonnance n°12.758, rendue en procédure d'admissibilité des recours en cassation, le 22 mars 2018).

Il découle de cette jurisprudence, qu'en l'espèce, les éléments avancés par la partie requérante dans la requête, susmentionnée, auraient dû être pris en compte par la partie défenderesse, dans le cadre de la réfection de sa décision, et, partant, par le fonctionnaire médecin, dans son nouvel avis.

4.3.3.2. Toutefois, l'avis du fonctionnaire médecin, rendu le 23 novembre 2023, ne montre pas qu'il a suffisamment tenu compte de ces éléments.

En effet, il se contente d'affirmer que le requérant est resté en défaut de démontrer

- qu'il n'aurait pas accès aux soins et traitements requis en Italie, alors même qu'il s'est vu accorder le statut de réfugié,

- ni qu'il ne pourrait pas se loger en cas de retour en Italie, alors qu'il a pu se loger en Belgique.

À cet égard, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin n'a aucunement exposé les raisons pour lesquelles il estime que les éléments avancés par le requérant ne sont pas de nature à démontrer l'inaccessibilité aux soins et traitements ou l'incapacité de se loger, alléguées.

Or, le Conseil rappelle que dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a jugé ce qui suit :

« [d]ans le cadre [des procédures adéquates permettant l'examen des éventuelles violations de l'article 3 de la CEDH], il appartient aux requérants de produire des éléments susceptibles de démontrer qu'il y a des raisons sérieuses de penser que, si la mesure litigieuse était mise à exécution, ils seraient exposés à un risque réel de se voir infliger des traitements contraires à l'article 3 (*Saadi*, précité, § 129, et *F.G. c. Suède*, précité, § 120). Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler qu'une part de spéculation est inhérente à la fonction préventive de l'article 3 et qu'il ne s'agit pas d'exiger des intéressés qu'ils apportent une preuve certaine de leurs affirmations qu'ils seront exposés à des traitements prohibés (voir, notamment, *Trabelsi c. Belgique*, n° 140/10, § 130, CEDH 2014 (extraits)) » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 186) (le Conseil souligne). La Cour EDH a également estimé que « [l]orsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir *Saadi*, précité, § 129, et *F.G. c. Suède*, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (*Saadi*, précité, § 128, *Sufi et Elmi c. Royaume-Uni*, nos 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, *Hirsi Jamaa et autres*, précité, § 116, et *Tarakhel*, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (*Vilvarajah et autres*, précité, § 108, *El-Masri*, précité, § 213, et *Tarakhel*, précité, § 105) » et que cette évaluation implique « d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 187) (le Conseil souligne).

Partant, le Conseil considère que les affirmations précitées sont péremptoires et ne sont donc pas de nature à contredire les difficultés invoquées par le requérant. Au surplus, la circonstance que le requérant a pu se loger en Belgique ne peut suffire à considérer, ainsi que semble prétendre le fonctionnaire médecin, qu'il aurait la capacité de trouver un logement en Italie.

Il en est d'autant plus ainsi que dans un arrêt n° 278 103 du 29 septembre 2022, le Conseil a annulé la décision, visée au point 1.6., déclarant irrecevable la demande de protection internationale introduite par le requérant, visée au point 1.2., en ces termes :

« 4.3. En l'occurrence, après un examen attentif du dossier administratif, le Conseil estime qu'il ne détient pas suffisamment d'éléments pour lui permettre de statuer en pleine connaissance de cause.

4.4. Le Conseil observe en l'espèce que le requérant, qui ne conteste pas avoir obtenu la qualité de réfugié en Italie, insiste dans son recours sur ses conditions de vie difficiles et précaires dans ce pays, notamment qu'il aurait été contraint de vivre dans la rue à Naples pendant plusieurs mois après que lui ait été octroyée la protection internationale.

La partie défenderesse ne semble pas remettre en cause en l'état cette situation de précarité à laquelle le requérant déclare avoir été confronté en Italie, pas plus que le fait qu'il aurait rencontré certaines difficultés au niveau de l'accès aux soins de santé dans ce pays.

Or, le Conseil estime qu'à ce stade de l'instruction, ces aspects importants du vécu du requérant en Italie n'ont pas été suffisamment approfondis par la partie défenderesse.

