



Arrêt

n° 229 466 du 28 novembre 2019
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. GELEYN
Avenue Henri Jaspar 109
1060 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 III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 27 décembre 2018, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 4 décembre 2018.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 16 mai 2019 convoquant les parties à l'audience du 19 juin 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me M. CASTAGNE *loco* Me F. GELEYN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. NOKERMAN *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le 24 avril 2017, le requérant a introduit une demande de visa pour un séjour de moins de trois mois pour séjour médical. Cette demande a fait l'objet d'une décision de rejet de la partie défenderesse du 3 mai 2017.

Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 8 décembre 2017. Le 29 janvier 2018, il a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Le 24 juillet 2018, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de

statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt du n° 211 355 du 23 octobre 2018.

Par un courrier du 3 avril 2018, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 4 décembre 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée. Cette décision constitue l'acte attaqué et 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 [B. 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 29.11.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le dossier médical fourni, ne permet pas d'établir que l'intéressé, âgé de 48 ans, originaire de Guinée, souffre actuellement d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

Du point de vue médical, conclut-il, les pathologies dont souffre l'intéressé n'entraînent pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Guinée.

De ce point de vue donc, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Guinée
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, le conseil de l'intéressé invoque la situation au pays d'origine dans le but d'attester que l'intéressé n'aurait pas accès aux soins s'il rentrait. Il s'appuie sur divers documents et articles émanant de l'OMS, profil des pays pour le diabète, 2016 ; Ledjely « Humanitaire : SOS pour Dr. Kokouma, atteint d'insuffisance rénale » 11.01.2018 ; Africacité, « Traitement de l'insuffisance rénale ».

Notons à ce propos 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.

En outre ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).»

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique « de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ; Du droit d'accès au dossier, corollaire des droits de la défense, défendus à l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ; de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...] ; des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs ; du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs ; du principe de bonne administration, et en particulier le devoir d'être raisonnable, les devoirs de soin et de minutie et le devoir de prudence ; du principe général de droit selon lequel l'administration est tenue de statuer en tenant compte de tous les éléments de la cause ; de l'erreur manifeste d'appréciation. »

Dans une première branche, intitulée « la disponibilité des soins en Guinée » elle fait valoir notamment que « la partie adverse tente de démontrer la possibilité de faire des dialyses en Guinée, en précisant l'existence de deux centres d'hémodialyse à Conakry. Cependant, elle ne répond aucunement aux arguments essentiels avancés à ce sujet par le requérant dans sa demande de séjour du 03.04.2018. En effet, celui-ci se référait directement à la pièce 3 de son inventaire, intitulée « Africacite, « Traitement de l'insuffisance rénale » (source accessible en ligne : <http://www.africatrices.org/nephro/nephro3.php>) et dans laquelle il est stipulé ce qui suit : « Deux centres d'hémodialyse ont été ouverts en Guinée (...). Ils restent très insuffisants face aux besoins, estimés à 400 000 patients sur l'ensemble de la population ». Force est de constater que la partie adverse n'a absolument pas pris en compte cette information pour le moins essentielle, puisque le requérant nécessite une dialyse 3X par semaine ! Elle n'a, en outre, pas davantage motivé sa décision quant à cet élément, de sorte que le requérant n'est pas en mesure de comprendre les raisons pour lesquelles elle considère que des séances de dialyse sont suffisamment disponibles en Guinée afin de répondre à ses besoins médicaux. Partant, la partie adverse ne respecte pas les prescrits des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée. »

