



## Arrêt

n°226 652 du 26 septembre 2019  
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. de VIRON  
Rue des Coteaux, 41  
1210 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

### LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 décembre 2018, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 12 octobre 2018 et notifiés le 14 novembre 2018.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'arrêt n° 219 744 du 15 avril 2019 convoquant les parties à l'audience du 7 mai 2019.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. GAMMAR loco Me I. de VIRON, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG loco Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

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

#### 1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique à une date indéterminée.

1.2. Le 11 mai 2010, il a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 5 octobre 2010, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 126 036 prononcé le 23 juin 2014, le Conseil de céans a rejeté le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces actes.

1.3. Le 5 mars 2018, le requérant a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 11 juin 2018.

1.4. Le 2 octobre 2018, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 12 octobre 2018, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

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

*Monsieur [C.M.] de nationalité Guinée, invoque son 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 avis médical remis le 02.10.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé présente une affection médicale 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, conclut-il, l'affection dont souffre l'intéressé n'entraîne pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu la prise en charge thérapeutique est disponible et accessible au pays d'origine.*

*Dès lors, de ce point de vue, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.*

*Dès lors,*

*1) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*

*2) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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.*

*Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.*

*Les soins sont donc disponibles et accessibles en Guinée.*

*Par ailleurs, l'intéressé invoque la situation au pays d'origine en s'appuyant notamment sur les sites [expat.com](http://expat.com), [guineenew.org](http://guineenew.org). et l'étude publiée par Abdoulaye Wotem SOMPARE qui dénoncent l'insuffisance d'infrastructures sanitaires publiques et le manque de traitement nécessaire à la maladie*

*de l'intéressé (sic).*

*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 il 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, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n°74 290 du 31 janvier 2012. Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En*

*l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son alléguation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).*

*Soulignons aussi que le fait que la situation de l'intéressé dans son pays d'origine 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 Unis du 02 mai 1997, §38).*

*Enfin, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits, illimités et sans possibilité d'erreurs, à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cour Eur.D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)).*

*Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».*

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision d'ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée 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:*

*o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».*

## **2. Exposé des moyens d'annulation**

2.1. La partie requérante prend un premier moyen de la « violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, violation des articles 4 et 24 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; de l'article 22bis de la Constitution; violation des article 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et minutie, violation du principe général du droit de l'Union européenne des droits de la défense et du droit d'être entendu, et particulièrement du principe audi alteram partem ; erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.2. Dans une première branche, elle souligne que « Selon le Conseil d'Etat dans son arrêt du 16.10.2014 n° 228.778, les deux hypothèses pouvant conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour sont : « [...] » Selon le Conseil d'Etat, si la maladie alléguée ne répond « manifestement » à aucune de ces deux hypothèses, la demande est déclarée irrecevable. En l'espèce, la demande qui a été introduite le 05.03.2018 a été déclarée recevable par la partie adverse le 11.06.2018 ce qui signifie que les pathologies dont est atteinte le requérant ont atteint le seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter. Selon la partie requérante, dès lors que ce « filtre médical » est passé, la partie adverse est tenue d'examiner de quelle hypothèse relève la maladie alléguée : s'agit-il de la première hypothèse auquel cas l'éloignement n'est absolument pas envisageable ? Ou s'agit-il de la seconde hypothèse auquel cas, effectivement, il y a lieu de procéder à l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine ? Il ne ressort pas de la décision attaquée que : en premier lieu la partie adverse ait procédé à une quelconque évaluation du degré de gravité de la maladie alléguée par la partie requérante et ; en second lieu, la partie adverse n'explique pas en quoi la maladie alléguée par la partie requérante rentrerait dans la seconde hypothèse de telle sorte que cette dernière ne peut comprendre de manière adéquate les raisons de la décision attaquée. La décision attaquée est mal motivée, elle doit être annulée ».

2.3. Dans une deuxième branche, elle développe que « La question de savoir à quelle hypothèse appartient la maladie alléguée par la partie requérante est d'autant plus importante que la maladie dont

souffre le requérant atteint un seuil de gravité l'empêchant de retourner en Guinée. La partie requérante s'est pourtant exprimée clairement sur le degré de gravité de sa maladie, documents médicaux à l'appui : « Le Docteur [P.], médecin traitant spécialisé, qui suit ce patient depuis 2009 environ une fois par mois, est clair : Monsieur [C.] présente toujours actuellement et de façon de plus en plus prononcée ; 1) un sentiment de persécution qui semble se « chronifier » en véritable paranoïa, 2) dépression avec désespoir, perte d'élan vital, idées noires avec risque de suicide, 3) gastropathie aggravée par le stress chronique avec risque de perforation. Le médecin traitant du requérant pointe donc que son état de santé est très préoccupant et que sa pathologie étant chronique, un traitement vraisemblablement à vie lui a été prescrit. Tout arrêt de traitement aurait des conséquences désastreuses. Outre le traitement médicamenteux, Monsieur [C.] nécessite donc un suivi psychothérapeutique et un suivi de sa pathologie gastrique entretenue et aggravée par le stress chronique. Une prise en charge du suivi du traitement et du suivi psychologique et psychiatrique est requis. La présence à proximité des médecins spécialistes ou de structures hospitalières accessibles et efficaces et la proximité d'une équipe psycho-médicale spécialisée dans ces troubles spécifiques sont indispensables. Le Docteur [P.] pointe très clairement que tout départ de la Belgique aurait des conséquences fatales sur l'état psychologique de Monsieur [C.] : « risque vital au cas où il devrait quitter la Belgique où il se sent en sécurité : risque de décompensation et de suicide ». Outre la nécessité de continuité de son traitement et du suivi, le Docteur [P.] affirme donc que tout départ de l'environnement sécurisé dans le cadre duquel il doit poursuivre son traitement aurait des conséquences catastrophiques et irréversibles. Un départ de la Belgique est donc inenvisageable. L'état de santé du requérant est donc préoccupant, un arrêt du suivi et du traitement est inenvisageable et tout changement radical de son milieu de vie aurait des conséquences fatales.. » (Demande de séjour- pièce 4). Le requérant est donc dans un état pathologique très grave et il nécessite un traitement médicamenteux strict et un suivi médical précis et de qualité. En cas d'arrêt du traitement et du suivi les conséquences sur sa santé seraient catastrophiques. Au vu de ce qui précède, l'état actuel de santé du requérant présente une gravité maximale. Un retour vers le pays d'origine ne peut être envisagé de manière raisonnable. L'état de santé gravissime du requérant justifie l'octroi d'un titre de séjour sur la base de l'article 9ter de la [Loi]. En décidant que la maladie alléguée par le requérant correspond à la deuxième hypothèse rappelée par le Conseil d'Etat, la partie adverse a procédé à une mauvaise évaluation de la situation médicale actuelle du requérant. Elle a commis une erreur manifeste d'appréciation. Cela d'autant plus grave que la partie adverse a considéré la demande recevable et qu'elle admet donc que le degré de gravité de la maladie est élevé. L'acte attaqué doit être annulé ».