4.5. A cela s'ajoute que, selon les pièces à caractère médical jointes au dossier administratif (v. les pièces 4 et 5 de la fardé *Documents* du dossier administratif), le requérant est atteint d'une pathologie chronique grave - visiblement diagnostiquée à son arrivée en Italie - qui nécessite un suivi tant médical que psycho-social et requiert un traitement médicamenteux à vie (v. notamment le certificat médical du Centre hospitalier universitaire de Liège du 18 mai 2020 et l'attestation de suivi psycho-social du 21 février 2022).

Au vu de ces éléments spécifiques de la présente cause, le requérant fait valoir à ce stade certaines indications qui sont de nature à conférer à sa situation personnelle en cas de retour en Italie, un caractère de vulnérabilité particulière qui mérite d'être investigué plus avant, à la lumière de la jurisprudence de la CJUE évoquée *supra*. Il apparaît dès lors utile de réexaminer de manière approfondie, au vu des pièces médicales produites, si, en l'espèce, la situation particulière du requérant ne risque pas de l'exposer, en cas de retour en Italie, indépendamment de sa volonté et de ses choix personnels, à une situation de dénuement matériel extrême qui ne lui permettrait pas de faire face à ses besoins les plus élémentaires et qui porterait atteinte à sa santé physique ou mentale ou le mettrait dans un état de dégradation incompatible avec la dignité humaine.

4.6. En conséquence, il manque des éléments essentiels qui impliquent que le Conseil ne peut conclure à la confirmation ou à la réformation de la décision attaquée sans qu'il soit procédé à des mesures d'instruction complémentaires » (le Conseil souligne).

Il est à noter que dans un arrêt n° 311 392 du 14 août 2024, le Conseil a, de nouveau, annulé la décision, visée au 1.9., déclarant irrecevable la demande de protection internationale introduite par le requérant, visée au point 1.2., sur la même base.

4.3.4. Par ailleurs, le Conseil rappelle que dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, précité, la Cour EDH a également précisé 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) » (*Paposhvili contre Belgique*, *op. cit.*, § 190).

À cet égard, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a fourni une réponse générale, sans toutefois donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par le requérant dans la requête, repris au point 4.3.2.

Ainsi, le Conseil constate tout d'abord que si les documents sur lesquels s'est basé le médecin conseil de la partie défenderesse pour conclure à l'accessibilité aux soins requis par le requérant, à savoir les documents tirés des sites Internet du « Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale », et du site Internet de la Commission européenne, figurent bien au dossier administratif, il appert, à la lecture de ceux-ci, que le régime italien de sécurité sociale vise uniquement les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants.

Force est également de constater qu'aucun des documents figurant au dossier administratif ne comporte d'information relative au coût des traitements antirétroviraux en Italie. Partant, le Conseil estime que le dossier administratif ne montre pas que le requérant, à considérer qu'il soit en mesure de travailler, pourrait bénéficier dans son pays d'origine des soins et traitements dont il a besoin.

De plus, le Conseil observe que l'examen du dossier administratif relève que l'octroi de « l'allocation sociale », à laquelle se réfère le fonctionnaire médecin, est soumise à certaines conditions, mentionnées comme suit :

« Conditions d'éligibilité à l'allocation sociale :

- vous devez avoir de 67 ans (condition d'éligibilité jusqu'en 2026) ;
- vous devez avoir la nationalité italienne, être ressortissant d'un autre pays de l'Union européenne ou avoir la nationalité d'un pays tiers et un titre ou un permis de séjour de longue durée (d'au moins 10 ans) ;
- vous devez disposer de votre résidence et domicile habituels en Italie (ce qui fait l'objet d'une vérification annuelle) ». Force est donc de constater que le requérant – un ressortissant camerounais bénéficiaire de la protection internationale en Italie depuis moins de dix ans, âgé de 39 ans, ayant déclaré être sans abri sans que cela soit valablement contesté par la partie défenderesse – ne remplit, à l'évidence, pas ces conditions, et n'est donc pas éligible au bénéfice de cette allocation.

Enfin, le Conseil relève que l'affirmation du fonctionnaire médecin, relative à la capacité du requérant à trouver un travail pour financer ses soins, s'apparente à une pétition de principe, laquelle n'est nullement suffisante à motiver la décision attaquée quant à l'accessibilité des soins et traitements en Italie. En conséquence, la motivation relative à la capacité du requérant à travailler n'est pas non plus de nature à établir l'accessibilité des soins et traitements requis en Italie.

