

Arrêt

n° 243 487 du 30 octobre 2020
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître K. MELIS
Rue Fritz Toussaint 8/boite i
1050 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 le Secrétaire
d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 26 novembre 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, de l'ordre de quitter le territoire, et de l'interdiction d'entrée, pris le 7 octobre 2014.

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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 14 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 28 août 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me E. DE NORRE *loco* Me K. MELIS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *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 23 janvier 2012, la partie requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée recevable en date du 15 mai 2012, mais non fondée le 6 novembre 2012. Le recours introduit à l'encontre de la dernière décision par la partie requérante a été rejeté par un arrêt n° 98 839 prononcé par le Conseil de céans le 14 mars 2013.

Par des courriers des 10 décembre 2013 et 10 février 2014, la partie requérante a introduit de nouvelles demandes d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 7 octobre 2014, la partie défenderesse a déclaré ces demandes recevables mais non fondées, par une décision motivée comme suit :

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

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

Dans son avis médical remis le 26.08.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, le Ghana.

Concernant l'accessibilité des soins au au Ghana, le conseil de l'intéressé mentionne différents rapports dans le but d'attester qu'elle n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine mais ne fournit pas ceux-ci. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Quant à l'argument invoqué par le Conseil du requérant consistant à affirmer que les soins prodigués au Ghana ne seraient pas de qualité comparable à ceux dispensés en Belgique, notons que le rôle de l'Office des Etrangers n'est pas de vérifier si les soins du pays d'origine soient de qualité comparable à ceux prodigués en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre le demandeur soient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Le conseil du requérant affirme que le centre de soin se trouve à plusieurs kilomètres du domicile de l'intéressé.

Si tel serait le cas, 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).

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

Dès lors, 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 existe un 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 de l'article 3 CEDH ».

Le même jour, la partie défenderesse a toutefois donné pour instruction au Bourgmestre de Berchem-Sainte-Agathe de notifier à la partie requérante une décision déclarant les mêmes demandes recevables mais non fondées motivée cette fois comme suit :

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

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

Dans son avis médical remis le 26.08.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, le Ghana.

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

Dès lors, 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 existe un 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 de l'article 3 CEDH ».

Il s'agit du premier acte attaqué.

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

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable. Une décision de refus de séjour (Non fondé 9ter) a été prise en date du 07.10.2014.

En application de l'article 74/14, §3 de la loi du 15 décembre 1980, le délai pour quitter le territoire est diminué à 0 jour car :

4° le ressortissant d'un pays tiers n'a pas obtempéré dans le délai imparti à une précédente décision d'éloignement : L'intéressé a déjà fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire notifié en date du 23.11.2012. Il n'a toutefois pas donné suite à cet ordre de quitter le territoire et réside encore toujours illégalement sur le territoire ».

Il s'agit du deuxième acte attaqué.

Le 7 octobre 2014 encore, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la partie requérante une interdiction d'entrée de deux ans, motivée comme suit :

« L'interdiction d'entrée est délivrée en application de l'article mentionné ci-dessous de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

En vertu de l'article 74/11, §1, alinéa 2 de la loi du 15 décembre 1980, le délai de l'interdiction d'entrée est de 2 ans car : l'obligation de retour n'a pas été remplie : Un ordre de quitter le territoire a été notifié à l'intéressé en date du 23.11.2012. Cependant l'intéressé ne démontre d'aucune manière avoir entrepris des démarches afin de retourner à son pays d'origine. Dès lors, l'intéressé n'a pas donné suite à l'ordre de quitter le territoire et se maintient en séjour illégal. L'obligation de retour n'a dès lors pas été remplie».

Il s'agit du troisième acte attaqué.

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1. la partie requérante prend un premier moyen, de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (dite ci-après la « CEDH »), des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, et « des principes de bonne administration, notamment l'obligation de statuer en prenant en considération l'ensemble des éléments de la cause ».