2.4. Dans une troisième branche, elle expose que « Force est de constater que la partie adverse contredit le médecin spécialiste du requérant et modifie même le traitement que celui-ci a déterminé afin de soigner le requérant[.] Or, la partie adverse ne peut avoir correctement analysé la situation médicale et la demande du requérant étant donné que son médecin conseil ne l'a pas examiné personnellement et ne s'est absolument pas concerté avec le médecin du requérant. Ne donner un avis médical qu'après avoir examiné de manière effective un patient est pourtant une obligation déontologique. A cet égard, le Conseil d'Appel d'expression française de l'ordre des médecins a déjà considéré qu'il était du devoir du médecin d'examiner le patient avant de rendre un avis médical, sous peine de rendre cet avis à la légère<sup>1</sup> ou encore que des écrits attestant un fait non constaté personnellement par le médecin sont susceptibles de compromettre des intérêts privés et publics. Ce refus de recueillir des informations complémentaires et d'examiner le patient est d'autant moins acceptable qu'il est légitime que l'expert se fonde sur un examen clinique du patient pour donner un avis. C'est d'ailleurs en ce sens que le comité consultatif de Bioéthique de Belgique a rendu un rapport concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux. Le Médiateur Fédéral dans son rapport du 14 octobre 2016 se rallie d'ailleurs au point de vue adopté dans ce rapport. Le comité a rappelé aux médecins conseils de l'Office des Etrangers que « quand un médecin – qu'il soit fonctionnaire ou non – fournit un avis médical au sujet d'un dossier médical, il s'agit d'un acte médical pour lequel ce médecin est soumis à la déontologie médicale. (...) Dans ce cadre, un avis sur le dossier médical d'un patient porte donc de manière inévitable et évidente sur ce patient, et pas seulement sur son dossier. D'un point de vue éthico-déontologique, le dossier est un outil au service de l'acte médical et jamais sa finalité. (...) Concrètement, cela signifie que la concertation avec le médecin traitant est indispensable lorsque l'avis du médecin-fonctionnaire est en contradiction avec ce qu'a attesté le médecin traitant ». Il ajoute également que « quand un médecin fonctionnaire qui n'est pas spécialisé dans l'affection en question donne un avis qui s'écarte de l'avis d'un spécialiste de cette affection, la concertation entre les deux médecins est donc impérative. Si la divergence d'opinion persiste après la concertation, un entretien et un examen clinique du patient par le médecin-fonctionnaire ainsi qu'un avis d'expert indépendant (spécialiste de l'affection en question) seront indiqués, comme c'est légalement possible mais rarement appliqué en pratique. » Le comité souligne donc en des termes très clairs les obligations qui s'imposent

au médecin conseil lorsqu'il est en désaccord avec le médecin rédacteur du certificat type. Le comité termine ainsi en disant : « dans une procédure de demande d'autorisation de séjour pour raison médicale, si le médecin de l'Office des étrangers est d'un avis différent du médecin rédacteur du certificat médical type, il est nécessaire et conforme à la déontologie médicale que le premier prenne contact avec le second ou demande l'avis d'experts en cas de désaccord persistant comme prévu à l'article 9ter, §1 alinéa 5, de la loi du 15.12.1980, faute de quoi la décision du délégué du ministre risque de ne pas être raisonnablement justifiée (absence de motivation matérielle) » Le Tribunal de Première Instance dans son jugement du 30.06.2017 (16/6964/A) fait d'ailleurs sienne cette argumentation et condamne ainsi l'attitude de l'Office des Etrangers. En l'espèce le médecin conseil de la partie adverse, le Docteur [A.], médecin généraliste, contredit donc le diagnostic médical du Docteur [D.P.], spécialiste en psychiatrie et psychanalyse qui suit le requérant depuis près de 10 ans, et ce sans aucune concertation avec cette dernière. Cette concertation est pourtant impérative, conformément à la déontologie médicale, en cas de désaccord persistant. L'absence d'examen médical et de concertation avec le médecin du requérant est d'autant plus grave que le médecin conseil de la partie adverse conteste le traitement administré au requérant, et le modifie même d'initiative. Le médecin conseil de la partie adverse énonce en effet : « Ainsi fluvoxol peut-elle être substituée par l'une ou l'autre molécule de même classe thérapeutique (neuroleptique ; antipsychotique), telle olanzapine, halopéridol ou encore risperidone, disponibles au pays d'origine Il en est de même pour le mirtazapine qui peut être substituée par l'une ou l'autre molécule de même classe thérapeutique (antidépresseurs), telles escitalopram ou encore citalopram paroxétine ou sertraline, disponibles au pays d'origine ». Le médecin conseil de la partie adverse qui n'a pas vu le patient ne peut sans violer la déontologie médicale ni l'art de guérir, prescrire un traitement médical à un patient sans l'avoir examiné personnellement. Ces immixtions dans le traitement thérapeutique donné par le médecin traitant sont contraires à la déontologie. En modifiant le traitement du requérant alors que celui-ci a été déterminé par son médecin traitant– et ce sans aucune concertation avec ce médecin – la partie adverse viole donc une nouvelle fois la déontologie médicale. Encore plus grave, la partie adverse conteste l'existence même d'une pathologie du requérant, la gastropathie, [alors] que son médecin traitant atteste de son existence et que le requérant est traité au Pantomed pour cette pathologie. Lors de son intervention relative à la régularisation médicale devant la commission de l'Intérieur, des Affaires générales et de la Fonction publique, le professeur Jean-Jacques Rombouts, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins a clairement réaffirmé que (pièce 5) : « En conclusion : - Le Conseil national rappelle qu'évaluer une maladie est un acte médical qui ne peut être réalisé que par des médecins autorisés à exercer l'art médical en Belgique. - Les critères d'évaluation doivent être clairement définis mais le médecin doit avoir la totale liberté d'apprécier si les critères sont ou non rencontrés. - Le médecin évaluateur doit aller au bout de sa démarche et appeler le médecin traitant, examiner le patient et consulter un spécialiste si nécessaire. - La capacité médicale des pays tiers doit être connue non seulement en théorie, mais également sur la base de l'accessibilité réelle aux soins. Le Conseil national de l'Ordre des médecins souscrit aux recommandations du Médiateur fédéral et se tient à la disposition des autorités compétentes pour participer à leur concrétisation et à leur mise en oeuvre. » L'obligation préalable d'examiner le patient découle de l'article 9ter de la [Loi] lu de manière combinée avec l'article 13 de la CEDH, le principe général du droit d'être entendu préalablement, les articles 5 et 11 bis de la loi relative aux droits du patient et de la déontologie médicale donc qui s'impose à tout médecin. Comment un médecin peut-il donner un avis médical sans avoir examiné le patient. C'est d'ailleurs une critique formulée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme dans l'arrêt YOH EKALE / Belgique du 20.12.2011, la Cour demandant avant de se prononcer sur le risque de traitements inhumains et dégradants que la requérante soit examinée par le médecin de la partie adverse ; la Cour a reproché reproche à l'Etat Belge de ne pas avoir procédé à un examen médical attentif de la requérante et de violer dès lors l'article 13 de la CEDH ; Le requérant estime dès lors sur base de la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'Homme, de la loi sur le droit des patients, de la déontologie médicale, des avis rendus tant par l'Ordre des médecins que par le comité de bioéthique, que le droit d'être entendu doit dans le contexte de l'article 9ter de la [Loi], engendrer une obligation positive de la partie adverse d'examiner le requérant avant de rendre son avis médical ; L'avis médical n'ayant pas été fait dans le respect de la déontologie ne peut qu'être annulé. La décision qui se fonde sur cet avis doit par voie de conséquence être annulée car non motivé en droit et en fait. En tout état de cause, la partie adverse viole le principe général de bonne administration et l'obligation de collaborer à la charge de la preuve en n'invitant pas le requérant ou son médecin à fournir les renseignements et rapports médicaux supplémentaires pour pouvoir se forger une opinion sur la pathologie du requérant. Dans la mesure où la partie adverse n'a pas examiné le requérant, elle n'a pu motiver correctement sur le degré de gravité de la pathologie qu'il a développé. La décision attaquée doit être annulée ».