4.3.5. Le Conseil constate dès lors que la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse et donc de la décision attaquée qui se réfère à celui-ci, ne permet pas valablement d'établir que les soins et traitements nécessaires seraient accessibles au requérant dans son pays de provenance, à savoir l'Italie.

Partant, le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante, que la partie défenderesse n'a pas pris en considération tous les éléments de la cause et que la décision attaquée n'est dès lors pas suffisamment et adéquatement motivée.

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

« Il ressort de l'avis précité, que le médecin fonctionnaire a procédé à un examen suffisant et raisonnable de l'accessibilité des soins en Italie.

Il établit ainsi, sur base d'informations consultées le 23 novembre 2023, l'existence d'un système de sécurité sociale tant pour les travailleurs salariés que pour les indépendants en précisant ceci :

« *[Reproduction des cinquième, sixième et septième paragraphes du point dudit avis intitulé « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine »]* »

Le requérant n'établit pas qu'il ne pourrait travailler en Italie et prendre ainsi en charge les cotisations d'affiliations et d'en bénéficier.

Le médecin fonctionnaire relève ainsi que : « *[Reproduction du huitième paragraphe du point dudit avis intitulé « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine »]* »

Le requérant se contente de prétendre qu'il ne pourrait bénéficier du régime de la sécurité sociale existant en Italie en soutenant qu'il ne pourrait y avoir accès en raison de la stigmatisation des réfugiés en Italie.

Or, d'une part, il ne [...] fournit, dans son dossier médical, aucun certificat médical d'un médecin spécialiste attestant d'une impossibilité totale ou partielle pour lui de travailler.

[...]

D'autre part, en termes de recours, le requérant se contente de prendre le contre-pied des informations recueillies par le médecin fonctionnaire qui conclut à l'accessibilité du traitement.

Le requérant ne démontre en effet pas valablement qu'il ne pourrait personnellement avoir accès à un traitement adéquat en Italie, se bornant à ce propos à opposer de simples affirmations nullement étayées.

[...]

En tout état de cause, le requérant ne contredit pas valablement le constat selon lequel il a, en tant que réfugié, accès au traitement en Italie, se limitant à affirmer qu'il ne pourrait bénéficier des soins médicaux d'urgence ou qu'il n'aurait bénéficié d'aucun traitement antirétroviral lors de son séjour, sans l'étayer de manière probante.

A supposer qu'il n'ait effectivement pas obtenu, en Italie, de traitement adapté à sa pathologie – ce qui n'est pas démontré – encore convient-il de constater que le requérant n'établit pas que cela résulterait d'une carence des autorités italiennes.

Pour le surplus, il ne ressort pas du rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) du mois d'août 2016, que le requérant serait dans l'impossibilité d'accéder à un traitement adéquat dans son pays de résidence habituelle.

Cela est également corroboré par le médecin fonctionnaire, dans son avis médical, qui relève sur base d'informations récentes qu'à défaut de pouvoir travailler et en cas d'indigence, le régime italien prévoit :

« *[Reproduction des neuvième et dixième paragraphes du point dudit avis intitulé « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine »]* »

Quant au rapport AIDA du 3 juin 2021, cité la première [*sic*] lors du recours précédent et une nouvelle fois à l'appui du présent recours, il échet et il suffit de constater que le requérant ne s'en n'est pas prévalu en termes de demande d'autorisation de séjour, n'ayant au demeurant fait état d'aucune contre-indication à un retour en Italie.

Il n'appartient en effet pas à la partie adverse d'aller rechercher elle-même des documents produits dans d'autres procédures mais bien au requérant d'actualiser son dossier par la transmission des documents qu'il estime utile.

[...]

Le médecin fonctionnaire relève, en outre, à juste titre que concernant sa situation qui aurait prévalu en Italie (SDF, absence de prise en charge), le requérant n'a apporté aucun commencement de preuve de cette situation :

« *[Reproduction des troisième et quatrième paragraphes du point dudit avis intitulé « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine »]* ».

En outre, dans la mesure où le requérant n'invoque pas valablement un risque concret et personnel, en ce qui concerne l'accès aux soins de santé dans son pays de provenance, l'autorité peut valablement se fonder sur des informations générales, valables pour la population dans son ensemble.