2.1.1. Dans une première branche, consacrée à la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins « en général », la partie requérante fait valoir que le fonctionnaire-médecin tente vainement d'établir la disponibilité des médicaments requis sur la base d'une liste qui date de 2010, soit de près de cinq ans au jour de la requête.

Elle expose ensuite que le fonctionnaire-médecin fait abstraction de certains renseignements fournis par le rapport du Ministre de la Santé publique selon lesquels certains médicaments, que doit prendre la

partie requérante, ne sont accessibles que dans des centres très spécialisés, tels que des hôpitaux universitaires et qu'ils ne sont pas remboursés dans le cadre du système d'assurance ghanéen.

La partie requérante soutient que le fonctionnaire-médecin commet une erreur manifeste d'appréciation en considérant que le Ghana dispose d'un « service d'assurance maladie-invalidité qui offre des soins médicaux à un prix abordable à l'ensemble de la population » puisque cela est contredit par la source d'information sur laquelle il se fonde.

La partie requérante reproche en outre un défaut de motivation en citant les passages suivants de sa demande d'autorisation de séjour :

« Par ailleurs, en ce qui concerne le traitement spécifique des AVC, il est à noter que le Ghana a encore énormément de chemin à faire... L'accident vasculaire figure dans le « top 5 » des causes de mort dans ce pays ! Il est donc clair qu'en cas de récurrence, le requérant ne pourra pas bénéficier des soins adéquats.

*Ainsi, selon le rapport d'ACCORD: « According to the WHO, cardiovascular diseases (CVD) are becoming more and more dangerous to poor countries as well. It said that these could be more dangerous in developing countries because “an important phenomenon of CVD in developing countries is the trend of complications occurring at younger ages. Thus, stroke, cardiac failure and renal failure further fuel the vicious cycle of ill-health and poverty” (WHO, 17 June 2005, p. 1). Reports indicate that **heart conditions are not treated under the National Health Insurance Scheme** (GNA, 22 June 2005; CBC, 23 June 2005).”*

*En ce qui concerne le traitement des autres pathologies dont souffre le requérant, notamment l'insuffisance rénale et l'hypertension artérielle, le rapport d'OSAR indique encore que : « Les maladies non transmissibles, telles que le diabète mellitus ou l'hypertension, sont des causes majeures de mortalité chez les adultes au Ghana. Selon l'OMS ces maladies sont en augmentation dans le pays. (...) **Les soins pour les défaillances rénales chroniques (insuffisance rénale) ou aiguës, tout comme pour d'autres maladies des reins, qui affectent environ 3000 personnes par année au Ghana, ne sont pas remboursés.** » (p. 3) » (nous soulignons en gras).*

L'ineffectivité du système d'assurance-maladie était également largement établie, bien que ces éléments ne trouvent aucun écho dans la décision attaquée :

« Il est vrai que le gouvernement a mis en place en 2005 un système d'assurance pour couvrir les soins, mais ce système est encore inopérant pour la plupart des gens et dans de nombreux cas.

Ainsi, toujours selon le rapport de ACCORD: “The Health system of Ghana is still in a transitory process – it is being transformed from the former “cash-and-carry” to the newly implemented insurance system.” (p. 21)

Le système implique que les personnes paient une cotisation annuelle : “According to the scheme, Ghanaians are supposed to “pay an annual fee according to their income – keeping in mind the minimum wage is about US\$ 1.50 per day” (CBC, 23 June 2005). Poor people contribute about US\$ 10 annually, workers in the formal sector pay 2.5 per cent of their social security contribution.” (p. 19)