2.5. Dans une quatrième branche, elle soutient qu' « Au vu de ce qui précède, le requérant est atteint de pathologies graves, instables et mortelles si elles ne sont pas traitées. Il ne fait aucun doute que sans ce traitement, le requérant connaîtra une dégradation catastrophique de son état de santé. La partie adverse affirme à tort que le requérant peut retourner dans son pays d'origine. Un retour en Guinée est incompatible avec l'état de santé dans lequel il se trouve. Ce dernier souffrirait de traitements inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la CEDH en cas de retour dans son pays d'origine. La partie requérante estime que la gravité de la pathologie du requérant a atteint le seuil de gravité qu'exige la CourEDH au regard de l'article 3 de la CEDH. Le risque de violation de l'article 3 de la CEDH est donc flagrant en cas de retour en Guinée et la décision doit être annulée. En tout état de cause la décision de la partie adverse est mal motivée en ce qu'elle examine la possibilité d'un retour du requérant dans son pays d'origine uniquement au regard d'une violation de l'article 3 de la CEDH. En effet, Votre Conseil a très clairement établi que la protection offerte par l'article 9ter était bien plus large que celle offerte par l'article 3 de la CEDH (CCE 12 décembre 2014, n° 135 035, 135 037, 135 038, 135 039 et 135 041). La décision attaquée est mal motivée et doit être annulée ».

2.6. La partie requérante prend un deuxième moyen de la « violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.7. Elle observe qu' « Il ressort de la décision attaquée que la partie adverse a considéré que la maladie alléguée par la partie requérante – pour reprendre les termes du Conseil d'Etat – maladie « quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine, mais qu'il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». Dans ce cadre, la partie adverse doit examiner tant l'existence des soins, c'est-à-dire leur disponibilité, que les possibilités effectives pour le demandeur, dans son cas individuel, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective ».

2.8. Dans une première branche, ayant trait à la disponibilité, elle fait valoir que « La partie adverse affirme que « les molécules présentes au traitement médicamenteux – ou leurs équivalents de classe thérapeutiques similaires – ainsi que le suivi médical sont disponibles en Guinée ». En ce qu'il énonce cela, l'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé. Comme énoncé ci-avant (voir Premier Moyen, troisième branche), la partie adverse modifie unilatéralement le traitement indispensable au requérant qui lui a été prescrit par son médecin traitant, et ce en totale contradiction avec la déontologie médicale. Ce seul constat suffit à annuler l'acte attaqué. Si la partie adverse fait cela, c'est qu'elle est parfaitement au courant que le « Fluanaxol » et le « Remergon » n'est pas disponible en Guinée. En tout état de cause, afin de justifier de la disponibilité des médicaments composant le traitement du requérant et de son suivi, la partie adverse se contente de renvoyer à différentes requêtes MedCoi, et ce sans donner de plus amples informations sur la disponibilité effective de ce traitement et de ce suivi (CCE 30 mars 2017, n°184.749, 28 février 2012, n° 76 076 ; 31 juillet 2012, n° 85 358 ; 16 mars 2015, n° 141 028 ; 27 mai 2015, n° 146 400 ; 16 décembre 2015, n° 158 676 ; 12 avril 2016, n° 165 542 ; 19 janvier 2017, n° 180 942). Votre conseil s'est prononcé clairement dans un arrêt récent 211.356 du 23.10.2018 sur la motivation de la partie adverse par référence à des documents MEDCOI non accessibles, non produits, non même résumés, ni même d'extraits cités : [...] Ce renvoi à la base de données Medcoi n'établit donc en rien la disponibilité effective du traitement de la requérante et l'acte attaqué est mal motivé. Le requérant quant à lui, a clairement établi que la disponibilité des soins de santé en général et concernant sa pathologie en particulier, n'est absolument pas garantie en Guinée. La partie adverse se contente de relever que la partie demanderesse a déposé des articles qui font état de cette indisponibilité des soins en Guinée, mais elle ne contredit absolument pas ce que ces articles dénoncent. Le requérant a pourtant clairement expliqué, sources probantes à l'appui que : « Son pays d'origine ne peut pas, en tout état de cause, lui assurer un accès au traitement nécessaire à sa maladie. Le site expat.com qui délivre des informations précieuses aux personnes travaillant à l'étranger, n'y va pas par quatre chemins pour décrire le système de soins de santé en Guinée : « Malgré les efforts du gouvernement pour renforcer la prévention, lutter contre les maladies courantes (paludisme, VIH, entre autres) et investir dans de nouvelles infrastructures (construction, maintenance), la situation sanitaire de la Guinée-Conakry demeure préoccupante, avec une espérance de vie faible et un taux de mortalité