La preuve de la réalité du risque encouru, de nature à justifier qu'une autorisation de séjour soit accordée, incombe à l'étranger.

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.

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* ».

Le requérant reproche donc en vain au médecin fonctionnaire le caractère général des informations sur lesquelles il fonde son avis.

En conclusion, si ce n'est prendre le contrepied de l'avis du médecin fonctionnaire, le requérant reste en défaut de démontrer qu'il ne pourrait, personnellement, accéder aux soins nécessaires ».

Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

4.4.2. Tout d'abord, la partie défenderesse ne peut être suivie en ce qu'elle affirme qu'« Il n'appartient en effet pas à la partie adverse d'aller rechercher elle-même des documents produits dans d'autres procédures mais bien au requérant d'actualiser son dossier par la transmission des documents qu'il estime utile ». En effet, outre que cette affirmation contrevient à l'enseignement découlant de la jurisprudence citée au point 4.3.3.1., il convient de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une autre procédure, mais bien de la réfection d'une décision à la suite de l'annulation de la décision précédente.

4.4.3. Ensuite, l'affirmation selon laquelle, « il ne [...] fournit, dans son dossier médical, aucun certificat médical d'un médecin spécialiste attestant d'une impossibilité totale ou partielle pour lui de travailler », ne peut pas non plus être suivie dès lors qu'elle constitue une motivation *a posteriori* de la décision attaquée afin d'en pallier les lacunes, ce qui ne saurait être admis.

4.4.4. Par ailleurs, le Conseil observe qu'il ressort des lignes qui précèdent que, contrairement à ce qu'affirme la partie défenderesse, la partie requérante a étayé les difficultés d'accès aux soins de santé, invoquées, en se référant à des sources dont la pertinence n'est nullement remise en cause dans la décision attaquée ou l'avis médical sur lequel elle se fonde. Il en est d'autant plus ainsi que dans les arrêts n° 278 103 et n° 311 392, mentionnés au point 4.3.3.2., annulant successivement deux décisions déclarant irrecevables la demande de protection internationale introduite par le requérant, visée au point 1.2., le Conseil a relevé que le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides n'a pas remis en cause ces difficultés.

Toutefois, la lecture de l'avis du fonctionnaire médecin montre que celui-ci a fourni une réponse générale, sans toutefois donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour quant aux difficultés d'accès à son traitement médicamenteux et à son suivi, même s'il est reconnu réfugié en Italie.

Or, le Conseil estime utile de rappeler que le fonctionnaire médecin 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 et qu'il en résulte que la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité d'un traitement adéquat dans le pays d'origine, ne pèse pas exclusivement sur le demandeur (en ce sens, C.E., 27 mars 2018, ordonnance n°12.768).

En outre, le Conseil rappelle que dans son arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour EDH a jugé que « [d]ans le cadre [des procédures adéquates permettant l'examen des éventuelles violations de l'article 3 de la CEDH], il appartient aux requérants de produire des éléments susceptibles de démontrer qu'il y a des raisons sérieuses de penser que, si la mesure litigieuse était mise à exécution, ils seraient exposés à un risque réel de se voir infliger des traitements contraires à l'article 3 (*Saadi*, précité, § 129, et *F.G. c. Suède*, précité, § 120). Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler qu'une part de spéculation est inhérente à la fonction préventive de l'article 3 et qu'il ne s'agit pas d'exiger des intéressés qu'ils apportent une preuve certaine de leurs affirmations qu'ils seront exposés à des traitements prohibés (voir, notamment, *Trabelsi c. Belgique*, n° 140/10, § 130, CEDH 2014 (extraits)) » (*Paposhvili contre Belgique*, § 186) (le Conseil souligne). La Cour EDH a également estimé que « [l]orsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir *Saadi*, précité, § 129, et *F.G. c. Suède*, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (*Saadi*, précité, § 128, *Sufi et Elmi c. Royaume-Uni*, n°s 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, *Hirsi Jamaa et autres*, précité, § 116, et *Tarakhel*, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (*Vilvarajah et autres*, précité, § 108, *El-Masri*, précité, § 213, et *Tarakhel*, précité, § 105) » et que cette évaluation implique « d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade » (*Paposhvili contre Belgique*, *op.cit.*, § 187) (le Conseil souligne).

