



Arrêt

n° 180 831 du 17 janvier 2017
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au X

Contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 7 octobre 2016, par M. X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* », ainsi que de l'ordre de quitter le territoire, pris le 1^{er} septembre 2016 et notifiés le 7 septembre 2016.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 4 novembre 2016 convoquant les parties à l'audience du 2 décembre 2016.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. PHILIPPE, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me S. MATRAY *loco* Mes D. MATRAY et Me C. PIRONT, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le 21 mars 2008, la partie requérante a introduit auprès des autorités belges une première demande d'asile, qui s'est clôturée négativement par un arrêt n° 19 037 prononcé par le Conseil le 24 novembre 2008.

Elle a introduit une seconde demande d'asile le 5 janvier 2012, qui a conduit à l'arrêt n° 97 786 du 25 février 2013 par lequel le Conseil a refusé de reconnaître à la partie requérante la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

Par un courrier recommandé du 30 avril 2015, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Cette demande a été déclarée recevable le 26 juin 2015.

Le 1^{er} septembre 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande non fondée, pour les motifs suivants :

« Motif :

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

[Le requérant] 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 la Guinée, pays d'origine du requérant.

Dans son rapport du 31 août 2016 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Guinée.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier 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 ».

Il s'agit du premier acte attaqué.

Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'égard de la partie requérante un ordre de quitter le territoire, motivé comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION** :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».

Il s'agit du second acte attaqué.

2. Exposé des moyens d'annulation.

La partie requérante prend cinq moyens, libellés comme suit :

« **A. LE PREMIER MOYEN** est pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation :

-de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH)

-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,

-des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs,

-du principe général de bonne administration notamment en ce qu'il se décline en un devoir de précaution et de minutie

EN CE QUE la décision déclarant non fondée la demande de séjour médical est motivée de la façon suivante :

[...] « 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 la Guinée, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 31 août 2016, le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine et que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Guinée.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif

Dès lors, le dossier 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 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 2007/83/CE, ni de l'article 3 CEDH. »

ALORS QUE

1. concernant la disponibilité des soins

La partie adverse fonde sa décision sur base du rapport médical du médecin de l'OE, lequel, pour prouver la disponibilité des soins fait état de la base de données Med-COI et du *Drug Regulatory Status Database (DRS)* de l'OMS.

Selon la partie adverse la DRS de l'OMS permettrait de démontrer « la disponibilité en Guinée de l'Abacavir, lamivudine, tenofovir, Ritonavir. Lopinavir (en association avec Ritonavir) peut remplacer Fosamprenavir, tous inhibiteurs de la protéase virale et possédant les mêmes propriétés thérapeutiques.

Cette base de données réglementaire d'état AMDS de drogue surveille l'enregistrement et de commercialisation des antirétroviraux (ARV) dans le pays. Le but de cette information est d'aider les pays à trouver des solutions rapides face à d'imminentes ruptures de stock afin de déterminer où les marchés des pays ne sont pas suffisamment compétitifs pour un accès durable et abordable aux ARV.

Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi et le traitement sont disponibles en Guinée.

La partie adverse, dans la rubrique *accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine*, estime également concernant la problématique de la pénurie des médicaments développée dans la demande d'autorisation de séjour que « notons que rien n'indique que les difficultés d'approvisionnement et de pénurie au niveau des dépôts régionaux mentionnés en 2011 et invoquées par le conseil du requérant sont toujours d'actualité en 2016. De plus le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE n°61464 du 16/05/2011). Et, si nécessaire, en cas de rupture de stock de médicaments, le requérante peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné (CCE n°57372 du 4 mars 2011).

Par cette motivation, la partie adverse se méprend sur la portée de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

En effet, le principe de bonne administration, notamment en ce qu'il se décline en un devoir de soin et de minutie, oblige la partie adverse à examiner si la question de la rupture de stocks des ARV reste ou non une actualité en Guinée. Elle ne peut se limiter au fait que les informations fournies par le requérant seraient trop anciennes.

A défaut de vérifier la disponibilité des stocks, elle fait courir un risque au requérant, à savoir la suspension de son traitement. Un tel risque expose le requérant à la dégradation rapide de son état de

santé, le pronostic vital pouvant même être engagé. Il en résulte que le risque de traitement inhumain et dégradant prohibé par l'article 3 de la CEDH est donc bien réel.

La motivation retenue à ce sujet est dès lors inadéquate et tant le principe de bonne administration que l'obligation de motivation formelle telle que formulée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et l'article 3 de la CEH sont violés.

En outre, en s'abstenant de vérifier la continuité des soins et des médicaments alors même que le requérant fait expressément état de cette problématique dans sa demande, la partie adverse viole l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 qui dispose que :

« 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, veut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué

La pénurie de médicaments invoquée dans la demande oblige à considérer que l'obligation de traitement adéquat telle que mentionnée dans l'article 9 ter ne serait pas atteinte dans pareille hypothèse puisque aucun élément dans le dossier administratif ne permet de considérer que le problème de rupture de stocks aurait été résolu en Guinée.

En outre, le requérant renvoie au moyen V concernant l'obligation de continuité des soins qui n'a pas été respectée dans le cas d'espèce, ni même d'ailleurs envisagé.

Enfin, le requérant a changé de traitement durant l'année 2016.

Ainsi, l'examen de la disponibilité de certains médicaments fait défaut. Le requérant prend désormais du Prezista et le dossier administratif reste silencieux au sujet de ce médicament.