élevé. » « En Guinée-Conakry, les infrastructures sanitaires se développent et vont de pair avec davantage de matériel médical. Cependant, malgré la volonté du gouvernement d'améliorer les conditions sanitaires du pays, certaines infrastructures ne répondent toujours pas aux normes techniques et fonctionnelles permettant de prendre en charge les malades de façon adéquate. Les centres de soin sont limités et les pharmacies ne disposent que de quelques fournitures de base. Les produits pharmaceutiques peinent quant à eux à être réglementés et le trafic illicite tend à persister, augmentant au demeurant les risques de santé de la population, engendrés par le non-respect des normes pharmaceutiques. » « Si vous travaillez en Guinée, vous devrez vous inscrire à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Sachez que les consultations chez le médecin sont à payer en avance et en espèces. » Un article du site guineenew.org décrit également parfaitement la situation des soins de santé en Guinée. « En Guinée, c'est un secret de polichinelle, nos médecins travaillent dans des conditions déplorables. Quant aux hôpitaux de l'intérieur, ils sont pour la plupart considérés comme des mouiroirs. A Conakry, nos CHU, eux, sont en manque d'équipements de dernière génération. Dans les quartiers enfin, poussent partout des cliniques parallèles. Conséquence directe, certains patients se font évacuer à l'étranger comme les hauts cadres de l'État, les hommes nantis. Les uns, pour des soins intensifs. Les autres, pour des simples contrôles médicaux. Mais tous pour la plupart, au moindre petit rhume, s'envolent pour l'étranger. Leurs lieux de destination sont entre autres le Sénégal, le Maroc, la Tunisie, la France, la Belgique, la Turquie et l'Inde... Le prétexte qu'ils utilisent, on le sait tous, c'est la visite privée. Pendant ce temps, la majorité des guinéens, n'ayant pas les moyens de se faire soigner à l'étranger ou dans certaines cliniques privées (qui disposent plus ou moins de matériel plus adéquat), est obligée de se contenter des soins fournis par les hôpitaux de Conakry ou de l'intérieur. » Dans une récente étude publiée Abdoulaye Wotem SOMPARE, enseignant-chercheur à l'Université Kofi Annan et à l'Université Sonfonya à Conakry – article diffusé par le réseau « érudit », consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal qui a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche, le chercheur est clair : « De plus, le manque criant d'infrastructures sanitaires publiques dans une situation de forte croissance démographique a favorisé la multiplication de cliniques privées, dont les niveaux de soins sont très hétérogènes et souvent mal connus et mal contrôlés par les autorités communales et par le ministère de la Santé. L'essor de ces cliniques, bien que préconisé par les politiques et programmes internationaux d'ajustement structurel, est vecteur d'inégalités dans l'accès aux services de santé. » Le guide de référence pour les journalistes « Guinée info santé » du CFI (Agence française de coopération médias) est également clair : De manière générale, bien que reconnue comme secteur prioritaire dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté, la santé ne bénéficie que d'une faible attention, entraînant des conséquences sur son fonctionnement. Ici, nous citerons quelques insuffisances : > Problèmes de gouvernance politique : • absence d'encadrement du prix des médicaments, faible culture de redevabilité et de transparence ; • manque de régulation et de contrôle des structures de prestation de soins du secteur privé, des institutions de formation et des pharmacies. > Problèmes de gouvernance organisationnelle : • inexistance d'un partenariat public/privé ; • faiblesse de la gestion des crises sanitaires et de l'échange d'information, particulièrement en situation de crise ; • absence de mise en oeuvre des plans de décentralisation et déconcentration du secteur santé (tout le personnel de santé est concentré sur Conakry). > Problèmes de ressources humaines : • insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectifs ; • mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, forte inégalité dans la répartition du personnel (seulement 17 % des professionnels du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70 % de la population du pays) ; • absence de système efficace de motivation (incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées). > Problèmes d'infrastructures et d'équipements : • insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en qualité qu'en quantité ; • vétusté des infrastructures et des équipements ; • faible accessibilité géographique et économique aux soins pour la majorité de la population. La particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par de nombreuses structures informelles, tenues pour la plupart par du personnel médical très souvent non qualifié. Si bien que ce personnel de santé ne suit pas les normes, protocoles et standards nationaux et internationaux en matière de soins de santé primaires, soins médicaux et chirurgicaux. A côté de ces insuffisances, les usagers sont confrontés à des problèmes récurrents dans la plupart des structures sanitaires, tant privées que publiques : mauvais accueil, sur-tarification, manque d'hygiène, manque d'eau, prescriptions irrationnelles et parfois incohérentes par des personnels non qualifiés... » « Le requérant a ainsi clairement démontré que la disponibilité effective du traitement et de son suivi n'est pas garantie. De ce qui précède il ressort très clairement que la partie adverse ne parvient pas à démontrer que le traitement et le suivi indispensables au requérant sont disponibles dans son pays d'origine, alors que le requérant a, quant à lui, très clairement établi cette « non-disponibilité ». Au vu de ce qui précède, l'administration manque en motivation sur ce point et ce

défaut de motivation permet à lui seul l'annulation de la décision de refus d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la [Loi] prise en l'espèce. L'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé ».