Au vu des constats posés au point 4.3., la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin n'apparaît pas compatible avec la jurisprudence *Paposhvili* précitée en ce qu'elle fait peser une charge démesurée sur le requérant et ne satisfait pas à l'obligation de la partie défenderesse de « dissiper les doutes éventuels »

concernant les raisons sérieuses de penser que le requérant serait soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la CEDH en cas de retour en Italie.

4.4.5. Enfin, le Conseil observe que le rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés du mois d'août 2016, examiné par la partie défenderesse dans sa note d'observations, fait état des éléments suivants, s'agissant de l'accès aux soins :

« 8.1 Accès aux soins médicaux

En Italie, les requérant-e-s d'asile et les bénéficiaires d'un statut de protection doivent s'annoncer au service national de la santé (servizio sanitario nazionale). Ces personnes sont sur un pied d'égalité avec les indigènes en ce qui concerne les soins médicaux. Toutefois, 30% des gens qui ont une autorisation de séjour en Italie ne sont pas enregistrés au service précité.

Toute personne séjournant en Italie – même de manière irrégulière – a droit aux soins médicaux de base et d'urgence en cas de maladie ou d'accident ainsi qu'à un traitement préventif pour préserver la santé individuelle et la santé publique. L'accès à des traitements hospitaliers d'urgence semble fonctionner de manière générale. Cependant, les personnes en transit sans papiers rencontrent des difficultés d'accès aux soins médicaux.

En revanche, une carte sanitaire (tessera sanitaria) est nécessaire pour se faire traiter par un médecin de famille et pour d'autres prestations médicales. Cette carte s'acquiert au lieu du domicile (residenza) annoncé. Son obtention nécessite un enregistrement préalable de la personne à l'agence publique locale ASL (Azienda Sanitaria Locale). Pour faire procéder à cet enregistrement, il faut un permis (cedolino ou permesso di soggiorno) et indiquer sa residenza. C'est dire que les personnes dont la demande d'asile n'est pas encore formalisée (verbalizzazione) sont exclues des soins médicaux autres que les soins de base et d'urgence. Jusqu'au moment où leur procédure est reprise, il en va de même pour les personnes transférées en Italie dans le cadre de Dublin, qui avaient déjà déposé précédemment une demande d'asile dans ce pays. Tel est également le cas pour les bénéficiaires d'un statut de protection qui ne sont pas enregistrés au service sanitaire (selon MSF, environ 30%).

Pour les sans-abri, la constitution d'une residenza est difficile. Quelques ONG (par exemple, le Centro Astalli) peuvent mettre à disposition leur adresse en tant que residenza virtuelle, mais l'ONG doit alors se porter garante de la personne et du fait que celle-ci se trouve encore en Italie.

La carte sanitaire ouvre l'accès à un médecin de famille et à diverses prestations médicales qui dépassent le cadre des soins de base et des soins d'urgence. Toutefois, le choix du médecin de famille dépend localement du lieu de la residenza, ce qui peut entraîner des déplacements compliqués, en particulier lorsque l'adresse d'une ONG a été indiquée comme residenza. Dans ce cas, la personne peut rencontrer de nombreux problèmes et avoir des difficultés accrues à accéder au système sanitaire. [...]

8.1.1 Franchise ou « ticket »

Le système italien de la santé prévoit que les personnes qui travaillent ou qui n'ont encore jamais travaillé en Italie (inoccupati) doivent payer une franchise (« ticket ») pour les prestations médicales (sauf pour les soins d'urgence), c'est-à-dire prendre à leur charge une partie des frais qui en résultent. Comme les requérant-e-s d'asile et les bénéficiaires d'un statut de protection sont placés sur un pied d'égalité avec les indigènes dans ce domaine, cette règle leur est aussi applicable. En cas d'indigence, une exonération du paiement de la franchise peut être accordée. Les procédures administratives visant une telle exonération peuvent toutefois durer un certain temps. Cette exonération est cependant garantie aux requérant-e-s d'asile pendant la phase où ils et elles n'ont pas le droit de travailler.

[...]

Selon les informations reçues de plusieurs interlocuteurs et interlocutrices, le montant de la franchise est de 20 à 40 Euro selon le traitement envisagé ; il constitue pour bien des personnes un obstacle à l'accès aux soins médicaux et aux investigations de nature médicale auxquelles il conviendrait de procéder. Sant'Egidio a parlé de divers cas où des gens ont été empêchés de suivre un traitement en raison de la franchise. Pendant sa visite, la délégation a eu connaissance du cas d'un homme qui essayait, visiblement depuis assez longtemps, de trouver 20 Euro en vue d'une analyse sanguine. Or, la situation financière généralement déficitaire des œuvres d'entraide ne leur permet pas de prendre en charge des montants même modestes.

[...]

8.1.3. Problèmes d'accès aux soins médicaux

Le principal problème ayant trait à l'accès aux soins médicaux est le manque d'information de beaucoup de personnes au sujet de leurs droits et au sujet de la manière de se procurer une *tessera sanitaria*. Cet accès est en outre rendu difficile par la franchise qui doit être dans bien des cas prise en charge par les patient-e-s et dépasse souvent le budget des requérant-e-s d'asile et des bénéficiaires d'un statut de protection en Italie. C'est pourquoi, des ONG comme MEDU ET Cittadini del Mondo à Rome et Naga à Milan sillonnent les maisons occupées et les rues pour donner des informations et proposer des soins.

D'autres difficultés relèvent des problèmes de communication dus à la langue entre le personnel soignant et les réfugié-e-s.

[...]

8.4 Conclusion

L'accès aux soins d'urgence est possible. Pour les autres cas d'atteintes à la santé, il est rendu difficile en raison d'obstacles de nature administrative et financière, de difficultés de communication et de manque

d'information. La possibilité de soins médicaux et leur efficacité ont un lien étroit avec la situation de logement des personnes concernées. Il y a nettement trop peu de places d'hébergement appropriées pour les malades et en particulier pour les personnes présentant une affection psychique, qui n'ont quère de possibilités de recevoir un traitement adéquat et d'être accueillies dans une institution adaptée. C'est pourquoi, bien des gens ayant besoin d'une aide médicale vivent dans la rue et passent la nuit dans des refuges d'urgence. Dans de telles conditions, ni un traitement efficace ni une guérison ne sont possibles » (le Conseil souligne).

S'agissant de l'accès au logement, ledit rapport fait notamment état de ce qui :

« 5.3.4 Maisons occupées et taudis

En raison du manque de capacités d'accueil dans le système officiel, beaucoup de requérant-e-s d'asile et de bénéficiaires d'une protection vivent dans des maisons occupées ou des quartiers délabrés dans diverses villes italiennes, le plus souvent dans des conditions lamentables.

72% des personnes habitant dans des sites d'hébergement informels sont au bénéfice d'un statut de protection en Italie (22% sont des réfugié-e-s statutaires, 27% des bénéficiaires de la protection subsidiaire et 23% ont un statut humanitaire) alors que 6% d'ent[r]e elles se trouvent en procédure d'asile. Sur l'ensemble des habitant-e-s de ce type de lieux, 61% ont séjourné plus d'un mois dans un centre étatique, 15% dans deux centres étatiques et 23% n'ont pas eu accès au système d'accueil.² ! La plupart (73%) n'ont pas d'activité lucrative et le sort de celles et ceux qui ont un travail est souvent précaire (sur la situation actuelle du marché du travail en Italie, voir aussi Chapitre 7).

[...]

c.) Conclusion

A Rome surtout, un grand nombre de requérant-e-s d'asile et de bénéficiaires d'une protection vit dans des bâtiments occupés et des taudis. La plupart n'ont pas de travail et que peu d'espoir d'en trouver. Le quotidien est dès lors déterminé par le souci de couvrir les besoins élémentaires. Dans ces circonstances, il est pratiquement impossible de participer à des cours de langue ou à d'autres activités organisées par des ONG. Les conditions de vie dans les maisons occupées ne correspondent pas aux besoins des enfants et mettent en péril leur développement. Le potentiel de violence que recèlent les lieux occupés menace de manière souvent imprévisible non seulement les femmes et les enfants, mais aussi les hommes. Les personnes qui y habitent n'ont en tous les cas aucune perspective concrète de voir leur situation s'améliorer.

De surcroît, selon le Decreto Lupi, aucune residenza ne peut être autorisée dans des bâtiments occupés. Cela complique beaucoup les démarches en vue d'obtenir une carte sanitaire, une prolongation d'un titre de séjour, l'accès à certains services comme par exemple à un jardin d'enfants ou pour toute autre occasion où une residenza serait exigée.

5.3.5 Sans-abri

[...]

A Milan aussi, il y a des réfugié-e-s sans abri, mais ils sont moins visibles qu'à Rome. En particulier en hiver, il existe des refuges où les sans-abri peuvent passer la nuit. Au moment du voyage d'investigation, selon les indications de Caritas, ces refuges abritaient peu de personnes en procédure d'asile, mais beaucoup de bénéficiaires d'un statut de protection en Italie. L'ONG Naga fait état de nombreuses personnes vivant dans les rues après avoir dû quitter les CAS une fois leur statut obtenu. Elles y restent jusqu'à ce qu'une place se libère dans un centre du SPRAR, ce qui peut durer des mois. Selon l'ONG, le problème irait en augmentant.

[...]

5.3.6 Conclusion

Le système italien part du principe que les personnes au bénéfice d'un statut de protection peuvent et doivent se débrouiller seules. En conséquence, il ne prévoit que peu de places d'accueil pour elles et ces places sont toujours limitées dans le temps. En particulier, lorsque quelqu'un a épuisé la durée maximale de séjour dans un centre (six mois depuis la reconnaissance du statut de protection), il a très peu de chances de trouver une autre place d'hébergement. Le risque élevé de se retrouver sans abri tel qu'il est généré par ce système concerne aussi les femmes, les mères seules, les familles ainsi que les personnes atteintes physiquement ou psychologiquement. Les conditions de vie des requérant-e-s d'asile et des réfugié-e-s dans les maisons occupées, dans les taudis et dans la rue sont indignes. C'est une vie en marge de la société sans aucune perspective d'améliorer leur situation. Leur quotidien est très souvent déterminé par la simple couverture de leurs besoins les plus élémentaires comme la recherche de nourriture et d'un endroit où dormir » (le Conseil souligne).

S'agissant de la situation des personnes vulnérables, ledit rapport mentionne notamment :

« 9.4. Hommes seuls

Les hommes seuls ne sont pas considérés comme vulnérables. Toutefois, la précarité de la vie de sans-abri, la crainte d'être victime d'agressions et les constants efforts à déployer pour couvrir les besoins élémentaires rendent toute personne vulnérable. La CourEDH partage cette opinion dans la mesure où elle a retenu que, de par leur seule position juridique, les requérant-e-s d'asile en général constituent un groupe vulnérable.

On attend en particulier des hommes jeunes et en bonne santé qu'ils puissent se débrouiller seuls. C'est pourquoi, dans les procédures Dublin, ils sont transférés sans autre mesure d'instruction et leurs recours contre les transferts sont d'expérience pratiquement voués à l'échec. Comme ils ne sont pas considérés

comme vulnérables, ils n'ont aucune priorité d'accueil dans bien des lieux d'hébergement en Italie. En même temps, ils font partie du groupe de personnes les plus touchées par le chômage dans ce pays (voir Chapitre 7.2).

Les hommes seuls au bénéfice d'un statut de protection qui sont transférés en Italie se retrouvent ainsi le plus souvent dans la situation de sans-abri ou dans une maison occupée sans perspective d'améliorer leur existence » (le Conseil souligne).

Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que l'affirmation selon laquelle « il ne ressort pas du rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) du mois d'août 2016, que le requérant serait dans l'impossibilité d'accéder à un traitement adéquat dans son pays de résidence habituelle » est contredite par les informations contenues dans ledit rapport et procède d'une lecture lacunaire, voire incorrecte.

De surcroît, force est de constater qu'une telle affirmation viole l'autorité de chose jugée de l'arrêt n° 268 999 du 24 février 2022, visé au point 1.5., par lequel le Conseil a annulé la précédente décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour du requérant. En effet, dans cet arrêt, le Conseil avait considéré que le rapport susmentionné « contient des informations pertinentes - relevées dans la requête - de nature à corroborer les déclarations de la partie requérante selon lesquelles elle n'a pas eu accès aux soins en Italie en raison notamment de sa situation de logement, celle-ci se trouvant sans domicile fixe ».

4.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique, ainsi circonscrit, est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

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 24 novembre 2023, est annulée.

Article 2.

La requête en annulation est rejetée pour le surplus.

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

Mme S. GOBERT, présidente f. f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. D. NYEMECK

S. GOBERT