Dans une deuxième branche intitulée « l'accessibilité des soins en Guinée », elle indique qu'une fois de plus la partie adverse omet de répondre à l'affirmation faite à ce sujet par le requérant dans sa demande de séjour du 03.04.2018. En effet, celui-ci se référait une nouvelle fois directement à la pièce 3 de son inventaire, intitulée « Africacite, « Traitement de l'insuffisance rénale » (source accessible en ligne: <http://www.africatrices.org/nephro/nephro3.php>) et dans laquelle il est stipulé ce qui suit : « En outre le coût d'une séance représente le salaire mensuel moyen d'un Guinéen, ce qui met le traitement hors de portée du plus grand nombre malgré le soutien financier du gouvernement guinéen et des aides associatives. La généralisation de la dialyse dans les pays du « Sud » reste un objectif lointain, impliquant un effort financier soutenu et une ferme volonté politique ». Dans sa demande de séjour du 03.04.2018, le requérant avait également produit une pièce 5, intitulée « Ledjely « Humanitaire : SOS pour Dr. Kokouma, atteint d'insuffisance rénale », 11.01.2018 ». Ce document expose la situation d'un Distingué Professeur du Centre Informatique de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry qui est atteint d'une insuffisance rénale chronique et qui, manquant de moyens pour se faire soigner, fait l'objet d'un appel aux dons par un de ses anciens élèves. Ce document témoignait ainsi de la difficulté d'accessibilité financière de soins, même pour les personnes ayant une bonne situation financière, comme un Professeur d'université. Une nouvelle fois, ces informations révélatrices de l'inaccessibilité financière des soins à la plupart des guinéens n'ont pas été prises suffisamment en compte par la partie adverse. En effet, celle-ci les qualifie de générales et considère qu'elles ne visent pas personnellement le requérant. Elle ajoute que « le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (...) ». Une telle motivation ne peut être retenue puisqu'elle est totalement inadéquate. En effet, en relevant tout d'abord l'affirmation de sa pièce 3 selon laquelle, « en outre le coût d'une séance représente le salaire mensuel moyen d'un Guinéen, ce qui met le traitement hors de portée du plus grand nombre malgré le soutien financier du gouvernement guinéen et des aides associatives », le requérant fait état d'une situation dans laquelle il se trouverait personnellement en cas de retour en Guinée puisqu'il devrait y suivre ces séances de dialyse ! Ensuite, en produisant deux documents démontrant clairement l'absence de la pratique de transplantation rénale en Guinée (pièces 4 et 5 de la demande de séjour du 03.04.2018), le requérant vise clairement sa situation personnelle puisque le certificat médical type du 21.03.2018 indiquait qu'il y aurait « guérison en cas de greffe rénale » (pièce 1 de la demande de séjour du 03.04.2018). Ainsi, en ce qu'il concerne précisément la situation dans laquelle se trouve le requérant, à savoir, une personne atteinte d'insuffisance rénale nécessitant des dialyses et, au mieux, une greffe rénale, le contenu de ces documents étaient tout à fait pertinent, contrairement à ce que prétend la partie adverse. Dès lors, il convient de conclure que cette motivation donnée par la partie adverse dans la décision attaquée est inadéquate, de sorte que les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée ont été violés. »

Elle indique que « la partie adverse déclare que le requérant, en ce qu'il a la capacité de travailler et travaillait avant son départ de Guinée, pourrait aisément profiter de la sécurité sociale dans son pays d'origine » et réplique qu'« au vu de son état de santé particulièrement difficile à vivre au quotidien (il boîtit à cause de ses fortes douleurs à la hanche et est sans arrêt essoufflé à cause de son hypertension), il va de soit (sic) qu'il n'est pas en état de travailler. Au surplus, il paraît extrêmement compliqué, voire impossible qu'il trouve un emploi lui permettant de s'absenter trois fois sur une semaine, pendant 5h minimum à chaque fois. Au vu de telles constatations, la motivation de la partie adverse selon laquelle le requérant est en état de travailler n'est assurément pas adéquate. Ensuite, la partie adverse cite diverses associations telles que le « projet du CIDR » ou « l'organisation catholique

de solidarité internationale FIDESCO » qui propose des soins aux plus démunis. Vu l'accès aux soins de santé particulièrement préoccupants en Guinée et à la présentation particulièrement générale de ces associations par la partie adverse, il va de soi que ces associations ne fournissent que des soins de base aux guinéens. Ces éléments apportés par la partie adverse ne peuvent donc être retenus en l'espèce. En définitive, le requérant n'ayant pas accès la couverture santé de travailleur, il ne pourrait bénéficier des traitements nécessaires à sa pathologie et se retrouverait livré à lui-même en cas de retour en Guinée. Selon ses certificats médicaux, en cas d'absence de traitement, sa mort est certaine. Partant, la partie adverse a violé les articles des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs, l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 précitée ainsi que l'article 3 de la CEDH.»