Certes l'Office des Etrangers n'a pas été mis au courant de ce changement, néanmoins dès lors que l'enjeu pour la santé du requérant est crucial, il incombait à la partie adverse de s'enquérir de l'évolution de la santé d[u requérant]. Rien de tel n'a été fait. Pourtant, dès lors que le risque de traitement inhumain et dégradant est bien réel, cette obligation positive incombe à l'Administration.

Partant, c'est à tort que la partie adverse estime que la disponibilité des soins et des médicaments est acquise.

En outre, force est de constater que rien ne figure dans la décision au sujet des tests de mesure de la charge virale, à savoir procéder à la numération des CD4, étape essentielle pour assurer la continuité des soins et prescrire le médicament adéquat, (cf. pièce 5). Le requérant ne peut pas croire que le médecin conseil de la partie adverse ne soit pas au courant des déficiences guinéennes et du coût de tels tests, nécessaires pour établir un traitement adéquat.

Partant, il résulte de la lecture de la décision que ni le coût réel ni la disponibilité réelle du traitement n'a été envisagé au mépris de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et en violation des articles 2 et 3 de la loi du 29/07/1991.

2. Concernant l'accessibilité des soins en Guinée

La partie adverse fonde sa décision sur base du rapport médical du médecin de l'OE qui précise, concernant l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine et après avoir répondu aux arguments évoqués par le conseil du requérant, que :

« Notons que la CEDH a considéré qu 'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n 'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre, § 111) et que lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve [...].

Notons que le site internet Social Security Online nous apprend que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail

et maladies professionnelles et les prestations familiales. De plus l'intéressé est en âge de travailler et a déjà travaillé comme commerçant dans son pays d'origine. En absence de contre-indication médicale, rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait pas avoir à nouveau accès au marché du travail au pays d'origine. Notons également qu'après 6 mois de souscription au régime de protection sociale via le travail, il pourra en outre bénéficier des avantages de cette protection de plein droit si des difficultés devaient survenir.

Notons que le site Internet de l'International Labour Organization (ILO) indique que plusieurs institutions et organisations (à titre d'exemple : Essentiel International) ont joué un rôle important dans la mise en place de programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité (dans le cadre de la protection sociale de l'économie plurielle) notamment via la mise en place et le développement de mutuelles et organisations mutualistes.

De plus, d'après sa demande d'asile, l'intéressé a encore de la famille vivant en Guinée. Etant arrivé en Belgique en 2008, on peut en conclure que l'intéressé a vécu la majorité de sa vie en Guinée et qu'il a dû y tisser des liens sociaux. OR, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir en Guinée et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical en Guinée. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D. c. Royaume Unis du 2 mai 1997, §38).

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (CE n° 81574 du 23 mai 2013).

Les soins sont donc accessibles en Guinée.

Par cette motivation, la partie adverse ne semble analyser l'accessibilité aux soins que dans le cadre de l'article 3 de la CEDH, en particulier le dernier paragraphe de la motivation retenue.

Or la demande est introduite sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le Conseil d'Etat a été amené à interpréter la portée de cet article 9 ter, notamment au regard de l'article 3 de la CEDH.

Il a déduit de l'analyse de cet article 9 ter que *la protection de l'article 9ter ne se limite pas aux étrangers atteints par une maladie à un stade terminal. Le seuil de gravité pour bénéficier d'un titre de séjour pour raisons médicales est moins élevé que celui de l'article 3 C.E.D.H. et de l'article 15, b), de la directive qualification, (cf. arrêt du Conseil d'Etat du 28 novembre 2013, n°225.632)*

Le Conseil de céans, à la suite du Conseil d'Etat, dans un arrêt du 29 novembre 2013 n° 114.796 rappelait que :

Le Conseil rappelle également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la Loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande. »

[...]

Par ailleurs, le Conseil constate également, à la lecture du dossier administratif, que les informations issues du site internet « *Social Security Online* », auxquelles fait référence le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, mentionnent que le régime de sécurité sociale guinéen offre une protection contre les risques de maladies « *aux personnes salariées, y compris les salariés agricoles ainsi que les employés de maison* » (traduction libre de l'anglais) et permet aux « *personnes assurées précédemment pendant au moins 6 mois consécutifs* » (traduction libre de l'anglais) d'adhérer audit régime. En outre, s'agissant des « *conditions*

d'admissibilité » (traduction libre de l'anglais), il est précisé que pour pouvoir bénéficier des « *prestations maladies en espèces ainsi que des avantages médicaux* » (traduction libre de l'anglais), la personne assurée doit avoir travaillé au moins 3 mois dont 18 jours ou 120 heures par mois.

Il appert de ces informations que les prestations en nature ne sont dispensées qu'aux personnes répondant à certains critères de prestations de travail. Or, le Conseil relève, à l'instar de la partie requérante, que le requérant est sur le territoire belge depuis 2009, en sorte qu'il ne peut d'emblée, dès son retour sur le territoire guinéen, bénéficier des prestations offertes par le régime de sécurité sociale guinéen, telles que décrites dans les documents figurant au dossier administratif et auxquels s'est référé la partie défenderesse, à la suite de son médecin conseil, pour conclure à l'accessibilité des soins.

Partant, il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse ne se prononce à aucun moment et d'aucune manière sur la question de savoir si les possibilités de traitement indiquées dans sa décision sont « suffisamment accessibles » au requérant, ou, en d'autres termes, si, compte tenu de sa situation individuelle, ce dernier aura un accès suffisant aux soins médicaux dispensés par le système de santé guinéen. La circonstance que le requérant est toujours en âge de travailler et a déjà travaillé en Guinée auparavant ne peut suffire à considérer que le traitement nécessaire à sa pathologie lui est effectivement accessible, dans la mesure où ce motif, relatif à sa capacité à trouver un nouveau travail en cas de retour en Guinée, s'apparente à une pétition de principe.