2.9. Dans une deuxième branche, relative à l'accessibilité, elle avance que « Dans le cadre de cette analyse, la partie adverse doit examiner les possibilités effectives pour le demandeur, compte tenu de la situation générale du pays en question en ce qui concerne les soins de santé et compte tenu de la situation individuelle du demandeur, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective. La Cour européenne des Droits de l'Homme l'a d'ailleurs rappelé dans son arrêt PAPOSHVILI du 16.12.2016 (§187). La Cour rappelle également que « Les 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 o 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée). (§190) » Le requérant souffre de pathologies graves qui nécessitent un traitement et un suivi important et régulier. Contrairement à ce qu'affirme la partie adverse, le traitement et le suivi indispensables au requérant ne lui seraient absolument pas accessibles en cas de retour dans son pays d'origine. En effet, la partie adverse ne tient absolument pas compte de la situation générale des soins de santé en Guinée ainsi que de la situation individuelle du requérant, ce qui est contraire à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme. La partie adverse tente donc de démontrer l'accessibilité aux soins pour le requérant, en affirmant tout d'abord l'existence d'un Plan National de Santé qui a pour « objectif l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne ». Si cet objectif est louable, il ne démontre donc absolument pas que le traitement et le suivi indispensables au requérant sont actuellement et effectivement disponibles et surtout accessibles au requérant. La partie adverse évoque ensuite l'existence d'un régime d'assurance maladie obligatoire et « l'élaboration » d'un[e] Stratégie Nationale de Promotion des Mutuelles de Santé. Lorsqu'elle énonce cela, la partie adverse ne tient absolument pas compte de la situation individuelle du requérant qui est sans ressources et ne peut avoir accès au marché du travail : Il a expliqué clairement dans sa demande qu'il a quitté son pays d'origine il y a près de 16 ans et qu'il présente à présent d'importants troubles psychologiques. Son médecin atteste que dans cet état de santé mentale, il est incapable de travailler. Vu cette situation, il est évident que le requérant ne serait pas en mesure de trouver du travail. Il n'est pas raisonnable d'affirmer le contraire. Votre Conseil s'est déjà prononcé dans des cas identiques et a en effet déjà pu constater à cet égard que la partie adverse ne tient absolument pas compte de la situation individuelle de la partie requérante qui est sans ressource et ne peut avoir raisonnablement accès au marché du travail (CCE arrêt 194 452 du 27.10.2017). Le requérant est donc exclu du système d'assurance maladie guinéen. De plus, outre que le requérant n'entre pas dans le système, rien ne garantit que ses pathologies seraient couvertes par le régime d'assurance ou de mutuelle. Le requérant a clairement expliqué, documents probants à l'appui que l'accès aux soins de santé mentale est très difficile et coûteux en Guinée : « Quant au traitement des troubles mentaux, un rapport des médecins d' « International Medical Corps » énonce : « Une liste nationale des médicaments essentiels (LNME), issue de la liste des médicaments essentiels l'OMS, est utilisée dans le pays. La liste5 comprend des psychotropes ainsi que des anticonvulsivants/ antiépileptiques. Les médicaments recommandés au niveau des soins de santé secondaires sont : la carbamazépine, le phénobarbital, la phénytoïne sodique, l'amitriptyline, la chlorpromazine, le diazépam, la fluphénazine, l'halopéridol et le carbonate de lithium. Parmi ces médicaments, seuls lephénobarbital, la chlorpromazine et le diazépam sont disponibles au niveau des soins de santé primaires. Ces médicaments sont chers et très souvent non-disponibles, ce qui pousse les patients et leurs familles à acheter des médicaments moins chers, mais non autorisés, qui sont disponibles sur les marchés locaux. » [...] « Il y a peu de formation disponible sur le sujet pour les divers professionnels impliqués dans le domaine de la santé mentale. Par exemple, la majorité des infirmières et des médecins de soins de santé primaires n'ont pas suivi aucune forme de formation interne au cours des cinq dernières années, toutefois l'OMS y remédie actuellement par le biais de la formation au Guide d'intervention mhGAP mentionné auparavant. Les procédures officielles de transferts entre les soins de santé tertiaires/secondaires et primaires manquent également. [41, 66] Il n'est pas possible de se spécialiser en médecine psychiatrique en Guinée [2] et les 5 psychiatres dans le pays ont tous étudiés leur spécialité en Côte d'Ivoire (Capucine de Fouchier, communication personnelle). » [...] « Dépenses en santé mentale La Guinée dispose de ressources financières et humaines limitées pour mettre en place son plan national de renforcement des services de soutien à la santé mentale. Les dépenses de santé globales sont limitées à 5,73 % du Produit Intérieur Brut, soit 9 dollars par habitant attribué à la santé (PPA [Parité des pouvoirs d'achat] \$). Les détails concernant les dépenses du Ministère de la Santé en matière de santé mentale sont inconnus. Aucun budget n'est dédié à la santé mentale en soi et le gouvernement ne budgétise que les salaires du personnel. La

Guinée ne fournit pas d'indemnité pour les handicaps liés à la santé mentale, ce qui a un impact direct sur l'accessibilité aux services. Par conséquent, ce sont principalement les patients ou leurs familles qui financent les dépenses liées à la santé mentale, comme la nourriture, les médicaments et les produits hygiéniques pendant les séjours hospitaliers. [1, 41, 63] Ressources humaines en santé mentale et soutien psychosocial. « Comme le montre le Tableau 1, en Guinée, les ressources humaines en SMSPS sont limitées. Les formations disponibles pour les médecins cliniciens en santé mentale destinées à soutenir les services dans ce domaine sont très limitées dans le pays. Il n'existe d'ailleurs pas de formation de psychologue ou de spécialisation en psychiatrie. [1] ». [...] « Le centre principal dédié à la santé mentale en Guinée est le service psychiatrique de Donka, un hôpital général à Conakry qui dispose de services de santé mentale pour les patients hospitalisés et les consultations externes. Le service pour patients hospitalisés compte 62 lits, toutefois souvent beaucoup moins sont disponibles (Capucine de Fouchier, communication personnelle). En 2014, le service a traité 1 365 patients, a admis 435 patients hospitalisés et reçu 5 460 personnes en consultations. [1] Les services de santé dans leur ensemble sont largement sous-financés et les financements étatiques ne couvrent que les salaires des professionnels de la santé mentale. C'est pourquoi, pour les personnes hospitalisées, les familles doivent régler les dépenses en nourriture, en médicaments et en produits de toilette [1] et un proche doit souvent accompagner le patient et s'en occuper pendant la durée de son séjour à l'hôpital. Malgré le manque de financements et les pauvres conditions hospitalières qui en résultent, les psychiatres de Donka ont exprimé leur fierté de ne pas utiliser de moyens de contention physiques. [40] » Outre le fait que tout retour de Monsieur [C.] dans son pays d'origine est inenvisageable en raison du risque trop important de dégradation grave de sa santé mentale et du risque de « passage à l'acte », le traitement et le suivi qui lui sont indispensables ne sont donc absolument pas disponibles, ni accessibles dans son pays d'origine. » (Voir demande de séjour pages 5-6). Encore une fois, la partie adverse énonce que le requérant a déposé toute une série de sources à l'appui de sa demande de séjour qui démontrent l'inaccessibilité aux soins, mais elle n'en tient pas réellement compte, faisant abstraction du contenu probant de ces documents. Le requérant a également clairement expliqué : « Également, le requérant ne pourrait pas compter sur de la famille ou des amis dans son pays d'origine qu'il a quitté il y a plus de 16 ans. Depuis que Monsieur [C.] est en Europe, ses troubles psychologiques l'ont fortement isolé, pouvant compter uniquement sur une poignée de connaissances. Monsieur [C.] n'a pas de ressources, n'est actuellement pas apte à en produire et n'a personne qui pourrait l'aider financièrement. En cas de retour en Guinée, il est incontestable que mon client ne pourrait pas financer son traitement et son suivi. » Le requérant est isolé et sans ressource. Il n'est pas non plus raisonnable d'attendre du requérant qu'il constitue une réserve de médicaments pour les moments de ruptures de stocks. Il n'en aurait de toute façon pas les moyens. Au vu de ce qui précède, la partie adverse n'apporte pas la preuve que les soins nécessaires à la partie requérante lui seraient accessibles en cas de retour en Guinée et manque de toute évidence à son obligation de motivation. Cette accessibilité n'est pas garantie. La décision attaquée doit être annulée ».