3. Discussion.

3.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par

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

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

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et

n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse daté du 29 novembre 2018, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'une « insuffisance rénale chronique terminale irréversible sur néphropathie hypertensive [...] nécessitant une dialyse 3x par semaine », de « douleurs à la hanche droite, actuellement soignées par des antidouleurs mais qui, à terme, nécessitera (sic) une prothèse totale de la hanche », d'une « hypertension artérielle bien contrôlée » et d'un « hélibacter dont le traitement est à programmer (estomac) ».

Le Conseil constate par ailleurs que dans le certificat médical type du 5 juillet 2018, le médecin du requérant à la section « quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement ? » a indiqué : « Décès en urémie terminale »

S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil relève que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 29 novembre 2018 :

« Concernant l'accessibilité des soins en Guinée, le conseil de l'intéressé nous fournit divers documents et articles émanant de l'OMS, profil des pays pour le diabète, 2016 ; Ledjely « H umanitaire : SOS pour Dr. Kokouma, atteint d'insuffisance rénale » 11.01.2018 ; Africacité, « Traitement de l'insuffisance rénale » dans le but d'attester que l'intéressé n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine.

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

En outre ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Concernant l'accessibilité en Guinée, le site Internet Social Security Online nous apprend que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles

et les prestations familiales. Soulignons que l'intéressée est en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Par ailleurs, signalons que d'après la demande d'asile de l'intéressée, elle a déjà travaillé au pays d'origine en tant que commerçante. Rien ne démontre dès lors que l'intéressée ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. Notons également qu'après 6 mois de souscription au régime de protection sociale via le travail, l'intéressée pourra bénéficier des avantages de cette protection de plein droit si des difficultés devaient subvenir. La demande d'asile nous informe en outre que la requérante a de la famille dans le pays d'origine (notamment ses parents et son époux), ceux-ci pourraient l'accueillir et l'aider financièrement si nécessaire.

Le site Internet de la Global Extension of Social Security nous apprend que plusieurs institutions et organisation ont joué un rôle important dans la mise en place de programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité. Le projet du CIDR notamment vise à créer des organisations mutualistes en milieu rural et urbain capables de gérer des mécanismes d'assurance santé afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé existants.

Notons que l'organisation catholique de solidarité internationale FIDESCO a construit en 1987 le dispensaire Saint-Gabriel, qui est aujourd'hui une des plus grosses structures médicales de Conakry, avec plus de 300 consultations par jour soit 80 000 personnes soignées chaque année. La qualité des soins est reconnue tant par les services de santé de l'état guinéen que par des ONG internationales qui ont noué des partenariats durables avec le dispensaire. Ce dispensaire permet l'accès aux soins pour les plus démunis en ne faisant payer qu'une somme forfaitaire modeste (5000 francs guinéens soit moins de 1 euro, le prix du transport pour venir au dispensaire). Ce forfait comprend la consultation, les soins, les examens de laboratoires et les médicaments.

Signalons que dans sa demande d'asile du 07.03.2018, l'intéressé affirme avoir travaillé comme transitaire depuis 2009 et avoir eu sa propre société en 2011. Étant en âge de travailler et ne prouvant pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Dès lors, en l'absence de contre-indication au travail, rien ne démontre que l'intéressé ne pourrait avoir accès par un travail adapté, au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux.

Par ailleurs, toujours d'après cette même demande d'asile, l'intéressé déclare avoir une épouse et de la famille au pays d'origine. Rien n'empêche sa famille de subvenir au besoin et/ou au soin de l'intéressé. Rien ne démontre donc que l'intéressé ne pourrait intégrer les systèmes de sécurité sociale à son retour au pays d'origine la Guinée.