De plus, les indigents doivent être dispensés de la taxe. Mais ce n'est pas le cas en pratique. Selon le rapport d'OSAR : « Les enfants, les personnes âgées de plus de 70 ans et les indigents devaient être dispensés de la taxe. Toutefois, des obstacles dans l'implémentation du schéma ont été constatés: retards de plus de six mois 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 maladie et refusent par conséquent de délivrer gratuitement des médicaments ou des soins 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, 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. De plus, l'augmentation des tarifs et des taxes sur les médicaments importés a placé le système sous pression et menace sa survie. 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. » (pp. 2-3)

Or selon une étude menée par OXFAM et des ONG ghanéennes évaluant l'impact réel de cette nouvelle politique audacieuse de santé publique et publiée en avril 2011 : « Malgré l'engagement du gouvernement ghanéen d'améliorer la santé de sa population, il reste encore beaucoup d'efforts à faire. En effet, loin d'atteindre les 66% proclamés par le gouvernement, le taux de couverture de cette assurance maladie publique avoisinerait plutôt... 18% de la population. Alors que chaque citoyen

ghanéen contribue, à travers la TVA, au financement du NHIS, 82% de la population n'en bénéficie toujours pas ! »

Selon OXFAM, la majorité de la population n'a pas accès à cette couverture maladie. « Pour en bénéficier, il faut acheter une carte d'adhérent et la renouveler. Mais les plus démunis n'en ont pas les moyens. En outre, beaucoup sont illettrés et ne comprennent pas les démarches à faire, ne savent pas qu'il faut renouveler cette carte tous les ans. »

(...)

Dans son rapport, OSAR arrive à la même conclusion : « 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 citoyens. »

De plus, le rapport précise encore page 6 que « Selon les informations fournies par le Korle Bu Hospital, **une personne doit avoir rejoint le schéma d'assurance maladie avant de tomber malade afin de bénéficier de cette assurance** ».

Elle estime qu'il ressortait dès lors d'une information fournie en temps utile qu'elle n'aurait de toute façon pas accès au système d'assurance-maladie dès lors qu'elle était « déjà malade (et ce, postérieurement à son départ du pays dans le cadre d'une procédure de regroupement familial) ».

Au sujet de l'accessibilité des soins « de manière plus générale », la partie requérante reproche au fonctionnaire-médecin d'avoir renvoyé au site web de l'hôpital de Kumasi, qui est la deuxième plus grande ville du Ghana, et fait plus de 254 km carrés, alors que le Dr Gazagnès avait affirmé la nécessité d'un service disposant d'un « stroke unit » à proximité, compte tenu du risque de récurrence d'AVC dans le cas de la partie requérante.

La partie requérante estime que de nombreuses informations contenues dans sa demande n'ont pas été prises en considération et reproduit à cet égard les extraits suivants de ladite demande :

« En effet, pour commencer, s'il existe des établissements de soins, ceux-ci sont limités, très mal répartis sur le territoire, et n'offrent pas toujours un service de qualité.

Ainsi, selon une étude diligentée par ACCORD, "For a population of a little short of 23.5 million people, there are only 1,439 health care facilities (IRIN, 5 August 2008). A study by van den Boom et al. compiled in 2004 noted that access to these facilities remained a problem: Medical facilities were not evenly distributed across the country, with most rural areas lacking basic facilities such as hospitals and clinics as well as doctors and nurses. (nous soulignons) The study further said that "Ghanaians on average live about 16 km from a healthcare facility where they can consult a doctor, but half of the population lives within a 5 km radius. By the same token, the other half cannot consult a doctor within 5 km, which corresponds to a 1 hour walking distance, and one quarter even lives more than 15 km from a facility where a doctor can be consulted."1 (p. 6) Ainsi, dans le meilleur des cas, Monsieur [O.] se trouverait à 5 km d'un centre de soin. Or Monsieur [O.] se déplace très difficilement, vu les séquelles qu'il garde de son AVC. On peut donc douter de l'accessibilité géographique des soins en cas de retour au pays.

L'étude insiste un peu plus loin sur le manque de personnel, le manque de fonds et la distribution inégale des travailleurs de la santé sur le territoire: "The public health system faces a variety of obstacles, among them shortages of personnel (see chapter 6) and funding, as well as an unequal distribution of health workers in the country's regions (van den Boom et al., October 2004, p. 4)"2. (p. 13)

De même, le rapport mis à jour en 2010 par l'Organisation Internationale des Migrations (OIM) sur le retour au Ghana insiste sur le fait que l'accès aux soins demeure un important problème au Ghana. Il souligne l'important exode des médecins et infirmières vers les pays développés.

"At the moment, Ghana has 1,433 state-owned hospitals and other medical institutions. In addition there are 1,299 private and quasi-government facilities. Private hospitals range from general hospitals to specialised facilities, offering services like assisted reproductive techniques and general obstetrics and gynaecology. Public and private medical facilities have a total bed capacity of 20,126.

In spite of the medical infrastructure and personnel that has been established in Ghana, access to health services in geographical and financial terms continues to be a major hurdle for a large part of the population (nous soulignons). Most of the medical facilities are located in the urban centres and district capitals. Many health workers refuse appointments to the few facilities that are in the rural areas. Another factor contributing to the inadequate and unbalanced access to health care is the exodus of doctors and nurses to developed countries." 3

Ce texte laisse entendre que même en zone urbaine, même là où des cliniques ou des centres de soin existent, le pays manque de médecins et d'infirmières. Le personnel fait donc défaut pour soigner les patients. Il semble que même en capitale (région dont [le requérant] n'est pas originaire), le système soit défaillant.

Ainsi, selon le site d'information aux voyageurs Santé-voyages.com4, les recours sanitaires au Ghana sont très restreints et les infrastructures médicales sont médiocres à Accra, et inexistantes ailleurs dans le pays. Quant aux services d'urgence, ils sont défaillants. Le site renvoie à l'hôpital militaire.

Le site précise encore que les médecins sont de formations très inégales.
Selon un autre site de ce type: "Medical facilities are limited in Accra and may be nonexistent elsewhere".
Les voyageurs sont d'ailleurs invités à aller se faire soigner ailleurs en cas de problème grave "Serious medical problems will require air evacuation to a country with state-of-the-art medical facilities."⁵

Selon un autre rapport, établi par OSAR en 2010 : « Le système de santé public est caractérisé par un sous-financement et un manque de personnel médical, notamment dans les communautés rurales. Si la majorité des maladies peut être soignée dans le pays, les services restent insuffisants, manquent de spécialistes et les médicaments ne sont pas toujours disponibles. »

A noter que le traitement médicamenteux suivi par le requérant doit être suivi, sans quoi le risque de récurrence augmente, et avec lui le risque de décès, et que selon ce rapport, ceux-ci ne seraient pas toujours disponibles.

De plus, en cas de récurrence, le traitement nécessaire au requérant requiert la présence de médecins spécialistes, et de matériel de pointe, comme à la Stroke Unit où il a été admis lors de son AVC.

A la lecture de ces différents rapports, il semble que la situation générale au Ghana en matière d'accès aux soins de santé ne soit pas très bonne. Or le requérant est originaire de la région de Kumasi, où la situation sanitaire est déplorable.

De plus, même si les infrastructures indispensables au traitement du requérant existaient au Ghana (quod non), comme le souligne le rapport d'OSAR, il faut noter que les services médicaux sont souvent inaccessibles à la population étant donné qu'ils sont payants et que la majorité de la population n'est pas à même d'en prendre en charge les coûts.