En l'espèce, et dès lors que la partie adverse fait également référence à cette possibilité pour le requérant de travailler et donc de bénéficier du régime de sécurité sociale en Guinée, il y a lieu de constater, à l'instar de cette jurisprudence, que la possibilité de travail dans son chef est une pétition de principe :

- le requérant est en Belgique depuis 2008
- il est malade

Il est évident qu'il ne trouvera pas d'emblée un travail en Guinée. Cela implique donc une suspension de traitement, suspension qui ne répond pas au prescrit de l'article 9 ter, à savoir que le traitement sera « *suffisamment accessibles* ». Les ruptures de stocks des médicaments mises en avant dans la demande de séjour sont également des éléments qui implique que le traitement ne sera pas *suffisamment accessible*.

Sur base de ces interprétations de l'article 9 ter de la loi du 15/12/1980 et dès lors qu'il n'est pas acquis que le requérant, en cas de retour, aura accès à un traitement continu, régulier, disponible et accessible, il y a lieu de considérer que l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 a été violé. En effet, à défaut de savoir si certains médicaments sont disponibles et accessibles, le requérant court un risque réel pour sa vie, en violation de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Il incombait à la partie adverse d'avoir égard à cet article 9 ter et de ne pas limiter son examen à l'article 3 de la CEDH et à la directive 2004/83/CE.

Par ailleurs, toujours au sujet de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et des médicaments dans le pays d'origine, le Conseil de céans a été amené à sanctionner la motivation retenue par la partie adverse. Ainsi, par un arrêt n° 114.170 du 21 novembre 2013, le Conseil de céans a indiqué que

«3.2. [...] l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la requérante. L'obligation de motivation formelle n'implique que l'obligation d'informer la requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressée.

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.

Quant à ce contrôle, le Conseil souligne en outre 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 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 sont soumis.

3.3. En l'espèce, il ressort de sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 que la requérante a invoqué des difficultés d'accès aux soins en raison de ruptures de stock dans l'approvisionnement des médicaments, indiquant notamment « [...] *son pays d'origine ne peut lui apporter la certitude qu'elle aura accès à des soins adéquats et permanent, tant en raison d'une instabilité politique qui remettent en cause l'efficacité des structures de soin que d'un approvisionnement aléatoires, des pénuries ayant déjà eu lieu* [...] ». A cet égard, elle a déposé un extrait du rapport de mission exploratoire de 2008 en Guinée, afin d'étayer sa demande.

Force est de constater que ni le rapport du médecin ni la partie défenderesse à sa suite n'envisagent précisément de manière approfondie et personnalisée cette problématique lorsqu'il a été procédé à l'examen de la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis par la pathologie dont est atteinte la requérante. En effet, la seule citation d'un arrêt précédent du Conseil précisant que la requérante a la possibilité de vivre dans une autre région du pays en cas de rupture de stock ou de non disponibilité temporaire du médicament, ne peut suffire à rencontrer les arguments développés par la requérante et faisant état que, dans son pays, les pénuries sont fréquentes et généralisées à tout le territoire mais aussi qu'en cas d'arrêt du traitement les conséquences à court terme sont « *la survenue [...] d'infections opportunistes* » et « *l'aggravation des lésions pré-cancéreuses* ».

Dès lors que l'examen du dossier administratif révèle que la requérante a clairement exposé les différents motifs pour lesquels elle estimait ne pas pouvoir disposer d'un accès aux soins requis par sa pathologie dans son pays d'origine, le Conseil considère que le motif tenant aux problèmes d'approvisionnement des anti rétro viraux exposé sans ambiguïté dans la demande d'autorisation de séjour requérait, sur le plan de la motivation formelle, une réponse circonstanciée de la partie défenderesse, quod non in specie puisque le motif de la décision selon lequel « *Notons que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir : CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y. / Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, §131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, §68). Notons qu'en cas de rupture de stock ou non disponibilité temporaire des médicaments, la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » » est insuffisant pour permettre de considérer comme établie l'accessibilité des soins requis, en l'espèce, au regard des éléments avancés par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour.*

En l'espèce, la partie adverse, concernant la rupture de stocks, se limite à considérer que celle-ci n'est pas établie en 2016 (cf. commentaires à ce sujet dans le point 1 de la requête) puis fait état d'arrêts de la CEDH pour considérer que les soins et le suivi médical sont accessibles.

Ce faisant, elle n'apporte pas une réponse circonstanciée à la demande et n'examine nullement si le traitement est suffisamment accessible.

Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse n'a pas suffisamment motivé sa décision au regard des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 qui, de ce fait, a été violé. »

En l'espèce et conformément aux précédents développements, la motivation de la décision est incomplète et dès lors viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3. Un avis d'un infectiologue a été sollicité dans la demande d'autorisation de séjour

La demande d'autorisation de séjour, en son point 3.2, indique qu'*il est essentiel que l'avis médical qui sera rendu par un médecin conseil dans le cadre de la présente demande d'autorisation de séjour soit rédigée en demandant l'avis complémentaire de spécialistes en infectiologie. Cette possibilité est d'ailleurs prévue à l'article 9 ter. al. 5 de la loi du 15 décembre 1980.* »

Or force est de constater qu'aucun infectiologue n'a été consulté alors que telle demande avait été formulée, que d'ailleurs il n'est pas expliqué pourquoi cette demande n'a pas été accompagnée d'effet et qu'enfin c'est un médecin généraliste qui a rendu le rapport du 31/08/2016 (cf. pièce 4).

Compte tenu des changements de traitement intervenus (le conseil du requérant l'ignorait) et de la nécessité de rendre un rapport médical conforme, il eut été éclairant d'avoir l'avis d'un infectiologue.

L'absence de motivation à ce sujet contrevient à l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

B. LE DEUXIEME MOYEN est pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de :

- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs
- du principe général de bonne administration notamment en ce qu'il se décline en une obligation de bonne foi et en une obligation de prudence

EN CE QUE le rapport du médecin de l'Office des Etrangers auquel la décision fait référence précise que :

«De plus, d'après sa demande d'asile, l'intéressé a encore de la famille vivant en Guinée. Etant arrivé en Belgique en 2008, n peut en conclure que l'intéressé a vécu la majorité de sa vie en Guinée et qu'il a dû y tisser des liens sociaux. OR, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir en Guinée et/ou l'aider financièrement si nécessaire. »

ALORS QUE en faisant référence à la demande d'asile alors que le requérant en a été débouté à deux reprises par le Conseil de céans, la partie adverse viole le principe de l'autorité de la chose jugée qu'il y a lieu de conférer aux décisions relatives à l'asile.

En outre, ce faisant, la partie adverse viole le principe de bonne administration qui se décline notamment en une obligation de bonne foi : elle ne peut faire état de déclarations faites lors de la procédure d'asile alors même que le requérant en a été débouté.

En outre, même à considérer que les déclarations en matière d'asile puissent servir de base d'appréciation à l'accessibilité aux soins, quod non, force est de constater que ces déclarations ne figurent pas au dossier administratif de sorte qu'il est impossible de vérifier les déclarations du requérant dans le cadre de sa demande d'asile.

Partant, faute de pouvoir vérifier le bien fondé de l'avis du médecin de l'Office des Etrangers sur lequel se base la décision querellée, il y a lieu d'annuler la décision intervenue pour défaut de motivation formelle et violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

En raison du caractère incomplet du dossier administratif, il en découle une erreur manifeste d'appréciation car rien ne permet de considérer que les soins et les médicaments seront disponibles et accessibles en Guinée

Enfin, le rapport médical indique que le requérant étant en âge de travailler, il pourra avoir accès au marché du travail et donc faire face à ses frais médicaux.

Or le fait d'être en âge de travailler ne signifie pas que le requérant pourra effectivement travailler et donc bénéficier du régime de sécurité sociale guinéen vanté par la partie adverse.

En effet, après huit années d'absence, le retour au travail ne sera pas immédiat ; d'autant moins immédiat que le requérant est malade et risque réellement une suspension de traitement qui induit une dégradation de sa santé et compromet donc ses chances d'insertion professionnelles. Cela est d'autant plus vrai que les porteurs du VIH sont stigmatisés en Guinée, ainsi qu'expliqué dans la demande d'autorisation de séjour, partant rien ne permet de considérer que le requérant pourra travailler et donc se soigner.

Partant, la mise au travail est à ce point hypothétique que cet argument contrevient à l'obligation de motivation adéquate.

D'ailleurs, il ressort du dossier administratif qu'aucune analyse n'a été faite concernant la possibilité réelle et effective pour le requérant d'avoir accès au marché de l'emploi guinéen.

Dès lors que le travail du requérant est très hypothétique et ne se base que sur son âge au mépris d'autres considérations de type médical ou encore socio-économique, la partie adverse ne peut considérer que l'accès aux soins et aux médicaments sera garanti.

Dans ce sens, le Conseil d'Etat précise que l'administration doit s'assurer que les soins disponibles dans le pays de destination seront financièrement accessibles à l'intéressé, soulignant que l'indigence de l'étranger rend « aléatoire » « l'accès effectif » aux soins requis (C.E., n°80.553 du 1er juin 1999, cité dans RDE 2002, n°1 19, p. 395).

Cela est d'autant plus vrai que la partie adverse n'a pas pris soin non plus d'analyser la continuité des soins le jour de l'arrivée dans le pays d'origine alors même que le traitement ne peut pas être suspendu. Le certificat médical du 3 décembre 2016 déposé en inventaire précise d'ailleurs que « *en cas d'arrêt du traitement antirétroviral, l'infection par le HIV évoluerait vers le SIDA. Cette évolution se ferait en quelques mois à maximum deux ans. A ce moment- là, des infections opportunistes apparaîtraient telles que « toxoplasmose cérébrale ou encore méningite à Cryptocoque ou œsophagite a Candida... Ces infections entraînent des souffrances physiques et psychiques importante avant d'entraîner la mort d[û requérant]. Le Viread et l'Epivir sont données à titre anti VIH et anti HBV: s'ils devaient être interrompus, le patient serait à haut risque de « flare » de son hépatite B avec risque d'hépatite fulminante et de faillite hépatique. Pour rappel l'hépatite évolue également vers la cirrhose hépatique et l'hépatocarcinome ».*

Ainsi le médecin du requérant estime qu'il est primordial que la continuité des soins soit assurée. Or aucune analyse de la sorte n'a été effectuée par la partie adverse, aucune précaution. Le principe de bonne administration oblige la partie adverse à avoir égard à cette obligation de continuité des soins. A défaut, ce principe est violé car le devoir de précaution et de prudence n'a pas été respecté. En résulte également une violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 qui oblige à une motivation adéquate.

A défaut de prendre un minimum d'assurance au sujet de la possibilité réelle pour le requérant d'avoir accès et aux médicaments dès le retour dans son pays d'origine et en se limitant à faire état des déclarations dans la demande d'asile, la partie adverse manque à son obligation de motivation formelle et viole de ce fait les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet précitée.

C. LE TROISIEME MOYEN est prise de la violation de :

-L'article 13-1 de l'Arrêté Royal du 11 juillet 2003 fixant la procédure devant le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides ainsi que son fonctionnement

EN CE QUE le rapport médical du médecin de l'Office des Etrangers fait état des déclarations du requérant dans le cadre de sa procédure d'asile pour justifier que l'accessibilité aux soins est garantie

ALORS QUE le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides est tenu à un devoir de confidentialité ainsi que le rappelle l'article 13-1 de l'Arrêté Royal du 11 juillet 2003 fixant la procédure devant le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides ainsi que son fonctionnement :

-« L'audition a lieu dans des conditions garantissant dûment la confidentialité. L'audition ne met en présence que l'agent, le demandeur d'asile, le cas échéant un interprète, l'avocat du demandeur d'asile et une seule personne de confiance. L'agent peut cependant accepter la présence de membres de la famille du demandeur dès lors que la présence de l'un d'eux lui apparaîtrait nécessaire pour procéder à un examen adéquat de la demande.

-Pour des raisons propres à l'examen de la demande ou de confidentialité, l'agent peut s'opposer à la présence de la personne de confiance à l'audition. »

Dès lors que l'audition répond à une obligation de confidentialité, ce qui est dit dans ce cadre ne peut en principe dépasser le strict cadre de la procédure d'asile de sorte que le rapport d'audition qui s'en suit est également soumis à cette obligation de confidentialité. Cette obligation de confidentialité explique sans doute d'ailleurs le fait que les déclarations du requérant dans le cadre de sa procédure d'asile ne figurent pas au dossier administratif.

En faisant état des déclarations dans le cadre de sa demande d'asile, sans par ailleurs verser au dossier administratif la preuve desdites déclarations, la partie adverse viole le principe de confidentialité inhérent à la procédure d'asile.

Ce faisant, l'article 13-1 de l'arrêté royal du 11 juillet 2003 précité a été violé.

D. LE QUATRIEME MOYEN est pris de l'erreur manifeste d'appréciation, de l'abus de droit et de la violation

- de l'article 7 alinéa 1 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- des articles 74/13, 74/14 § 1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs
- des principes généraux de bonne administration, le principe de légitime confiance, le principe de sécurité juridique, le principe de bonne foi et le principe du délai raisonnable.

EN CE QUE la partie adverse, dans la décision relative à l'ordre de quitter le territoire, accessoire de la décision de rejet médical, motive de la façon suivante :

Il est enjoint à Monsieur [...] de quitter le territoire de la Belgique [...] dans les 15 jours de la notification de la décision»

Motif de la décision:

l'ordre de quitter le territoire est délivré [...] en vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable

ALORS QUE en enjoignant le requérant de quitter le territoire endéans les 15 jours la partie adverse méconnaît la portée de l'article 74/14 §1^{er} qui prévoit que

« § 1^{er}. La décision d'éloignement prévoit un délai de trente jours pour quitter le territoire. Le ressortissant d'un pays tiers qui, conformément à l'article 6, n'est pas autorisé à séjourner plus de trois mois dans le Royaume, bénéficie d'un délai de sept à trente jours. [...]»

Les exceptions à cette règle figurent dans l'article 74/14 § 3. Cependant, aucune référence n'est faite à cet article de sorte que l'on ignore pourquoi le délai de 15 jours a été retenu. Un délai de 15 jours étant l'exception, il s'impose à l'administration de motiver expressément sur ce point.

Dans la décision querellée, aucune base juridique ne figure pour justifier cette absence délai pour quitter le territoire.

Partant, en l'absence de motivation relative à l'absence de délai pour quitter le territoire, la partie adverse ne motive pas adéquatement sa décision, en violation des principes généraux de bonne administration, le principe de légitime confiance, le principe de sécurité juridique, le principe de bonne foi et le principe du délai raisonnable.

En outre, cette absence de motivation intervient en violation de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs telle que prévue par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

Enfin, rappelons que le traitement du requérant a changé dans le courant de l'année 2016, que le médecin conseil de l'Office des Etrangers n'a pas statué sur l'accessibilité de ce médicament (le prezista) et que donc, un éloignement serait contraire à l'article 3 de la CEDH puisque l'accessibilité aux médicaments nécessaires au requérant n'a pas été correctement examinée. Partant, l'article 74/13¹ de la loi du 15 décembre 1980 qui doit tenir compte de l'état de santé du requérant a été violé.

Partant, il y a lieu d'annuler cet ordre de quitter le territoire.

Le moyen est donc fondé.

E. LE QUATRIEME MOYEN est pris de la violation de :

-L'article 8 bis de l'Arrêté Royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967 lu isolément ou en combinaison avec l'article 3 de la CEDH et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs

EN CE QUE la décision, appuyée par le rapport médical du médecin-conseil de l'Office des Etrangers, le docteur Etienne Leclef, est silencieuse sur l'obligation de continuité des soins

ALORS QUE l'article 8 bis de l'arrêté Royal n° 78 précité indique que :

Art. 8bis. § 1er. Les praticiens visés aux articles 2, § 1er, 3, 2bis, 21quater et 21noviesdecies ne peuvent sciemment et sans motif légitime dans leur chef, interrompre un traitement d'un patient en cours sans avoir pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins.

Or, à aucun moment dans la décision querellée et le rapport médical annexé n'est rencontré cette motivation relative à la continuité des soins.

En effet, si, au regard de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 existe une obligation de motivation sur l'accessibilité et la disponibilité des soins, force est de constater que l'obligation de continuité des soins est également imposé par l'article 8 bis précité.

En qualité de médecin, le médecin conseil de la partie adverse n'a donc d'autre choix que d'avoir égard à cette obligation de continuité des soins et doit examiner si la continuité des soins sera respectée dans le cadre de la décision entreprise.

Or rien ne figure à ce sujet dans la décision, en violation dudit article 8 bis précité.

Rappelons que cette obligation de continuité de soins n'est pas un vain mot puisque l'article 38² de ce même arrêté royal prévoit des sanctions pénales dans l'hypothèse d'une violation de cette obligation.

Partant, exiger de motiver sur cette question relève tant de l'article 8 bis précité que de l'obligation de motivation formelle ou encore de l'article 3 de la CEDH : le médecin du requérant en atteste par ailleurs dans le certificat médical déposé en inventaire : en l'absence de continuité de soins le pronostic vital est engagé.

¹ « Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné

² Art.38- [...] 2° sont punis d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six francs à deux mille francs ou de l'une de ces peines seulement :[...]

3° Est puni des peines prévues au 2° :

b) tout praticien visé à l'article 8bis qui, sciemment et sans motif légitime dans son chef, interrompt un traitement d'un patient en cours sans avoir pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins ».

3. Discussion.

3.1.1. Sur les premier, deuxième, troisième, et cinquième moyens, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire ». Le cinquième alinéa indique que « l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie 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 estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle 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 n'a pas donné des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.1.2. En l'espèce, s'agissant de l'argument tenant au changement de médication, dès lors que la partie requérante admet, en termes de requête, n'avoir nullement porté cette information à la connaissance de la partie défenderesse en temps utile, à savoir avant la prise des actes attaqués, il ne saurait être reproché à celle-ci de ne pas en avoir tenu compte.

Le Conseil rappelle à cet égard qu'il ne peut, dans le cadre de son contrôle de légalité, avoir égard qu'aux éléments portés à la connaissance de l'autorité avant que celle-ci ne prenne sa décision. La jurisprudence administrative constante considère, en effet, que les éléments qui n'avaient pas été portés, en temps utile, à la connaissance de l'autorité, c'est-à-dire avant que celle-ci ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « [...] *se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris* [...] » (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002).

Le Conseil observe que, de surcroît, la partie requérante reconnaît implicitement mais certainement en termes de requête avoir eu la possibilité de transmettre ladite information à la partie défenderesse en temps utile.

3.1.3. S'agissant du reproche tenant à l'absence de consultation d'un infectiologue par le fonctionnaire médecin, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence de cet argument en l'espèce, dès lors que le diagnostic et la nature des soins requis, déterminés par les médecins de la partie requérante, n'ont nullement été remis en cause par le fonctionnaire médecin dans son avis qui fonde la première décision attaquée.

3.1.4.1. La première décision attaquée s'appuie sur l'avis rendu le 31 août 2016 par le fonctionnaire médecin, qui indique à propos de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis ceci :

« Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

« Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) :

1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI¹ : montrent la disponibilité du suivi () et du traitement concernant Abacavir, Lamivudine, Tenofovir.

Requête Medcoi du 23.12.2015 portant le numéro de référence unique BMA 7623
Requête Medcoi du 01.07.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8191

2. The Drug Regulatory Status Database (DRS)² de l'OMS montre la disponibilité en Guinée d'Abacavir, Lamivudine, Tenofovir, Ritonavir. Lopinavir (en association avec Ritonavir) peut remplacer Fosamprenavir, tous deux inhibiteurs de la protéase virale et possédant les mêmes propriétés thérapeutiques.

Cette base de données réglementaire d'état AMDS de drogues surveille l'enregistrement et de commercialisation des antirétroviraux (ARV) dans les pays. Le but de cette information est d'aider les

pays à trouver des solutions rapides face d'imminentes ruptures de stock afin de déterminer ou les marchés des pays ne sont pas suffisamment "compétitifs pour un accès durable et abordable aux ARV³

Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi et le traitement sont disponibles en Guinée.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Concernant l'accessibilité des soins en Guinée, le conseil de l'intéressée fournit un extrait d'un rapport du CRI Project sur la Guinée (2008), un rapport de MSF sur le HIV dans 5 pays d'Afrique dont la Guinée (2012), un rapport de mission en Guinée en 2011 mentionnant des stigmatisations et des difficultés d'approvisionnement (2012) et un article de Le Monde sur l'Ebola en Guinée (2014) dans le but d'attester que l'intéressé n'aura pas accès aux soins au pays d'origine.

Notons que l'OMS a annoncé la fin de l'épidémie d'Ebola en Guinée fin 2015⁴

Notons que les stigmatisations ne sont nullement spécifiées. Par contre, le même document indique l'existence d'un programme gouvernemental de lutte contre le VIH/SIDA permettant à des patients de se faire soigner notamment au CHU Donka. Cela démontre que les autorités guinéennes et les hôpitaux ne participent pas à ces stigmatisations mentionnées en 2011 et donc que celles-ci n'affectent pas l'accès aux soins nécessaires. En outre, rien ne prouve que l'intéressé soit touché personnellement par des stigmatisations en cas de retour au pays.

Notons que rien n'indique que les difficultés d'approvisionnement et de pénurie au niveau des dépôts régionaux mentionnées en 2011 et invoquées par le conseil du requérant sont toujours d'actualité en 2016. De plus, le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE, n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné (CCE n°57372 du 04.03.201).

Notons que les éléments invoqué par le requérant ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23 040 du 16 02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique des victimes de cette maladie vivant en Guinée. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation, de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir. CEDH, affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991 § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générales, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborés par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./ Russie, §9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, §131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73, CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, §68) **Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012**

Notons que le site internet « Social Security Online⁵ » nous apprend que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et les maladies professionnelles et les prestations familiales. De plus, l'intéressé est en âge de travailler et a déjà travaillé comme commerçant dans son pays d'origine. En absence de contre-indication médicale, rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait avoir à nouvel accès à la marche du travail au pays d'origine. Notons également qu'après six mois de souscription au régime de protection sociale via le travail, il pourra en outre bénéficier des avantages de cette protection de plein droit si des difficultés devaient survenir.

Notons que le site Internet de l'International Labour Organization (ILO)⁶ indique que plusieurs institutions et organisations (à titre d'exemple : Essentiel international) ont joué un rôle important dans la mise en places des programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité (dans le cadre de la protection sociale de l'économie informelle) notamment via la mise en place et le développement de mutuelles et organisations mutualistes.

De plus d'après sa demande d'asile, l'intéressé a encore de la famille vivant en Guinée. Etant arrivée en Belgique en 2008, on peut en conclure que l'intéressé a vécu la majorité de sa vie en Guinée et qu'il a dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir en Guinée et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical en Guinée. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Uni du 02 mai 1997, § 38).

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir une violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CE n°81574 du 23 mai 2013).

Les soins sont donc accessibles en Guinée.

¹Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service d'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF).

Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucuns droits comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation.
<https://www.internationalsos.com/>

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400.000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: www.allianz-global-assistance.com.

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger sur base de critères de sélection prédéfinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires étrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale.

Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA.

²http://apps.who.int/hiv/amds/patents_registration/drs/default.aspx

³http://www.who.int/hiv/amds/patents_registration/en/

⁴Le Monde, *L'OMS annonce la fin de l'épidémie d'Ebola en Guinée*,

www.lemonde.fr/sante/article/2015/12/29/la-guinee-annonce-la-fin-de-la-transmission-du-virus-ebola

⁵Social Security Online, *Guinea*, 2015, <www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2014-2015/africa/guinea.pdf>

⁶ ILO Protection sociale, *Guinée*, <www.social-protection.org/gimi/gess/ShowCountryProfile.action?id=351>

⁷ Essentiel international, Guinée, <<http://essentiel-international.org/nos-actions/guinee/>> ».

3.1.4.2. S'agissant de l'argument de la partie requérante tenant à la pénurie de médicaments impliquant une rupture de stock des ARV, le Conseil observe que cet argument était invoqué par la partie requérante dans un complément à la demande, en référence plus précisément à un passage du rapport de mission de 2011, cité en page 23 (en réalité 24), lequel se situe dans le paragraphe suivant : « *Les services de soin étatiques sont approvisionnés en médicaments de manière centralisée par la Pharmacie centrale de Guinée. Des dépôts régionaux se trouvent en outre à Labé, à Faranah et à N'Zérékoré. Selon l'OMS, il arrive que des difficultés d'approvisionnement pour certains médicaments se produisent à ce niveau¹⁵⁸. Diverses sources sur place indiquent même qu'il peut y avoir pénurie de certains produits pendant plusieurs mois¹⁵⁹* » (Le Conseil souligne).

En indiquant dans son avis que « *De plus, le requérant peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles* », le fonctionnaire médecin a répondu à l'argument de manière suffisante et sans que son appréciation ne témoigne d'une erreur manifeste, dès lors qu'il se déduit du passage précité que les difficultés d'approvisionnement s'observent au niveau des dépôts régionaux, mais non au niveau du dépôt central, à proximité duquel il est loisible à la partie requérante de s'installer, étant précisé qu'elle n'a donné aucune indication en sens contraire à l'appui de sa demande.

Ce motif suffit à asseoir l'appréciation du fonctionnaire médecin s'agissant de l'argument de la partie requérante tenant aux difficultés d'approvisionnement et de rupture de stock, en manière telle que les autres motifs relatifs à cette appréciation apparaissent surabondants. De ce fait, la partie requérante ne justifie pas d'un intérêt à les contester.

Le Conseil tient à souligner également que ce faisant, le fonctionnaire médecin et, à sa suite, la partie défenderesse, ont examiné la question de la continuité des soins, sans que la partie requérante ne conteste utilement la décision à cet égard.

3.1.4.3. S'agissant de l'argument tenant au coût des médicaments et tests de mesure de la charge virale, le Conseil ne peut que constater que la partie requérante s'était limitée à invoquer à l'appui de sa demande « les coûts extrêmement élevés qui sont nécessaires pour accéder aux services de santé en Guinée » de manière vague et générale, et en renvoyant à un extrait du rapport « Country of return Information Project, Country Sheet, Guinea, 2008 », figurant à la page 74 dudit rapport, très général également. Le Conseil observe en outre que la même page indique qu'il existe un programme prioritaire de santé publique de lutte contre le VIH/SIDA, qui est dépendant de bailleurs de fond, à l'instar d'autres programmes prioritaires. Les arguments relatifs plus précisément au coût élevé des tests de mesure de la charge virale ne sont invoqués qu'à l'appui de la requête, et dès lors tardivement.

Il convient de rappeler qu'il incombe au demandeur d'apporter tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, conformément au prescrit légal en la matière.

Dans ces conditions, il ne saurait être reproché au fonctionnaire médecin et à la partie défenderesse de ne pas avoir procédé à davantage d'investigations ou motivé plus avant leurs avis et décisions respectifs.

3.1.4.4. Quant au motif tenant à l'absence de contre-indication médicale au travail et au fait que la partie requérante est en âge de travailler, le Conseil estime qu'il ne révèle aucune erreur manifeste d'appréciation en l'espèce, dès lors qu'il s'agit d'éléments pertinents dans le cadre de l'appréciation de l'accessibilité des soins requis au regard de la situation individuelle de l'intéressé et que la partie requérante n'a nullement prétendu, à l'appui de sa demande, qu'il lui serait difficile d'accéder au marché de l'emploi.

Le Conseil précise à cet égard que la partie requérante avait invoqué un problème de stigmatisation des personnes porteuses du VIH, en termes d'accès aux médicaments (argument dont la partie défenderesse a tenu compte), mais non en matière d'accès à l'emploi.

L'argumentation invoquant la violation de l'autorité de la chose jugée des arrêts prononcés par le Conseil relativement aux demandes d'asile de la partie requérante n'est pas fondée. En effet, dans le premier arrêt, le Conseil confirme la motivation du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides

en ce qu'elle qualifie de « non crédible » « le récit des événements ayant prétendument amené la partie requérante à quitter son pays » (Voir point 3.5 de l'arrêt n°19 037 du 24 novembre 2008). Dans son arrêt n° 97 786 du 25 février 2013, relatif à la seconde demande d'asile de la partie requérante, le Conseil a estimé que les nouveaux documents apportés à l'appui du même récit n'étaient pas de nature à rétablir la crédibilité de celui-ci, et a conclu à l'absence de crainte fondée de persécution en Guinée du fait de l'appartenance de la partie requérante à l'ethnie peule. Les déclarations de la partie requérante concernant sa famille ou son métier en Guinée n'ont dès lors pas fait l'objet d'une remise en cause par les instances d'asile.

Pour le reste, le Conseil observe que la partie requérante ne conteste pas formellement avoir déclaré aux instances d'asile avoir de la famille en Guinée et y avoir exercé le métier de commerçant, en manière telle qu'elle ne justifie pas d'un intérêt à contester l'insuffisance du dossier administratif à cet égard.

Il convient en outre de préciser que si la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération l'incertitude dans son chef d'une réinsertion rapide dans le circuit professionnel, en cas de retour, pour qu'une mutuelle intervienne rapidement dans son traitement, elle ne prétend toutefois pas qu'elle serait dans l'impossibilité de prendre, en Belgique, en prévision de son retour dans son pays d'origine, les dispositions qui s'avèreraient nécessaires pour se prémunir d'une interruption limitée dans le temps de son traitement médicamenteux.

Il résulte également de ce qui précède qu'à tout le moins, l'argumentation de la partie requérante tendant à reprocher une absence de prise en considération de la continuité des soins manque en fait.

3.1.5. S'agissant de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour EDH a jugé que le risque invoqué présente un caractère individualisé dès lors qu'il s'avère suffisamment concret et probable (voir Cour EDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, § 359 *in fine*) et qu'en ce qui concerne tant la situation générale dans un pays que les circonstances propres au cas de la partie requérante, celle-ci doit disposer de la possibilité matérielle de faire valoir en temps utile lesdites circonstances (voir Cour EDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, § 366).

Dans ce cas, l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la CEDH doit être évaluée en fonction des circonstances dont la partie défenderesse avait ou devait avoir connaissance au moment de l'adoption de la décision attaquée (voir *mutatis mutandis* : Cour EDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 81 ; Cour EDH 20 mars 1991, Cruz Varas et autres/Suède, §§ 75-76 ; Cour EDH 30 octobre 1991, Vilvarajah et autres/Royaume-Uni, § 107).

Par application de ces principes et compte tenu de ce qui précède, la partie défenderesse n'a pas méconnu l'article 3 de la CEDH en l'espèce.

3.2. Sur le quatrième moyen, dirigé contre l'ordre de quitter le territoire, le Conseil renvoie au point 3.1.5. du présent arrêt s'agissant de l'article 3 de la CEDH.

L'articulation du moyen prise de la violation de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 n'est pas fondée dès lors qu'au jour de la prise de la décision d'éloignement, soit le 1^{er} septembre 2016, la partie défenderesse a pris en considération l'état de santé de la partie requérante, ainsi qu'en atteste la première décision attaquée. Il convient de préciser que l'article 74/13 susmentionné oblige la partie défenderesse à tenir compte de cet élément, mais non à motiver sa décision d'éloignement à cet égard. Il s'ensuit que le moyen n'est pas fondé en ce qu'il invoque une violation de l'obligation de motivation formelle.

Le moyen, en ce qu'il consiste à prétendre que la partie défenderesse aurait, à tort, dérogé au 1^{er} paragraphe de l'article 74/14 de la loi du 15 décembre 1980 alors que seules les hypothèses visées au 3^{ème} paragraphe dudit article le permettraient, manque tant en droit qu'en fait, dès lors qu'il est accordé en l'espèce un délai de quinze jours à la partie requérante pour quitter le territoire, conformément au premier paragraphe dudit article, étant précisé que le 3^{ème} paragraphe permet d'imposer un délai inférieur à sept jours, en dérogation du délai de sept à trente jours stipulé dans le premier paragraphe.

Pour le surplus, le Conseil observe que la partie requérante n'expose pas de quelle manière l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980 aurait été méconnu en l'espèce, en manière telle que le moyen est irrecevable quant à ce. Il en va de même des principes généraux visés au quatrième moyen.

3.3. Il résulte de ce qui précède que les moyens ne peuvent être accueillis, en manière telle que la requête doit être rejetée.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, 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 dix-sept janvier deux mille dix-sept par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY