

Arrêt

n° 323 274 du 13 mars 2025
dans l'affaire X / III

En cause : X

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

Contre :

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la
Simplification administrative et désormais par la Ministre de l'Asile et de la Migration**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 6 juillet 2017, par X, qui déclare être de nationalité nigeriane, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 22 mai 2017.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'arrêt n° 249 177 rendu le 16 février 2021 cassé par l'arrêt n° 259.820 rendu par le Conseil d'Etat le 23 mai 2024.

Vu l'ordonnance du 20 janvier 2025 convoquant les parties à l'audience du 12 février 2025.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. MANDELBLAT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me D. MATRAY et Me C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

Selon ses déclarations, la partie requérante est arrivée en Belgique en août 2010. Le 30 août 2010, elle a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges, qui a été clôturée négativement par l'arrêt n° 66 075 rendu par le Conseil de céans le 1er septembre 2011. Par un courrier daté du 2 février 2011, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée irrecevable le 9 mars 2011. Par un courrier daté du 30 avril 2011, la partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée irrecevable le 19 mai 2011. Par un courrier daté du 25 août 2011, la partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi

du 15 décembre 1980. Cette demande, qui a été déclarée recevable le 17 octobre 2011, a fait l'objet d'une décision de rejet du 28 janvier 2015. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par un arrêt du Conseil n° 151 938 du 8 septembre 2015, la partie défenderesse ayant dans l'intervalle procédé au retrait de ladite décision le 28 janvier 2015. Le 16 mars 2015, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande précitée introduite le 17 août 2011. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par un arrêt n° 159 896 du 14 janvier 2016. Par un courrier du 27 février 2016, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande, qui a été déclarée recevable le 3 juin 2016, a été complétée le 9 septembre 2016. En date du 18 mai 2017, le médecin de la partie défenderesse a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante. Le 22 mai 2017, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande, laquelle constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motifs :

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 le Niger, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 18.05.2017, (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 d'origine 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.

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.

Etant donné que la procédure d'asile de l'intéressé est encore en cours ou qu'aucune annexe 13qq n'a encore été délivrée à la fin de la procédure d'asile, je vous demanderai de bien vouloir proroger l'attestation d'immatriculation qui lui a été délivrée jusqu'à la prise d'une décision concernant la procédure d'asile.

Veuillez également donner instruction au Registre national de réinscrire l'intéressé dans le registre d'attente.»

L'arrêt n° 249 177 rendu le 16 février 2021 a annulé la décision. Cet arrêt a été cassé par l'arrêt n°259.820 rendu par le Conseil d'Etat le 23 mai 2024.

2. Exposé du moyen d'annulation

La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation « des articles 9ter, et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, des articles 1, 2, 3 et 4 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne,

de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, du principe général de bonne administration, selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, et de l'erreur manifeste d'appréciation ».

Dans une première branche du moyen, après des rappels d'ordre théorique, la partie requérante fait valoir que « Force est de constater qu'il ne ressort nullement de l'acte attaqué, ni du rapport du Médecin-conseil, que la partie adverse ait examiner la situation du requérant sous l'angle du premier, du deuxième et du troisième risque, à savoir : vérifier si à tout le moins, l'état de santé invoqué par le requérant, tel qu'il ressort de plusieurs certificats médicaux, n'est pas de nature à entraîner un risque réel pour sa vie, un risque réel à son intégrité physique ainsi qu'un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans son chef ; Pour la partie adverse, le risque réel de traitement inhumain ou dégradant est forcément lié, voire découle ipso facto du risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ; Alors que, comme il a été démontré ci-dessus, l'article 9 ter vise en réalité trois types de maladies avec trois types de risques réels différents, pouvant conduire à l'octroi d'un titre de séjour pour raisons médicales, lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays de résidence (risque réel pour la vie, risque réel pour l'intégrité physique et risque réel de traitement inhumain ou dégradant) ; Or, ces trois types de risques ne sont pas forcément liés les uns aux autres ; Qu'il s'agit en réalité de trois types de risques, bien distincts et autonomes les uns des autres ; La partie adverse commet ainsi donc manifestement une erreur d'appréciation en écartant d'autorité l'existence éventuelle des autres risques dès lors que, d'après-elle, le premier risque, voire le deuxième, n'était pas établi dans le chef du requérant ; »

