



Arrêt

**n°227 773 du 22 octobre 2019
dans l'affaire X / III**

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 la Ministre de la Justice, chargée de l'Asile et la Migration,
de l'Intégration sociale et de la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre
des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration**

LA PRÉSIDENTE DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 27 octobre 2014, par X, qui déclare être de nationalité ghanéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 15 septembre 2014.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 24 mai 2019 prise en application de l'article 39/73 de la loi précitée.

Vu la demande à être entendu du 5 juin 2019.

Vu l'ordonnance du 16 juillet 2019 convoquant les parties à l'audience du 6 août 2019.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendus, en leurs observations, Me L. RAUX loco Mes D. MATRAY et N. SCHYNTS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX loco Mes D. MATRAY et N. SCHYNTS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La partie requérante a introduit en date du 21 février 2014, une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980

Le 10 septembre 2014, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis sur la situation médicale de la partie requérante.

Le 15 septembre 2014, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour. Cette décision qui constitue l'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.

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Ghana, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 10.09.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles au Ghana.

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

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.

2. Recevabilité du recours.

1.1. L'article 39/68-3, §2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, tel qu'inséré par l'article 2 de la loi du 2 décembre 2015 (M.B., 17 décembre 2015, en vigueur depuis le 1er mars 2016), dispose que :

« Lorsqu'une partie requérante introduit une requête recevable à l'encontre d'une décision prise sur la base de l'article 9ter, alors qu'un recours contre une décision prise antérieurement à son encontre sur la base de l'article 9ter est encore pendant, le Conseil statue sur la base de la dernière requête introduite. La partie requérante est réputée se désister du recours introduit antérieurement, sauf si elle démontre son intérêt. »

Selon l'article 6 de la loi du 2 décembre 2015, susvisée, figurant dans un Chapitre 3, intitulé «Dispositions transitoires et entrée en vigueur » : « En ce qui concerne les demandes d'autorisation de séjour introduites successivement sur la base [...] de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, ayant fait l'objet de décisions de refus contre lesquelles plusieurs recours ont été introduits avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, seule la dernière requête introduite sera examinée. Dans ce cas, la partie requérante est réputée se désister des recours introduits antérieurement, sauf si elle démontre son intérêt. La procédure de l'article 39/68-3, § 3, de la loi du 15 décembre 1980 s'applique. »

L'acte attaqué consiste en une décision de la partie défenderesse du 15 septembre 2014 par laquelle la demande d'autorisation de séjour, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, a été déclarée non fondée.

Le 25 novembre 2016, la partie requérante a introduit une requête recevable à l'encontre d'une décision de la partie défenderesse du 1er septembre 2016, notifiée à la partie requérante le 26 octobre 2016, par laquelle la demande d'autorisation de séjour, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, est déclarée irrecevable. Ce recours est enrôlé sous le numéro 197 176.

En vertu de l'article 39/68-3, §2, de loi du 15 décembre 1980 précitée, le Conseil statuera sur la base de la dernière requête introduite, à savoir la requête enrôlée sous le numéro 197 176.

Le présent recours doit être rejeté, dès lors que l'article 39/68-3, § 2, de la loi du 15 décembre 1980 dispose que la partie requérante est en principe réputée se désister du recours introduit précédemment.

2. Entendu à sa demande expresse à l'audience du 6 aout 2019, la partie requérante déclare maintenir son intérêt. Elle justifie celui-ci en ces termes dans son courrier demandant à être entendu : « selon votre conseil l'exigence d'un intérêt suppose que la partie requérante soit lésée par la décision attaquée et que cette lésion soit personnelle, directe, certaine et actuelle [...] et qu'un intérêt à l'annulation d'un acte administratif se justifie si celui-ci modifie l'ordonnancement juridique d'une manière qui est personnellement préjudiciable au requérant. En l'espèce, la décision de quitter le territoire, fondée sur l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980 n'étant ni suspendue, ni levée, le requérant a tout intérêt à agir dans le présent recours. [...] Elle rappelle également que le requérant souffre d'insuffisance rénale dont le traitement n'est ni disponible, ni accessible dans son pays d'origine. Aucun réexamen du requérant n'a été effectué depuis 2014, année de la décision de refus de la demande 9ter. En ce qu'il encourt un risque de traitement inhumain et dégradant contraire à l'article 3 de la CEDH en cas de recours dans son pays d'origine au vu de son état de santé, le requérant estime avoir un intérêt légitime à être entendu dans la présente procédure. »