« Le principal fournisseur de services de santé est le gouvernement. Les soins de santé publics sont dispensés à quatre niveaux: dans les postes de santé au niveau du village ou de la communauté, dans les cliniques de district, dans les hôpitaux régionaux et, enfin, dans deux hôpitaux universitaires (teaching hospitals). Les postes de santé communautaires offrent des soins préventifs et des soins de santé primaires, mais leur capacité curative est limitée car aucun médecin n'opère à ce niveau. Les hôpitaux et les polycliniques sont les pourvoyeurs majeurs de soins de santé secondaires et tertiaires. Les hôpitaux régionaux et les hôpitaux universitaires sont généralement perçus comme étant les hôpitaux de la plus haute qualité. Toutefois, la majorité des services offerts dans les institutions tertiaires est disponible uniquement aux coûts des patients. (nous soulignons)⁶

Selon diplomatie.be, « Dans les cliniques privées, il faut compter entre 50 et 150 nouveaux Cedi par lit par jour. Le paiement se fait avant.

¹ Health care in Ghana, ACCORD, Mars 2009, rapport disponible sur www.ecoi.net

² Ibid.

³ Returning to Ghana, Country Information, Last update april 2010, OIM, p. 4

⁴ <http://www.astrum.com/Ghana-GH.html>

⁵ <http://www.mdtravelhealth.com/destinations/africa/ghana.php> »

⁶ Ghana, traitement de l'insuffisance rénale et accès à l'hémodialyse, Renseignement de l'analyse pays de l'OSAR, Fiorenza Kuthan, Berne, 26 mai 2010 ».

2.1.2. Dans une seconde branche, consacrée à « l'inaccessibilité des soins requis compte tenu de [sa] situation individuelle », la partie requérante reprend les arguments suivants contenus dans sa demande d'autorisation de séjour et estime qu'ils n'ont pas été pris en compte :

« - « Le requérant n'a plus aucune famille au Ghana. Ses parents sont décédés, et il n'a aucune idée de ce que sont devenus les autres membres de sa famille. Ayant quitté le pays depuis de nombreuses années, il ne pourra compter sur aucun réseau social en cas de retour. Or, le requérant est particulièrement vulnérable compte tenu des séquelles de son AVC au niveau moteur et cognitif. S'il pouvait se débrouiller dans son pays d'origine avant son accident, il est fort peu probable qu'il en soit toujours ainsi en cas de retour. En effet, il se trouvera en cas de retour au Ghana sans logement, sans soutien financier ou moral, sans ressources et sans possibilité de financer lui-même ses soins. » ;

- « Vu les séquelles cognitives subies par [le requérant] suite à son AVC et son analphabétisme, il est fort peu probable qu'il parvienne à se débrouiller et à faire les démarches nécessaires à l'obtention de cette carte [cf. système d'assurance maladie - supra], si tant est qu'il en avait les moyens financiers, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. » ;

- « Le requérant est analphabète, il a des difficultés à se déplacer et à s'exprimer suite à son accident vasculaire, il n'a aucune qualification, il y a fort peu de chance qu'il puisse s'intégrer sur le marché du travail au Ghana. D'autant que la majorité de la population travaille dans l'économie informelle, qui ne permet pas d'accéder à l'assurance maladie. Il ne pourra donc pas bénéficier de ce système d'assurance conçu pour les travailleurs.

Par ailleurs, en cas de retour au Ghana, il ne trouvera probablement pas de possibilité d'hébergement ni de soutien financier quelconque, de sorte qu'il risque fort de se retrouver à la rue, sans accès au minimum vital d'autant plus nécessaire qu'il est malade et vulnérable.

En effet, selon le rapport de l'OIM : "Generally, Ghana does not have any policy in place to provide accommodation for returnees without families. Returnees should therefore be financially able to rent apartments or purchase their own houses.

Currently, there is no unemployment assistance or insurance package for either Ghanaians or Ghanaian returnees. The private insurance companies have also not ventured into this field. The unemployed in Ghana depend on the help of friends and family members".

La partie requérante expose que « *la simple pétition de principe selon laquelle le requérant devrait avoir tissé des liens sociaux et/ou avoir encore de la famille au Ghana, est sans pertinence en l'espèce* » et qu'elle serait en tout cas insuffisante pour considérer que les soins requis lui sont accessibles compte tenu de sa situation individuelle, au vu de ses séquelles neurologiques et motrices, de son absence de moyens et de possibilité raisonnable de travailler, et qu'il en va de même de l'affirmation selon laquelle elle est en âge de travailler et pourrait avoir accès au marché du travail.

Elle insiste enfin sur ses antécédents médicaux et le fait qu'une interruption du traitement entraînerait un risque vital dans son chef.

La partie requérante développe son premier moyen en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH dans son exposé d'un risque de préjudice grave et difficilement réparable.

2.2. La partie requérante prend un deuxième moyen, de la violation de l'article 74/11 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des principes de bonne administration, notamment l'obligation de statuer en prenant en considération l'ensemble des éléments de la cause ». La partie requérante dirige ce moyen contre le troisième acte attaqué, soit l'interdiction d'entrée.

3. Discussion.

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical [...] indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ». Le cinquième alinéa indique que « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

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

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

Le Conseil rappelle également qu'en vertu de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, « *la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate* ».

La première décision attaquée étant soumise à cette loi, il incombait à la partie défenderesse de répondre aux arguments essentiels de la partie requérante qui étaient contenus dans sa demande.

3.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la partie requérante reproche notamment en termes de requête une absence de prise en considération d'arguments exposés dans sa demande d'autorisation de séjour au sujet de l'accessibilité des soins requis et, ainsi, l'absence de remboursement au Ghana des soins pour certaines pathologies dont elle est affectée, telles que les défaillances rénales chroniques.

3.1.3. Le fonctionnaire-médecin avait bien tenu compte de cette pathologie dans son avis puisqu'il a indiqué que la partie requérante souffre d'insuffisance rénale chronique modérée, et n'a pas remis en cause le traitement requis à cet égard, mais a considéré que ledit traitement était accessible en raison de l'existence d'un système d'assurance-maladie, mais n'évoque pas la question du remboursement des traitements nécessaires pour la partie requérante s'agissant de son insuffisance rénale chronique. Le Conseil observe en outre que les sources sur lesquelles le fonctionnaire-médecin se fonde pour conclure à l'accessibilité des soins en l'espèce ne figurent pas au dossier administratif.

Le Conseil ne peut suivre la partie défenderesse lorsqu'elle tente de réfuter la première branche du premier moyen au motif que la partie requérante se serait limitée à argumenter sur la question de l'accessibilité en général des soins requis. La partie requérante avait en effet pris soin d'indiquer dans sa demande d'autorisation de séjour la raison pour laquelle un problème général d'accessibilité de certains médicaments la concernait à titre individuel, en raison de l'une des pathologies dont elle souffre (argumentation qu'elle rappelle en termes de requête), ce qui devait en tout état de cause amener le fonctionnaire-médecin à analyser cette problématique en vue de donner son avis dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour introduite par la partie requérante sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

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

Le premier moyen est, partant, fondé en sa première branche, en ce qu'il est pris de la violation de la disposition précitée et de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, dans les limites exposées ci-dessus, ce qui doit conduire à l'annulation du premier acte attaqué.

3.2. Le troisième acte attaqué s'analysant comme l'accessoire du deuxième acte attaqué, lequel étant lui-même l'accessoire du premier acte attaqué, il s'impose d'annuler également ces deuxième et troisième actes attaqués.

3.3. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du premier moyen ni le deuxième dès lors qu'à les supposer fondés, ils ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

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 décisions attaquées étant annulées 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 déclarant non fondée les demandes d'autorisation de séjour, prise le 7 octobre 2014, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire, pris le 7 octobre 2014, est annulé.

Article 3

L'interdiction d'entrée, prise le 7 octobre 2014, est annulée.

Article 4

Il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente octobre deux mille vingt par :

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

Le greffier,	Le président,
--------------	---------------

A. IGREK

M. GERGEAY