De plus, Monsieur [B. M.] est arrivé en Belgique en 2017 ce qui laisse supposer qu'il a vécu une majeure partie de sa vie en Guinée et a dû y tisser des liens sociaux et/ou familiaux. Dès lors, rien ne démontre qu'il ne pourrait être accueilli ou aidé par de la famille et/ou des amis au pays d'origine.

Pour finir, le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné (CCE n°57372 du 04.03.2011) »

Le Conseil considère que cette analyse de l'accessibilité des traitements et soins nécessaires au requérant en Guinée, ne démontre pas une adéquate prise en compte des arguments avancés par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour afin de démontrer l'inaccessibilité de son traitement et de ses soins. La partie requérante avait en effet invoqué ce qui suit :

« Le requérant est atteint 'd'insuffisance rénale terminale', constituant le dernier stade [de] l'insuffisance rénale. Le niveau d'altération de ses reins est donc sévère et il risque le 'décès en urémie terminale' à défaut de traitement par dialyse, qu'il suit actuellement (hémodialyse, deux fois par semaine). La durée du traitement est prévue à vie, sauf en cas de greffe rénale. Or, en Guinée, il n'existe que deux centres d'hémodialyse, tous deux situés à Conakry, ce qui reste très insuffisant face aux besoins. [...] EN outre, s'il veut espérer une transplantation rénale, elle ne pourra être effectuée qu'en Belgique, cette technique n'étant pas pratiquée en Guinée ».

Elle citait également un article intitulé « traitement de l'insuffisance rénale » du site internet de l'Association Guinéenne d'Aide aux Urémiques selon lequel :

« Deux centres d'hémodialyse ont été ouverts en Guinée (voir Hémodialyse en Guinée), à Conakry, en 2001 le Centre Associatif de Gbessia, en 2002 le centre National de l'Hôpital Donka. Ils restent très insuffisants face aux besoins, estimés à 400 000 patients sur l'ensemble de la population. En outre le coût d'une séance représente le salaire mensuel moyen d'un Guinéen, ce qui met le traitement hors de portée du plus grand nombre malgré le soutien financier du gouvernement guinéen et des aides associatives. »

En réponse à ce document, le médecin conseil de la partie défenderesse s'est contenté de répondre

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

En outre ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). »

Cette motivation ne peut pas constituer une prise en compte adéquate des éléments avancés par le requérant. En effet, d'une part, il n'y a aucun élément permettant de penser que les informations précises sur l'inaccessibilité de l'hémodialyse en Guinée « au plus grand nombre » rapportées par le requérant pourraient ne pas s'appliquer à son cas particulier. En effet, aucun élément du dossier administratif n'indique qu'il parviendrait, plus qu'un autre, à avoir accès à l'hémodialyse malgré le peu de séances offertes dans le pays ni qu'il aurait accès à ce traitement à un prix plus bas qu'un autre Guinéen ayant besoin de ce traitement ou qu'il serait beaucoup plus fortuné qu'un Guinéen moyen. La partie défenderesse ne pouvait dès lors exiger du requérant qu'il apporte plus de preuves qu'en cas de retour au pays d'origine, il sera confronté à la situation décrite dans l'article cité. D'autre part, il ressort de cette référence à l'article 3 de la CEDH que le médecin-conseil a, dans ce motif, estimé devoir réduire le champ d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 à la seule hypothèse d'une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Le Conseil estime que ce procédé n'est pas admissible au regard du raisonnement rappelé au point 3.1. du présent arrêt, et méconnaît la portée de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.3. Les développements du médecin conseil quant à l'accessibilité financière du traitement nécessaire au requérant ne constituent pas non plus une réponse suffisante aux éléments apportés dans la demande d'autorisation de séjour quant à l'extrême difficulté d'accès de l'hémodialyse au regard de l'insuffisance de l'offre de soins par rapport au nombre de malades en Guinée et à son coût énorme, puisque chaque séance représenterait l'équivalent d'un salaire mensuel moyen tandis qu'environ 12 séances mensuelles sont nécessaires au requérant et qu'il doit également prendre en charge tous ses autres frais médicaux. Au regard de ces informations, la référence à la possibilité pour le requérant de trouver un « travail adapté », de pouvoir compter sur une hypothétique aide de sa famille ou de ses amis ou d'avoir recours à des organisations et associations caritatives ne peut constituer une réponse adéquate puisque l'on voit mal comment ces éléments pourraient garantir que le requérant pourra faire face à un coût aussi important.

Par ailleurs, le Conseil estime que la référence du médecin conseil au système guinéen de sécurité sociale auquel le requérant pourrait avoir accès s'il travaillait en tant qu'employé intégré dans le système de sécurité sociale est trop hypothétique et largement insuffisante au regard de l'état de santé du requérant attesté par les documents médicaux versés au dossier administratif - outre son hypertension et son insuffisance rénale terminale, le requérant boîtit et se déplace à l'aide d'une béquille - et des difficultés qu'une hémodialyse trois fois par semaine représenterait pour trouver un emploi lui donnant accès au système de sécurité sociale. Au regard des éléments précis apportés par le requérant et du fait que son médecin a indiqué qu'un arrêt du traitement entraînerait son décès, l'hypothèse, présentée par le médecin-conseil, d'une prise en charge de ses frais médicaux par la sécurité sociale guinéenne ne présente pas de caractère suffisamment sûr afin d'écarter le risque de

traitement inhumain et dégradant en raison de l'inaccessibilité du traitement, et particulièrement de l'hémodialyse.

Quant au motif selon lequel le requérant travaillait comme commerçant en Guinée avant son arrivée en Belgique, le Conseil constate que son hémodialyse a été initiée en Belgique de sorte que sa situation au jour de la prise de la décision attaquée ne peut être comparée à sa situation lorsqu'il travaillait en Guinée.

Il ressort de ce qui précède que ni l'avis du médecin conseil ni, partant, la décision attaquée ne peuvent être considérés comme adéquatement et suffisamment motivés à cet égard.

3.4. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait grand cas de ce que le requérant a vécu en Guinée jusqu'en 2017 « sans rencontrer de difficultés pour se faire soigner » et qu'il ne démontre pas ne pas avoir eu accès au centre d'hémodialyse lorsqu'il s'y trouvait encore. Le Conseil ne peut suivre cette argumentation et constate, à nouveau, qu'il ressort de l'attestation médicale du 15 février 2018 du département de Médecine Clinique de Néphrologie-Dialyse du Centre hospitalier universitaire Brugmann que le 5 janvier 2018, l'hémodialyse a été « initiée » tandis que rien dans le dossier administratif n'indique que le requérant aurait bénéficié d'une hémodialyse en Guinée.

Quant à l'argumentaire de la partie défenderesse selon lequel :

« Le requérant tente de contester le constat ayant trait à son incapacité de travailler, étant entendu que cette tentative (§ 1er de la p. 10 du recours) n'est étayée par aucun élément médical, l'auteur du recours introductif d'instance qui interprète les douleurs à la hanche du requérant ou son essoufflement ne précisant pas non plus à Votre Conseil ses compétences médicales en la matière. »

Le Conseil constate que les douleurs à la hanche et le fait que le requérant se déplace à l'aide d'une béquille ont été constatés par le médecin-conseil lui-même lorsqu'il a examiné le requérant tandis qu'il ressort d'une attestation du 26 février 2018 d'un chirurgien orthopédique, versée au dossier administratif, que le requérant « arrive à marcher avec une boiterie importante ». Or, des compétences médicales ne sont pas nécessaires pour déterminer que des difficultés à se déplacer et l'utilisation d'une béquille peuvent représenter un obstacle à l'obtention d'un emploi.

3.5. Il ressort de ce qui précède que le moyen est à cet égard fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen pris en termes de requête qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts.

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. 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^{er}.

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 4 décembre 2018, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

M. J.-C. WERENNE,	président f.f., juge au contentieux des étrangers,
Mme A. KESTEMONT,	greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J.-C. WERENNE