A titre liminaire, le Conseil ne peut suivre l'argumentation de la partie requérante en ce qui concerne l'intérêt à l'annulation d'un ordre de quitter le territoire dès lors que la décision attaquée est une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour sans ordre de quitter le territoire. Cela étant, il ressort des arguments de la partie requérante qu'elle justifie son intérêt à voir examiner sa demande malgré l'existence d'un recours ultérieur recevable dès lors que celle-ci est un recours à l'encontre d'une décision d'irrecevabilité de sa demande d'autorisation de séjour 9ter et plus une décision déclarant sa demande recevable mais non fondée lorsqu'elle constate qu'« aucun réexamen du requérant n'a été effectué depuis 2014, année de la décision de refus de la demande 9ter ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que la partie requérante justifie à suffisance de son intérêt au présent recours, au sens des dispositions susmentionnées.

3. Exposé des moyens d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de la violation de
«

- *l'article 9 Ter et 62 de la loi du 15.12.1980,*
- *les articles 3 et 13 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme,*
- *l'article 15 de la Directive 2004/83/CE*
- *de l'article 41 de la Charte*
- *articles 124, 126§2 et 141 du code de déontologie médicale*
- *des articles 1, 2, 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs,*
- *violation du principe général de bonne administration, 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, excès de pouvoir et de la collaboration à la preuve »*

Dans une troisième branche, elle fait valoir ce qui suit :

« Le médecin conseiller estime que la preuve de la disponibilité suffit pour écarter un risque de violation de l'article 3 de la CEDH et de l'article 15 de la directive 2004/83;

Cela est vivement contesté ;

La jurisprudence citée n'est pas publiée et rien ne permet à le requérant (sic) de savoir si l'application qu'en fait le médecin conseiller à sa situation est pertinente ;

En tout état de cause, 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 »¹

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 ;

L'accessibilité est une notion proche de l'effectivité et ne se confond dès lors pas avec la notion de disponibilité qui ne recouvre qu'une existence théorique des suivis et traitements sur le territoire de l'Etat;

Le médecin conseil, rejoint par la partie adverse, estime que les soins sont accessibles au GHANA, dans la mesure où le requérant pourrait travailler et contracter une assurance soins de santé ;

En premier lieu, la partie adverse motive inadéquatement l'acte en affirmant qu'aucun élément médical du dossier n'indique que l'intéressé serait dans l'incapacité de travailler alors que le médecin traitant précise qu'il ne pourrait travailler qu'à mi-temps vu les dialyses ;

L'avis est donc déjà motivé inadéquatement ;

En second lieu, le requérant a fait allusion dans sa demande à l'existence de ce système d'assurance mais a indiqué sans être contredit précisément sur ce point par la partie adverse que l'hémodialyse n'est pas remboursé et que selon l'hôpital KORLE BU « il est peu probable que dans ces cas les coûts soient pris en charge par l'assurance, étant donné que la patiente est déjà atteinte d'insuffisance rénale »

Qu'il ne suffit pas d'affirmer qu'une assurance existe dans le pays d'origine pour garantir l'accessibilité aux soins, encore faut-il :

1. Qu'elle couvre les soins dont le requérant a besoin
2. Qu'elle n'exclut pas de sa garantie des pathologies préexistantes à la conclusion du contrat

L'avis médical déposé par la partie adverse ne donne pas de garantie sur l'accessibilité des soins vu l'absence de médicaments que reçoit actuellement le requérant et vu le peu d'hôpitaux au GHANA (voir page 4 de la demande) ;

La disponibilité des soins n'est pas garantie ;

Or, l'absence de dialyse engendre une mort très prochaine du requérant après son retour, puisqu'il ne peut survivre que moyennant trois dialyse par semaine ; le risque de traitement inhumain au sens de l'article 3 de la CEDH est établi ;

En conséquence, l'acte attaqué et l'avis auquel il se réfère viole les dispositions précitées ; »

4. Discussion.

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que *« L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 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 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 souligne que l'obligation de motivation formelle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

En l'espèce, le Conseil observe qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante a notamment fait valoir que le coût financier extrêmement élevé requis par sa pathologie et l'exclusion de l'hémodialyse du schéma national d'assurance maladie rendent difficilement accessibles les soins requis par son état de santé. Elle s'appuie à cet égard sur plusieurs extraits d'un rapport de l'Organisation Suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) affirmant notamment que *«selon les informations délivrées par le Korle Bu Hospital, il est très probable qu'une personne ayant besoin de ce traitement décède si elle est renvoyée au Ghana car sur le long terme, les coûts sont insoutenables pour les patients ainsi que pour leurs familles. Un médecin de l'hôpital Korle Bu a affirmé que de nombreuses personnes qui avaient été renvoyées depuis l'Europe et qui nécessitaient une hémodialyse, sont décédées peu de semaines ou quelques mois après leur retour en raison de l'impossibilité d'une prise en charge financière des traitements, ce qu'a confirmé également l'OMS*

[....]

Il existe depuis 2004 un système d'assurance maladie au Ghana. Toutefois, l'hémodialyse n'est pas remboursée. Dans la liste d'exclusion du schéma national d'assurance maladie, il est en effet clairement indiqué que le traitement des maladies rénales chroniques, nécessitant une hémodialyse, n'est pas remboursé par l'assurance.

En outre, cette liste d'exclusion indique que les médicaments qui ne sont pas compris dans la liste établie par le schéma d'assurance ne sont également pas remboursés.

Selon les informations fournies par le Korle Bu Hôpital, une personne doit avoir rejoint le schéma d'assurance maladie avant de tomber malade afin de bénéficier de cette assurance.

Ainsi, si le coût des médicaments est normalement remboursé, il est peu probable que dans ce cas les coûts soient pris en charge par l'assurance, étant donné que la patiente est déjà atteinte d'une insuffisance rénale. »

Dans son avis du 10 septembre 2014 sur lequel se fonde l'acte attaqué, le fonctionnaire-médecin a, pour sa part, s'agissant de la question de l'accessibilité des soins, relevé ce qui suit :

« Le conseil de l'intéressé apporte, à l'appui de sa demande, certains documents au sujet de la situation des soins de santé au Ghana. Cependant ces documents n'apportent rien de neuf par rapport à la situation particulière de l'intéressé. Donc les arguments de l'intéressé ne peuvent être pris en compte car 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 et Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68), Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. 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 (Arrêt du CE n° 81574 du 23 mai 2013).

Et, (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier les disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités 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)

Le Ghana dispose d'un régime national d'assurance-maladie qui offre des soins médicaux à un prix abordable à l'ensemble de la population¹. Le Ghana dispose d'un système d'assurance santé national (National Health Insurance Scheme)². Ce système inclut les personnes du secteur informel, les contributeurs SSNIT (Sécurité Sociale et Assurance National Trust), les pensionnés SSNIT, les personnes âgées de 70 ans et plus, les enfants âgés de moins de 18 ans et les indigents. Pour devenir membre, une personne doit s'enregistrer auprès de la NHIS et il recevra une carte ID de membre de l'assurance santé après la période d'attente. Pour bénéficier de la NHIS, il faut payer les frais d'enregistrement et une prime excepte pour certaines catégories. Les indigents sont dispensés des frais d'enregistrement et de la prime. Les cotisants SSNIT, les retraités SSNIT, les personnes âgées de 70 ans et plus, les dépendants et les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés de la prime.

Le régime National d'assurance maladie (NHIS) couvre divers services internes et externes dont la liste des médicaments du NHIS³.

Notons que l'intéressé prétend être arrivé en Belgique en 2010. L'intéressé a vécu au moins jusqu'à ses 34 ans au Ghana. Des lors, il nous est raisonnablement permis de penser qu'il y a tissé des liens sociaux et/ou y a encore de la famille. Dès lors, rien ne prouve que sa famille et/ou son entourage social ne pourraient l'accueillir et/ou l'aider financièrement et/ou l'aider dans ses démarches administratives.

Etant donné qu'aucun élément médical du dossier n'indique que l'intéressé serait dans l'incapacité de travailler, qu'il est en âge de travailler et que rien ne démontre qu'il serait exclu du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressé peut trouver un emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressé ne peut pas subvenir lui-même aux frais nécessaires de sa maladie.

Notons qu'au cas où une aide pour les démarches administratives serait tout de même nécessaire, l'intéressé, pourrait faire appel au programme Special Needs.

Le Conseil estime, toutefois, qu'une telle réponse s'avère inadéquate pour rencontrer l'argumentation étayée par la partie requérante, de difficultés concrètes d'accès aux soins de santé, en raison non seulement des coûts exorbitants des soins liés à l'hémodialyse, maladie dont souffre la partie requérante, mais également à l'exclusion de cette pathologie de la couverture sociale nationale.

Cette réponse ne témoigne d'ailleurs pas d'une quelconque prise en considération des arguments développés dans la demande d'autorisation de séjour, pas plus que des documents que la partie requérante a déposés à cet égard.

Force est de constater, à cet égard, que la partie défenderesse s'est fondée uniquement sur des informations théoriques relatives à l'existence « d'un système d'assurance santé national (National Health Insurance Scheme) [pour] les personnes du secteur informel, les contributeurs SSNIT (Sécurité Sociale et Assurance National Trust), les pensionnés SSNIT, les personnes âgées de 70 ans et plus, les enfants âgés de moins de 18 ans et les indigents, [et qui couvre] divers services internes et externes

dont la liste des médicaments du NHIS », sans avoir égard ni aux arguments de la partie requérante à ce sujet dans la demande d'autorisation de séjour, ni aux documents qu'elle y a annexés.

Le Conseil relève par ailleurs que la partie défenderesse a passé sous silence d'autres éléments du rapport de l'OSAR du 26 mai 2010, remettant en cause le fait que les soins seraient accessibles au requérant dans son pays d'origine, et notamment le fait que concernant le système national d'assurance maladie « des obstacles dans l'implémentation du schéma ont été constatés: retards de plus de six mois¹⁰ concernant la production de cartes d'assurés, sans laquelle il n'est pas possible d'être soigné gratuitement; retards dans le remboursement des pourvoyeurs de services, qui parfois ne reconnaissent plus le système d'assurance maladie¹¹ et refusent par conséquent de délivrer gratuitement des médicaments ou des soins¹² aux patients; non-couverture de l'assurance maladie pour certains médicaments. En outre, si l'assurance met l'accent sur l'accès aux soins de santé pour les maladies transmissibles telles que la malaria, la tuberculose ou l'hépatite,¹³ elle exclut par contre le remboursement de certains soins spécialisés tels que le traitement des maladies rénales chroniques, la chirurgie du cœur et du cerveau, la transplantation d'organes, etc.¹⁴ De plus, l'augmentation des tarifs et des taxes sur les médicaments importés a placé le système sous pression et menace sa survie.¹⁵ Une étude menée par USAID a révélé que l'exemption de la cotisation pour les indigents n'était que rarement appliquée dans les différents districts. Il en résulte qu'une partie considérable de la population n'est toujours pas assurée. Selon USAID, en décembre 2008, la couverture nationale de l'assurance maladie était de 61 pour cent.¹⁶

Selon la «Commission on Human Rights and Administrative Justice», malgré l'introduction du schéma national d'assurance maladie, le coût de la santé reste hors de portée pour beaucoup de citoyens¹⁷ qui, plutôt que de consulter un médecin ou un spécialiste, recourent encore fréquemment à l'automédication ou à la médecine traditionnelle.¹⁸

«Selon les informations délivrées par le Korle Bu Hospital, la dialyse ainsi que les médicaments nécessaires sont disponibles immédiatement, [...] mais uniquement si le patient peut assumer les coûts relatifs aux traitements [...] (p.4). [il] est nécessaire de payer à l'avance les premiers trois mois de traitement pour être admis à l'hôpital, ce qui représente, dans ce cas, environ 3500 dollars US. A ceci, il est nécessaire d'ajouter le coût des taxes hospitalières, le prix des médicaments et le prix des recherches ou des investigations nécessaires selon l'évolution de l'état de santé de la patiente. Tous les trois mois, les patients ayant besoin d'une hémodialyse doivent payer leur traitement en anticipation pour les trois mois suivants. Cette information a également été rapportée par la BBC dans le cas d'Ama Sumani, une Ghanéenne qui souffrait d'un cancer et qui devait être soignée par hémodialyse. Dans son cas, l'hôpital avait demandé qu'une avance de 6000 dollars US soit versée afin de garantir son traitement pour les trois mois à venir, un coût impossible à soutenir pour une famille ghanéenne. [...] » (p5).

Force est de constater qu'au regard des arguments de la partie requérante concernant le coût du traitement pour l'hémodialyse et des limites de l'assurance maladie nationale, la partie défenderesse ne pouvait se contenter de renvoyer à la capacité du requérant à travailler pour financer ses soins de santé. Le Conseil souligne sur ce point que cette affirmation non étayée ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivi nécessaires au requérant. En effet, la référence à la capacité à travailler ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles l'étranger serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective, et ce d'autant plus que la partie requérante a soulevé, document à l'appui, le coût exorbitant des dépenses relatives aux soins des insuffisances rénales au Ghana, mais également l'impossibilité pour elle d'exercer un travail à temps plein, au regard des trois séances hebdomadaires de dialyse requises par son état de santé.

Dans ces circonstances, la partie défenderesse ne pouvait se contenter de motiver l'acte attaqué par un simple renvoi à la possibilité théorique de bénéficier d'une assurance maladie organisée par les pouvoirs, et à la capacité de la partie requérante à travailler, sans expliquer les raisons pour lesquelles les constats posés dans la demande d'autorisation de séjour et dans les documents y annexés par la partie requérante et faisant état de difficultés concrètes d'accès financier aux soins nécessités par l'hémodialyse (pathologie ayant justifié l'introduction de la demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales), et non contestées par la partie défenderesse, ne pouvaient suffire à cet égard.

Il s'ensuit que la partie défenderesse n'a pas pris en considération tous les éléments de la cause et que la motivation de la décision attaquée n'est pas suffisante ni adéquate au regard des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Les considérations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations, quant à l'existence d'une assurance maladie et à la capacité de la partie requérante de travailler pour financer elle-même ses soins de santé ne sont pas de nature à remettre en cause les développements qui précèdent.

De même, le Conseil ne peut suivre la partie défenderesse en ce qu'elle considère aussi bien dans l'acte attaqué que dans la note d'observations que la partie requérante s'appuie sur des éléments généraux et reste en défaut de démontrer en quoi les rapports cités, s'appliqueraient à son cas d'espèce.

Le Conseil estime, en effet que les considérations du fonctionnaire médecin relatives au caractère général des documents fournis par la partie requérante ne peuvent suffire à rencontrer ses arguments selon lesquels elle serait confrontée, en cas de retour au Ghana, à des difficultés d'accès au traitement par hémodialyse, requise par sa pathologie.

De même, les considérations fondées sur la jurisprudence de la Cour EDH relatives à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme sont quant à elles inadéquates s'agissant de la légalité de la décision au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il convient de rappeler que le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de cette loi. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Il résulte de ce qui précède que la troisième branche du moyen unique est, dans la mesure précitée, fondée et suffit à l'annulation de l'acte attaqué.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

5. Débats succincts.

5.1. 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.

5.2. La décision attaquée étant annulée 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 1.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 15 septembre 2014, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

Mme G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO, greffière assumée

La greffière, La présidente,

G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO

E. MAERTENS