2.10. La partie requérante prend un troisième moyen de la « violation des articles 7, 62 §2 et 74/13 de la loi du 15.12.1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; des articles 19 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; des articles 1, 5, 6 de la directive 2008/115/CE du 16.12.2008 ; du principe général de bonne administration et plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, commet une erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.11. Dans une première branche, elle soulève qu' « Un ordre de quitter le territoire a été pris le 12.10.2018 suite à la décision de non-fondement du 9ter introduit par la partie requérante. Cet ordre de quitter le territoire est connexe à cette décision et il est aux yeux de la partie adverse la conséquence directe de l'adoption de la décision de non fondement du 9ter. Dans le présent recours contre le non-fondement 9ter, la partie requérante invoque le risque de traitement inhumains et dégradants en cas de retour en Guinée et le défaut de motivation de la décision de non-fondement à l'égard de l'article 3 de la CEDH. En effet, la partie requérante a clairement démontré que le traitement qui lui est nécessaire n'est pas disponible et accessible dans son pays d'origine. Les éléments qui précèdent ont tous été communiqués à la partie adverse. Au moment de la décision attaquée, une question sérieuse se pose donc quant à la compatibilité de l'éloignement de la partie requérante avec l'article 3 de la CEDH. La partie requérante estime que le grief soulevé à l'appui du recours qu'elle a introduit à l'encontre de la décision de non fondement 9ter du 12.10.2018 est défendable au sens de l'article 13 de la CEDH et au sens de l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. La Cour de Justice de l'Union européenne confirme ce point de vue à l'occasion d'un arrêt du 18.12.2014, CPAS Ottignies LLN

c. *Abdida*, n° 562/13 et le rappelle dans son arrêt *PAPOSHVILI c. Belgique* du 13.12.2016. Dans cet arrêt, la Cour expose que les articles 5 et 13 de la directive 2008/115/CE (retour), lus à la lumière des articles 19, § 2 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ainsi que l'article 14, § 1, b) de cette directive doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à ce qu'une législation nationale ne confère pas un effet suspensif à un recours exercé contre une décision ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie de quitter le territoire d'un Etat membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé. Selon la partie requérante, deux conclusions doivent être tirées de l'enseignement de la Cour. En premier lieu, un examen du « risque sérieux de détérioration grave et irréversible » de l'état de santé du requérant doit être réalisé et ensuite, si ce risque est constaté, le recours offert au requérant doit être suspensif. Or, dans le cas d'espèce, il y a un manifeste problème de motivation dans la décision attaquée. En effet, aucun examen du risque sérieux de détérioration n'est effectué par la partie adverse. En tout état de cause, la partie requérante estime avoir démontré dans son recours contre le refus 9ter, le haut degré de gravité de la pathologie qu'elle développe et les nombreuses circonstances humanitaires impérieuses qui impliquent qu'un retour en Guinée violerait l'article 3 de la CEDH. L'ensemble de ces éléments laisse raisonnablement penser qu'en cas de retour en Guinée l'état de santé du requérant se détériorera. Dès lors, prendre un ordre de quitter le territoire à l'égard de la partie requérante alors même qu'une question de violation de l'article 3 de la CEDH garantissant un droit fondamental est soulevée – et non tranchée – constitue un obstacle à l'effectivité du recours ouvert à la partie requérante pour contester la décision de non fondement 9ter puisque cet ordre de quitter le territoire empêche, s'il est exécuté, qu'il soit statué sur le recours contre le non fondement 9ter ».

2.12. Dans une deuxième branche, elle argumente que « L'acte attaqué est mal motivé, en ce que la partie adverse ne prend pas en compte l'ensemble des éléments liés à la situation individuelle du requérant et notamment son état de santé. Monsieur [C.] est atteint de pathologies graves. Les rapports médicaux qui ont été transmis à la partie adverse sont clairs et précis : une interruption de traitement entraînerait des conséquences gravissimes sur la santé du requérant. La partie requérante a également clairement démontré que ce traitement ne lui est pas disponible et accessible dans son pays d'origine et qu'un retour dans son pays d'origine constituait un risque de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH. Comme énoncé ci-avant, la situation médicale préoccupante du requérant est connue par la partie adverse, qui n'en tient absolument pas compte dans l'acte attaqué alors qu'elle a déclaré la demande 9ter de la requérante recevable. La partie adverse ne pouvait prendre la décision attaquée sans avoir égard à ces éléments qui lui ont tous été communiqués. A tout le moins la partie adverse aurait-elle dû indiquer les raisons pour lesquelles elle estime que la décision d'éloignement attaquée ne viole pas le droit fondamental dont se prévaut la partie requérante. En l'espèce, la décision attaquée ne tient absolument pas compte de l'état de santé du requérant et est totalement incompatible avec l'obligation qu'a l'Etat belge de protéger toute personne contre des traitements inhumains et dégradants (article 3 CEDH, article 19 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne). L'article 74/13 de la [Loi] est sans équivoque : « 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. » Le Conseil d'Etat rappelle clairement dans son ordonnance n° 12.208 du 17 novembre 2016 d'admissibilité des recours en cassation : « [...] » Force est en effet de constater que rien n'est précisé sur ce point. Aucune motivation adéquate ne ressort de la décision attaquée par rapport à l'état de santé du requérant et à l'article 3 de la CEDH. La partie requérante estime qu'en tout état de cause, la partie adverse n'a pas suffisamment motivé l'acte attaqué dans la mesure où une telle décision ne peut échapper aux garanties minimales énoncées par les textes européens et la jurisprudence européenne. En effet, en prenant une décision de quitter le territoire, la partie adverse méconnaît les obligations internationales telles qu'elles sont transposées dans la Directive 2008/115/CE du 16.12.2008 puisque lors de l'appréciation d'une décision de retour, il incombe à la partie adverse de prendre en considération l'ensemble des éléments du dossier, notamment les éléments médicaux qui pourraient justifier la non-expulsion de l'étranger du territoire vu ses problèmes de santé (article 5 de la Directive Retour 2008/115/CE). Egalement, le considérant 6 de la Directive Retour (2008/115/CE) énonce : « Les États membres devraient veiller à ce que, en mettant fin au séjour irrégulier de ressortissants de pays tiers, ils respectent une procédure équitable et transparente. Conformément aux principes généraux du droit de l'Union européenne, les décisions prises en vertu de la présente directive devraient l'être au cas par cas et tenir compte de critères objectifs, ce qui implique que l'on prenne en considération d'autres facteurs que le simple fait du séjour irrégulier ». L'article 1er de la Directive Retour indique alors que les normes et les procédures qu'elle fixe s'appliquent « conformément aux droits fondamentaux en tant que principes généraux du droit communautaire ainsi qu'au droit international, y compris aux obligations en matière de protection des réfugiés et de droits de