Dans une seconde branche du moyen, la partie requérante rappelle « que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, 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 ; Force est de constater qu'en l'espèce, la partie adverse n'a pas procédé à un tel examen ; En effet, les informations sur lesquelles se base le Médecin-conseiller sont fort générales, ne prennent nullement en considération de l'âge avancé du requérant (+ 61 ans), du marché de l'emploi en pleine crise économique au Niger ; La partie adverse, ne prend nullement en compte le traumatisme que représente pour le requérant un retour au Niger ; Certes, le requérant a été débouté dans le cadre de la procédure d'asile ; Qu'il n'en demeure pas moins, qu'un retour au Niger, reste psychologiquement difficile pour le requérant ; Que partant, il s'ensuit que la motivation de la partie adverse est insuffisante, incomplète et inadéquate eu égard à l'essence même de l'article 9 ter, la partie adverse n'ayant pas visé tous les risques réels que pourrait éventuellement encourir le requérant ; »

3. Discussion

3.1. Sur l'ensemble du moyen, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.»

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (voir CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

3.2. Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte

actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, nos 229.072 et 229.073).

3.3. 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^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. 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, nos 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

3.4. 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.

3.5. 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.

4.1. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 18 mai 2017, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour datée du 27 février 2016, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre de

« Lombosciatalgies et claudication radiculaire sur canal lombaire
étroit connue depuis plusieurs années
Douleurs des genoux (gonalgies) sur arthrose
Douleurs épigastriques liées à la prise d'anti-inflammatoires pour
les douleurs du dos et des genoux
Statut post sarcoïdose pulmonaire avec troubles respiratoires
Statut post chirurgie d'un adénome prostatique en 2011, troubles
mictionnels
Troubles dépressifs et de l'adaptation «

et que son traitement se compose de

« Affection du dos et des genoux :
Antalgiques Contramal (= principe actif Tramadol, un opiofde) et
Dafalgan (= principe actif Paracetamol). Une opération est proposée
pour la colonne lombaire, elle peut être réalisée en chirurgie
orthopédique ou en neurochirurgie. Cette opération est proposée
depuis plusieurs années mais n'a toujours pas été réalisée en
Belgique.
Suivi documenté en neurochirurgie et en neurologie.
Douleurs épigastriques fées à la prise d'anti-inflammatoires :
Omeprazole (anti acidité gastrique) Statut post sarcoïdose
pulmonaire :
Corticothérapie chronique Pas de suivi spécialisé (médecine interne
ou une de ses sous-spécialités comme l'hématologie)
Statut post chirurgie d'un adénome prostatique en 2011, troubles
mictionnels :

Pas de traitement médicamenteux Pas de suivi spécialisé (urologie) documenté (depuis 2011) et effectif en Belgique
Troubles dépressifs et de l'adaptation :
Paroxétine (antidépresseur) Pas de suivi spécialisé (psychiatrie) documenté et effectif en Belgique »

4.2. le Conseil observe qu'il s'agit d'un rapport individualisé et motivé également quant à la disponibilité et l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine, lequel n'est pas utilement contesté par la partie requérante, qui se borne à prendre le contre-pied de la décision attaquée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis en l'absence de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation à l'endroit de la partie défenderesse à cet égard.

4.3. En effet, dans une première branche du moyen, la partie requérante critique, succinctement, l'analyse de l'état de santé du requérant au regard de l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il ressort cependant d'une simple lecture de cet avis médical que le médecin-conseil a expliqué 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 vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que ces lombosciatalgies et claudication radiculaire sur canal lombaire étroit connues depuis plusieurs années, ces douleurs des genoux (gonalgies) sur arthrose, ces douleurs épigastriques liées à la prise d'anti-inflammatoires pour les douleurs du dos et des genoux, ce statut post sarcoldose pulmonaire avec troubles respiratoires, ce statut post chirurgie d'un adénome prostatique en 2011 avec troubles mictionnels, ces troubles dépressifs et de l'adaptation n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Niger »,

en adéquation avec le point 3.2. du présent arrêt. Partant, les critiques contenues dans la première branche du moyen ne sont pas fondées.

4.4. Dans une seconde branche du moyen, concernant l'accessibilité du traitement, la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération l'ensemble des éléments mis à sa disposition, et notamment l'âge du requérant. Le Conseil observe que la partie requérante ne démontre pas ses dires. Ceci est d'autant plus le cas, qu'en ce qui concerne l'âge du requérant, le Conseil observe que l'avis du médecin-conseil contient un passage indiquant

« De plus, au Niger, il existe un régime de pension. Pour pouvoir bénéficier d'une pension de retraite, il faut remplir les conditions suivantes :

- être âgé de 60 ans; - avoir accompli au moins 180 mois de cotisations : avoir cessé toute activité salariée.

Montant : la pension est égale à :

- pour les périodes avant le 31 décembre 2011, à 30 % du salaire moyen plafonné de l'assuré au cours des 15 premières années plus 2 % pour chaque période de 12 mois de cotisations au-delà de 180 mois ;

- pour les périodes à partir du 1er janvier 2012, 20 % du salaire moyen plafonné de l'assuré au cours des 15 premières années plus 1,33 % pour chaque période de 12 mois de cotisations au-delà de 180 mois.

La pension de vieillesse ne peut ni être inférieure à 60 % du SMIG, ni être supérieure à 80 % de la rémunération mensuelle de l'intéressé dans la limite du plafond».

Enfin, l'intéressé n'étant arrivé en Belgique qu'en 2010, il a donc vécu la majeure partie de sa vie au Niger. Il a donc pu créer des liens d'amitié et familiaux qui pourraient lui servir lors de son retour au pays. Ajoutons que le requérant a déclaré, dans sa demande d'asile, avoir de la famille vivant toujours au pays, notamment, frères, sœurs et sa femme. Ceux-ci pourraient donc, le cas échéant, lui venir en aide lors de la prise en charge de ses soins de santé. Enfin, toujours selon

cette demande d'asile, l'intéressé a payé 1.500.000 francs CFA pour voyager. »

Sur ce point, le Conseil rappelle que si 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 et qu'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 (C.E., ordonnance de non admissibilité n° 12.768 du 27 mars 2018), le Conseil ne peut que constater, à l'analyse des pièces versées au dossier administratif qu'à l'appui de sa demande, la partie requérante n'a fourni aucune indication contraire ou qui n'aurait été rencontrée par celui-ci. De manière générale, le Conseil relève que la partie requérante se borne à prendre le contrepied de la décision entreprise et de l'avis médical et tente d'amener le Conseil à y substituer son appréciation, ce qu'il ne peut manifestement pas faire. Partant, la partie requérante ne démontre pas en quoi, la partie défenderesse n'aurait pas pris en considération l'âge du requérant. Quant à la question des traumatismes dus aux persécutions subies dans son pays, le Conseil observe que la partie requérante ne conteste pas que le requérant a été débouté de sa demande de protection internationale et ne démontre pas que la partie défenderesse n'a pas pris en considération cet élément de la demande. Partant le moyen, pris en sa seconde branche, n'est pas fondé.

4. Débats succincts

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. 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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le treize mars deux mille vingt-cinq par :

J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,
A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

Le président,

A. KESTEMONT

J.-C. WERENNE