*l'homme* ». La CJUE dans son arrêt ABDIDA/Belgique C562/13 du 18 décembre 2014 énonce dans le même sens que : « [...] » Il est flagrant de constater que la partie adverse, dans la décision attaquée, n'a à aucun moment considéré le risque de violation de droits fondamentaux en cas de retour du requérant dans son pays d'origine. L'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé ».

### 3. Discussion

3.1. Sur la deuxième branche du deuxième moyen pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi, « *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* ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose 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, 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* ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* 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. 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* suscitée, 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 ensuite que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle 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 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 (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

3.2. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 2 octobre 2018 du médecin-conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière s'est référée en termes de motivation, que celui-ci a conclu à l'accessibilité des soins et du suivi requis au requérant au pays d'origine pour les raisons qui suivent : « *En ce qui concerne l'accessibilité des soins en Guinée, précisons que ce pays reconnaît, dans sa Constitution, la santé comme un droit fondamental, préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. La Politique nationale de santé est l'instrument de la mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle. La nouvelle Politique repose sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé tels que: • « La Déclaration universelle des droits de l'Homme, • La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, • la Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja relative à l'allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l'Etat. Le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNDS) qui est l'instrument de la mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle et qui s'intègre dans la politique globale du développement du pays. Cette PNDS a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne. Ce système a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé.*

*L'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2003-2012 a montré d'importantes actions réalisées en cette période parmi lesquelles la définition et la faisabilité de l'assurance maladie obligatoire en Guinée et l'élaboration de la Stratégie Nationale de Promotion des Mutuelles de Santé. En principe tout le monde paie, tandis que les indigents sont pris en charge à partir d'une dotation logée à l'hôpital, 71 millions de FG pour l'hôpital Ignace Deen et 70 millions pour Donka en 2011, la difficulté par rapport aux indigents se situant principalement au niveau de leur identification. L'assurance maladie obligatoire se résume à la caisse nationale de sécurité sociale. La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) est chargée de la gestion des régimes des pensions (vieillesse, invalidité et survivants), des prestations familiales, de l'assurance maladie et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le code du travail. Sur le marché guinéen, trois compagnies offrent un produit de santé; il s'agit de la NSIA Assurances, de l'UGAR et de la SOGAM. Celles-ci ciblent tout le monde. L'Etat a développé des alternatives en faveur des couches les plus vulnérables. Pour favoriser l'accès des indigents aux soins de santé, une ligne budgétaire en leur faveur a été mise en place par le gouvernement. ([http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Guinea/plan\\_national\\_developpement\\_sanitaire\\_2015-2024\\_guinee\\_fin.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea/plan_national_developpement_sanitaire_2015-2024_guinee_fin.pdf)). L'intéressé peut donc rentrer au pays d'origine et y bénéficier des opportunités que lui offre le pouvoir public. Remarquons encore que l'intéressé a vécu plus longtemps dans son pays d'origine avant de venir sur le territoire belge. Rien ne prouve qu'il n'y ait pas tissé de relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin. Par ailleurs, l'intéressé invoque la situation au pays d'origine en s'appuyant notamment sur les sites expat.com, guineenew.org, et l'étude publiée par Abdoulaye Wotem SOMPARE qui dénoncent l'insuffisance d'infrastructures sanitaires publiques et le manque de traitement nécessaire à la maladie de l'intéressé. 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 1999 §111) et que, lorsque les sources dont il 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), Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n°23.Ù40 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Soulignons aussi que le fait que la situation de l'intéressé dans son pays d'origine 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 Unis du 02 mai 1997, §38). Enfin, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits, illimités et sans possibilité d'erreurs, à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cour Eur.D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, §44. [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, est-il permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine ».*

3.3. S'agissant de la Politique Nationale de Santé, le Conseil observe, comme indiqué dans l'avis précité, qu'il s'agit d'un instrument de la mise en œuvre de l'obligation constitutionnelle reconnaissant la santé comme un droit fondamental, qu'elle s'intègre dans la politique globale de développement du pays et qu'elle a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne. Ainsi, le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante que cela ne garantit aucunement en soi l'accès concret aux soins et suivi requis au pays d'origine.

3.4. Quant à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, à la NSIA Assurances, à l'UGAR et à la SOGAM, le Conseil relève en tout état de cause, comme soulevé par la partie requérante, que le requérant ne pourrait y avoir effectivement accès dès lors qu'il est sans ressource et qu'il ne peut travailler vu sa situation de santé. A ce dernier égard, le Conseil souligne qu'une incapacité de travail dans le chef du requérant a été spécifiquement indiquée dans l'annexe au certificat médical type du 19 février 2018 déposée à l'appui de la demande et rédigée par le Docteur [D.P.], médecin spécialisé en psychiatrie. A titre de précision, le Conseil soutient que la mention dans l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse selon laquelle « A noter qu'aucune contre-indication actuelle au travail n'a été dûment formulée par un médecin compétent en ce domaine », n'est donc aucunement justifiée.

3.5. A propos des informations relatives à l'accès aux soins de santé des indigents, force est de constater que si le document versé au dossier administratif renseigne effectivement que « En principe tout le monde paie, tandis que les indigents sont pris en charge à partir d'une dotation logée à l'hôpital, 71 millions de FG pour l'hôpital Ignace Deen et 70 millions pour Donka en 2011, la difficulté par rapport

*aux indigents se situant principalement au niveau de leur identification » et que « L'Etat a développé des alternatives en faveur des couches les plus vulnérables. Pour favoriser l'accès des indigents aux soins de santé, une ligne budgétaire en leur faveur a été mise en place par le gouvernement », le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a toutefois pas tenu compte de l'indication selon laquelle « Malgré cette mesure, l'accès aux soins est restée difficile voire impossible pour un bon nombre de potentiels usagers. La question de l'indigence reste difficile à solutionner dans un environnement de pauvreté quasi généralisée ». Ainsi, cela ne garantit à nouveau aucunement en soi l'accès concret aux soins et suivi requis au pays d'origine.*

3.6. Enfin, le Conseil considère que la circonstance que « *Remarquons encore que l'intéressé a vécu plus longtemps dans son pays d'origine avant de venir sur le territoire belge. Rien ne prouve qu'il n'y ait pas tissé de relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin* » ne peut suffire à permettre d'apprécier si les traitements et le suivi nécessaires à la pathologie du requérant lui sont effectivement accessibles en Guinée, et ce d'autant plus qu'il a quitté ce pays il y a longtemps.

3.7. En conséquence, en faisant état uniquement de ces divers éléments, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que le requérant aurait, à son retour au pays d'origine, un accès adéquat aux soins et suivi requis.

3.8. Au vu de ce qui précède, en se référant à l'avis de son médecin-conseil, il appert que la partie défenderesse a violé l'article 9 *ter* de la Loi et a manqué à son obligation de motivation. La seconde branche du second moyen est fondée et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué.

3.9. Il s'impose d'annuler également l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du requérant dès lors qu'il constitue l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée.

3.10. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner la première branche du second moyen et les premier et troisième moyens de la requête, qui à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.11. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse expose que la Plan National de Santé «  *vise à améliorer le système de santé qui est déjà existant, tel que le relève le médecin fonctionnaire dans son avis : « ce système a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé. » D'ailleurs, le médecin fonctionnaire a constaté que ce plan a rempli ses objectifs, dès lors que « L'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2003-2012 a montré d'importantes actions réalisées en cette période parmi lesquelles la définition et la faisabilité de l'assurance maladie obligatoire en Guinée et l'élaboration de la Stratégie Nationale de Promotion des Mutuelles de Santé ». Quant à sa critique concernant la référence faite à l'existence d'un régime d'assurance maladie obligatoire et de « l'élaboration » d'une Stratégie nationale de promotion des mutuelles de santé au motif que, ce faisant, la partie adverse n'a pas pris en compte sa situation individuelle et notamment le fait qu'il soit sans ressources et ne peut avoir accès au marché du travail, son grief manque également fait. Force est de constater que le requérant à l'appui de sa demande a invoqué le fait qu'il était sans ressources et qu'il sera inapte à travailler, sans l'étayer. Il est rappelé que c'est au requérant qui se prévaut d'une circonstance particulière qu'il appartient de la démontrer concrètement – quod non en l'espèce –. [...] Le requérant a uniquement invoqué dans sa demande de séjour le fait qu'il n'était pas apte à travailler actuellement. Si cet état est relevé dans l'annexe au certificat médical type du 18 février 2018, aucun autre document n'a été produit qui attesterait de la persistance de cette incapacité de travailler. Par conséquent, la partie adverse a pu considérer, à juste titre, que le requérant pourrait exercer une activité lucrative et donc s'[ ]affilier au régime d'assurance maladie obligatoire. Quand bien même n'aurait-il aucune ressource et ne pourrait-il travailler, celui-ci pourrait être pris en charge, à partir d'une dotation logée à l'hôpital. Le médecin fonctionnaire indique d'ailleurs à ce propos que « les indigents sont pris en charge à partir d'une dotation logée à l'hôpital, 71 millions de FG pour l'hôpital Ignace Deen et 70 millions pour Donka en 2011, la difficulté par rapport aux indigents se situant principalement au niveau de leur identification ». En outre, il existe également des alternatives au régime d'assurance maladie obligatoire, comme l'expose le médecin fonctionnaire en ces termes : « L'Etat a développé des alternatives en faveur des couches les plus vulnérables. Pour favoriser l'accès des indigents aux soins de santé, une ligne budgétaire en leur faveur a été mise en place par le gouvernement. ([http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Guinea/plan\\_national\\_developpement\\_sanitaire\\_2015-2024\\_guinee\\_fin.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea/plan_national_developpement_sanitaire_2015-2024_guinee_fin.pdf)). » Par conséquent, au contraire de ce qu'affirme le requérant, il ne sera pas exclu du système d'assurance maladie guinéen mais pourra accéder*

*effectivement aux soins de santé qui lui sont nécessaires au pays d'origine. La circonstance qu'il ait quitté son pays il y a 16 ans est sans aucune incidence sur les constats précédents, dès lors que le requérant, âgé de 42 ans, a passé la majeure partie de sa vie dans son pays d'origine. Le requérant invoque à tort l'arrêt de Votre Conseil n° 194.452 du 27 octobre 2017 pour appuyer ses propos, les causes n'étant pas similaires. En l'espèce, le requérant n'a fait valoir aucun élément probant quant à sa situation individuelle au regard du fait qu'il serait sans ressources ou qu'il ne pourrait accéder au marché du travail. Le grief du requérant selon lequel rien n'indique que ses pathologies seraient couvertes par le régime d'assurance ou de mutuelle, est dénué de pertinence, dès lors que le médecin fonctionnaire a relevé que le Plan national de santé « a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé » et que des alternatives étaient organisées afin de favoriser l'accès aux soins de santé aux plus vulnérables, sans que le requérant ne prétende devoir avoir des soins particuliers qui ne seraient pas couverts », ce qui ne peut énerver la teneur du présent arrêt. Par ailleurs, le Conseil estime que le certificat médical du 19 février 2018 du Docteur [D.P.], médecin spécialisé en psychiatrie, ainsi que son annexe, exposent à suffisance les raisons de santé mentale qui expliquent l'inaptitude du requérant à travailler. Il n'appartenait en outre pas au requérant d'actualiser cet élément.*

#### **4. Débats succincts**

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit 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. Les actes attaqués étant annulés, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

##### **Article 1.**

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 12 octobre 2018, est annulée.

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

La décision d'ordre de quitter le territoire, prise le 12 octobre 2018, est annulée.

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

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-six septembre deux mille dix-neuf par :

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE