



Arrêt

n° 249 749 du 24 février 2021
dans l'affaire X et X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. WOLSEY
Avenue de la Jonction 27
1060 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
et de l'Asile et la Migration 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 13 juillet 2020, 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 et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 30 avril 2020.

Vu la requête introduite le 30 octobre 2020, 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 13 août 2020.

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 les notes d'observations et les dossiers administratifs.

Vu l'ordonnance du 13 octobre 2020 convoquant les parties à l'audience du 13 novembre 2020.

Vu l'ordonnance du 7 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 1^{er} février 2021.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, lors de l'audience du 13 novembre 2020, Me L. VANDETEREN *loco* Me J. WOLSEY, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

Entendu, en leurs observations, lors de l'audience du 1^{er} février 2021, Me L. VANOETEREN *loco* Me J. WOLSEY, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Jonction des causes

Les affaires X et X étant étroitement liées sur le fond, en manière telle que la décision prise dans l'une d'elles est susceptible d'avoir une incidence sur l'autre, il s'indique, afin d'éviter toute contradiction qui serait contraire à une bonne administration de la justice, de joindre les causes, afin de les instruire comme un tout et de statuer par un seul et même arrêt.

2. Faits pertinents de la cause

2.1. Le requérant est entré sur le territoire belge à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

2.2. Le 21 février 2014, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après la « loi du 15 décembre 1980 »). Le 15 septembre 2014, la partie défenderesse a pris une décision de rejet à son encontre.

Cette décision a été annulée par le Conseil de céans dans un arrêt n°227 773 du 22 octobre 2019 (affaire X).

2.3. Le 15 septembre 2014, la partie défenderesse a délivré un ordre de quitter le territoire au requérant. Cette décision a été annulée par le Conseil de céans dans un arrêt n°231 964 du 30 janvier 2020 (affaire X).

2.4. Le 6 juin 2016, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, déclarée irrecevable par la partie défenderesse en date du 1^{er} septembre 2016.

Cette décision a été annulée par le Conseil de céans dans un arrêt n°231 965 du 30 janvier 2020 (affaire X).

2.5. Le 30 avril 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet à l'encontre de la demande visée au point 2.2, ainsi qu'un nouvel ordre de quitter le territoire.

Ces décisions constituent les actes attaqués dans l'affaire X, et sont motivées comme suit :

S'agissant de la décision de rejet :

« 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 27.04.2020, (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 dans 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.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération.

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

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

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

- O En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 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 »*

2.6. Le 13 août 2020, la partie défenderesse a pris une décision de rejet à l'encontre de la demande visée au point 2.4 du présent arrêt.

Cette décision constitue l'acte attaqué dans l'affaire 253 467, et est motivée comme suit :

« Motif (s) :

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 [A. F.], de nationalité Ghana, 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 le Ghana, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 10.08.2020 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le certificat médical fourni ainsi que les autres pièces médicales jointes ne permettent pas d'établir que l'intéressé souffre de maladies dans un état tel qu'elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays d'origine. Il conclut du point de vue médical que les pathologies dont souffre l'intéressé n'entraînent pas de risque de traitement inhumain ou dégradant, car le traitement est disponible et accessible au Ghana.

D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Ghana.

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 au Ghana.

Par ailleurs, le Conseil de l'intéressé invoque la situation au pays d'origine pour affirmer l'impossibilité de l'intéressé d'avoir accès à l'hémodialyse dans son pays d'origine.

Il s'appuie sur quelques sources, notamment, OSAR (Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés) (Fiorenza Kuthan, Berne, le 26.05.2010. la BBC Afrique.com : « Renvoyée chez elle, abandonnée, puis sauvée », Will ROSS, 19 janvier 2008

(http://www.bbc.co.uk/french/highlights/story/2008/01/080119_ghanacancer.shtml...), et l'Organisation Mondiale de la Santé (« Ghana traitement de l'insuffisance rénale et accès à l'hémodialyse, p. 5 et 6 et Statistiques sanitaires mondiales 2013, p. 120, 122, 123 .

http://apps.who.int/iris/bistream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf).

Selon ces sources, les patients qui ont besoin du traitement par hémodialyse doivent payer en anticipation trois mois de traitement. Les coûts de l'hémodialyse pour trois mois (+ ou – 6000 Us dollars) sont insoutenables pour les familles ghanéennes. Le requérant serait incapable de payer anticipativement son traitement par hémodialyse une fois de retour au Ghana.

Les sources invoquent également le cas des ghanéens traités par hémodialyse, renvoyés d'Europe, qui seraient décédés quelques semaines ou mois après leur retour au Ghana.

Les sources citées par le Conseil notent également que la souscription à l'assurance maladie se fait quand on est bien portant, l'intéressé qui est déjà malade ne peut prétendre souscrire une assurance maladie.

Le Conseil compare enfin le système de santé ghanéen au système Belge. Le Ghana dispose de moins d'hôpitaux, de médecins, et d'infirmières que la Belgique. (Organisation Mondiale de la Santé, : Statistiques sanitaires mondiales 2013, p. 120, 122, 123.

http://apps.who.int/iris/bistream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf). L'intéressé n'aura pas accès à un traitement comme celui dont il bénéficie en Belgique.

Soulignons ici que le fait que la situation de l'intéressé dans son pays d'origine serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D. c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Signalons que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites 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).

Notons que les éléments invoqués par ces sources 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).

Remarquons que ces sources décrivent une situation générale qui ne vise 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 ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

En plus, lorsque les sources dont il/elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un/e requérant/e 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).

Cependant, le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866).

Le requérant devra donner suite à l'Ordre de Quitter le territoire belge, lui adressé en date du 30.04.2020. »

3. Question préalable

Dans sa note d'observations transmise dans le cadre de l'affaire X, la partie défenderesse soutient que la partie requérante n'a pas intérêt à ce recours dans la mesure où elle « indique, en termes de recours, se désister de sa première demande de séjour sur base de l'article 9ter introduite le 27 février 2014, au profit de sa seconde demande de séjour sur base de l'article 9ter, introduite le 6 juin 2016 ».

Toutefois, il n'apparaît pas, à la lecture de la requête, que la partie requérante se désiste formellement de sa demande du 27 février 2014.

L'exception d'irrecevabilité ne peut être reçue.

4. Exposé des moyens d'annulation

4.1. Dans l'affaire 249 744, la partie requérante invoque un second moyen « pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation :

- des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales,
- de l'autorité de la chose jugée de l'arrêt n°227773 du 22 octobre 2019 du Conseil du contentieux des étrangers,
- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers,
- du principe général de bonne administration, en ce qu'il se décline notamment en un devoir de minutie, de prudence et de l'obligation de tenir compte de tous les éléments de la cause,
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs,
- des articles 1319, 1320 et 1322 du Code civil combiné au principe de la foi due aux actes,
- des articles 35, 113, 114 et 124 du code de déontologie médicale, lus seuls ou en combinaison avec l'avis n°65 du 9 mai 2016 concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux graves rendu par le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique ».

En ce qui s'apparente à une troisième branche, relative à l'accessibilité des soins au pays d'origine, elle fait valoir qu' « A l'occasion de son arrêt du 22 octobre 2019, qui a mené à l'annulation de la décision de non fondement du 15 septembre 2014 de la partie défenderesse, Votre Conseil a considéré, au regard des informations communiquées par le requérant quant à l'accessibilité de son traitement au Ghana : « 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 « (...) » 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 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 « (...) ». 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. » Dans sa décision du 27 avril 2020, la partie défenderesse prend une décision qui conclut à l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine du requérant dès lors qu'il existe un système national d'assurance maladie au Ghana (NHIS) qui garantit un accès universel aux soins de santé. Ce système national d'assurance s'adresse, selon la partie défenderesse, à certains groupes de personnes vulnérables qui sont exemptés du paiement des primes du NHIS. Ces considérations demeurent, comme à l'occasion de l'espèce rapportée, d'ordre général et ne permettent pas d'adresser correctement le cas du requérant. Les difficultés expressément soulevées par le requérant lors de sa première demande 9ter, relevée par Votre Conseil à l'occasion de l'arrêt précité et reprises dans la seconde demande 9ter du requérant, ne sont pas rencontrées par l'argumentaire de la partie adverse. Ces difficultés concernent, en premier lieu, la période d'attente des personnes enregistrées auprès de la NHIS. Cette période d'attente est reprise dans la motivation de l'acte querellé, de sorte que la partie défenderesse en reconnaît l'existence. Par ailleurs, selon la documentation produite par la partie adverse elle-même : « Bien que les groupes vulnérables n'aient pas à payer de

primes pour le NHIS, ils doivent quand même se faire enregistrer. Après leur inscription, ils doivent attendre jusqu'à trois mois pour recevoir leur carte d'assurance et bénéficier du régime. Il faut s'inscrire dans la mutuelle de district responsable et il n'est pas facile de passer d'un district à l'autre. Ainsi, si une personne doit consulter un médecin et qu'elle ne se trouve pas dans le district responsable, elle ne peut pas bénéficier du régime, ce qui nous amène au fait que le système n'est pas bien conçu. » (documentation versée au dossier administratif par la partie défenderesse : BDA-20180522-GH-6819, Belgian Desk on Accessibility (BDA), MedCOI IV, 8 June 2018, p4, traduction libre). Les médecins du requérant le précisent, un arrêt de traitement est inenvisageable dans son chef. Or, la documentation produite par la partie adverse elle-même témoigne que la prise en charge du requérant ne pourra, en toute hypothèse, avoir lieu dès son arrivée sur le territoire. La partie adverse reconnaît expressément que la dialyse chronique, dont souffre le requérant, n'est pas incluse dans le NHIS. Elle considère qu'il existe des groupes de soutien auprès desquels le requérant pourrait s'adresser pour obtenir une aide financière. Ces considérations sont insuffisantes : les groupes de soutien mentionnés ne sont pas renseignés, de sorte que le requérant ne peut s'assurer qu'il rentre dans les conditions pour obtenir ces soutiens, ni de l'importance des soutiens prodigués (le traitement du requérant étant extrêmement lourd en termes de personnel, d'infrastructures médicales et de temps). Cette problématique était déjà relevée dans le cadre de la demande de régularisation du 6 juin 2016, le requérant se référant expressément à un passage de l'étude de l'OSAR : « Différentes sources consultées estiment que chaque session de dialyse coûte plus de 100 dollars US. Selon l'OMS, Ghana, une session coûte approximativement 150 dollars US ». Etant donné que le requérant nécessite trois séances de dialyse par semaine, le montant nécessaire pour assurer les sessions avoisine les 1800 dollars US par mois. Cette somme est considérable. Il incombe, à tout le moins, à la partie défenderesse de renseigner quel groupe de soutien aurait la capacité financière de prêter 1800 dollars US par mois à ses membres, pour une durée indéterminée (le traitement du requérant étant prévu à vie en l'absence de transplantation). D'autant plus que, le requérant ne peut, du fait de son état de santé, travailler qu'à mis temps. Ses chances de s'intégrer sur le marché de l'emploi en cas de retour au Ghana sont faibles. La question se pose donc de savoir quel organisme de soutien serait prêt à avancer de l'argent à une personne sans travail, et dont le profil ne laisse apparaître que de maigres perspectives sur le marché de l'emploi. La requérant n'a pas manqué d'informer la partie défenderesse à ce propos et il y a lieu de constater que l'analyse proposée par la partie défenderesse concernant l'accessibilité du traitement ne rencontre pas le profil particulier de celui-ci [...]. De surcroît, et de manière fondamentale, la partie défenderesse s'appuie sur la prétention selon laquelle l'hémodialyse aiguë est incluse dans le NHIS. La considération selon laquelle l'hémodialyse aiguë est couverte par le NHIS ne suffit pas à énerver le constat de l'inaccessibilité du traitement nécessaire au requérant : le requérant souffre d'hémodialyse chronique, qui n'est pas couverte par le NHIS selon la documentation produite par la partie défenderesse. Selon les informations puisées par le requérant sur internet concernant la distinction entre dialyse aiguë et dialyse chronique : « La dialyse aiguë est définie comme une prise en charge en dialyse (le plus souvent en hémodialyse) dans un contexte d'urgence ou de semi-urgence, d'une insuffisance rénale aiguë. Ce type de dialyse est le plus souvent pratiquée en unité de soins intensifs (...) Lorsqu'une séance d'hémodialyse est initiée en extrême urgence, la séance est généralement de courte durée (2 à 4H) et se pratique comme une séance classique d'hémodialyse chronique avec des paramètres particuliers. Lorsque le patient est très instable, une technique de dialyse continue 24H/24 peut éventuellement être mise œuvre pendant quelques jours, alors toujours dans l'unité des soins intensifs qui prend alors en charge la technique. (...) Enfin, une dialyse n'est considérée comme aiguë que pour une durée de 6 à 8 semaines. Après ce délai, si la fonction rénale n'a pas récupéré suffisamment et que la dialyse doit-être prolongée, l'insuffisance rénale est classiquement consacrée et la dialyse devient alors chronique. » [...].[...] Par ailleurs, selon la requête MedCOI du 8 juin 2018, versée au dossier administratif par la partie défenderesse : « Le NHIS devait être un programme en faveur des pauvres visant à exempter les pauvres du paiement de frais d'utilisation pour les services de santé. Toutefois, en raison de problèmes liés à l'identification et à la prise en charge correctes de ce groupe cible, plusieurs rapports ont indiqué que la couverture équitable des soins de santé pour les pauvres n'était pas encore suffisamment assurée. (...) Il y a également un problème avec les critères relatifs aux "pauvres de base" : l'un des critères requis est le sans-abrisme, qui disqualifie la plupart des pauvres que la loi avait l'intention de protéger. Cela signifie que seuls quelques pauvres bénéficient des exemptions prévues par le NHIS. Le paquet NHIS exclut une longue liste de procédures pour lesquelles les groupes vulnérables ne sont donc pas couverts : [...] dialyse pour insuffisance rénale chronique ; [...]".» [...]. ».

4.2. Dans l'affaire 253 467, la partie requérante invoque un premier moyen « pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation :

- des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales,

- de l'autorité de la chose jugée de l'arrêt n°227773 du 22 octobre 2019 du Conseil du contentieux des étrangers,
- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers,
- du principe général de bonne administration, en ce qu'il se décline notamment en un devoir de minutie, de prudence et de l'obligation de tenir compte de tous les éléments de la cause,
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs,
- des articles 1319, 1320 et 1322 du Code civil combiné au principe de la foi due aux actes,
- des articles 35, 113, 114 et 124 du code de déontologie médicale, lus seuls ou en combinaison avec l'avis n°65 du 9 mai 2016 concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux graves rendu par le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique ».

Dans une quatrième branche, relative à l'accessibilité des soins au pays d'origine, elle fait valoir que « la partie défenderesse se contente de renseigner l'existence du système national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) au Ghana. Or, le requérant avait expressément soulevé à l'occasion des deux demandes 9ter qu'il a introduites, le 27 février 2014 et le 6 juin 2016, que les soins qui lui sont nécessaires ne sont pas accessibles dans son pays d'origine. Par sa demande du 6 juin 2016, le requérant expose être confronté à la problématique suivante : la dialyse chronique est exclue de la couverture de soins de santé au Ghana, et les coûts liés à ce traitement sont exorbitants. En effet, selon le passage de l'étude de l'OSAR renseignée à l'appui de la demande 9ter du requérant : ce Différentes sources consultées estiment que chaque session de dialyse coûte plus de 100 dollars US. Selon l'OMS, Ghana, une session coûte approximativement 150 dollars US ». Etant donné que le requérant a besoin de trois séances de dialyse par semaine, le montant nécessaire pour assurer les sessions avoisine les 1800 dollars US par mois. Cette somme est considérable et ne peut être supportée par le requérant, qui n'a aucun revenu, et n'est pas apte à travailler vu son état de santé actuel. La documentation produite dans le dossier administratif du requérant par la partie adverse elle-même, arrive à la conclusion que : « Toutefois, l'accessibilité dépendra de l'état du patient - par exemple, les services pour les maladies rénales ont été considérés comme moins accessibles, car l'hémodialyse chronique n'est pas couverte » (documentation versée au dossier administratif par la partie défenderesse, dont les extraits pertinents sont repris en pièce 9, BDA-20180522-GH-6819, Belgian Desk on Accessibility (BDA), MedCOI IV, 8 June 2018, pp. 4-5, traduction libre, le requérant souligne). A l'occasion de son arrêt du 22 octobre 2019, le Conseil de céans avait déjà considéré que les coûts exorbitants des soins liés à l'hémodialyse et l'exclusion de cette pathologie de la couverture sociale nationale étaient des facteurs essentiels à prendre en considération dans l'appréciation de l'accessibilité des soins, ce qu'était restée en défaut de faire la partie défenderesse à l'occasion de sa première décision de non fondement, du 15 septembre 2014 : « 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 « (...) » 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 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 « (...) ». 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. » Notons à titre surabondant que si l'hémodialyse aiguë est incluse dans le NHIS, ce traitement ne saurait être confondu avec celui qui est nécessaire au requérant. Selon les informations puisées par le requérant sur internet concernant la distinction entre dialyse aiguë et dialyse chronique : « La dialyse aiguë est définie comme une prise en charge en dialyse (le plus souvent en hémodialyse) dans un contexte d'urgence ou de semi-urgence, d'une insuffisance rénale aiguë. Ce type de dialyse est le plus souvent pratiquée en unité

de soins intensifs (...) Lorsqu'une séance d'hémodialyse est initiée en extrême urgence, la séance est généralement de courte durée (2 à 4H) et se pratique comme une séance classique d'hémodialyse chronique avec des paramètres particuliers. Lorsque le patient est très instable, une technique de dialyse continue 24H/24 peut éventuellement être mise œuvre pendant quelques jours, alors toujours dans l'unité des soins intensifs qui prend alors en charge la technique. (...) Enfin, une dialyse n'est considérée comme aiguë que pour une durée de 6 à 8 semaines. Après ce délai, si la fonction rénale n'a pas récupéré suffisamment et que la dialyse doit être prolongée, l'insuffisance rénale est classiquement consacrée et la dialyse devient alors chronique » [...]. En outre, d'autres difficultés, d'ordre technique, peuvent être soulevées en ce qui concerne l'effectivité du système national d'assurance maladie au Ghana : - la période d'attente des personnes enregistrées auprès de la NHIS. Selon la documentation versée au dossier administratif du requérant par la partie adverse elle-même (mais dont la partie défenderesse ne tire aucune conclusion), les groupes vulnérables doivent se faire enregistrer et attendre jusqu'à trois mois pour recevoir leur carte d'assurance et bénéficier du régime: « Bien que les groupes vulnérables n'aient pas à payer de primes pour le NHIS, ils doivent quand même se faire enregistrer. Après leur inscription, ils doivent attendre jusqu'à trois mois pour recevoir leur carte d'assurance et bénéficier du régime. Il faut s'inscrire dans la mutuelle de district responsable et il n'est pas facile de passer d'un district à l'autre. Ainsi, si une personne doit consulter un médecin et qu'elle ne se trouve pas dans le district responsable, elle ne peut pas bénéficier du régime, ce qui nous amène au fait que le système n'est pas bien conçu. » (documentation versée au dossier administratif par la partie défenderesse : BDA- 20180522-GH-6819, Belgian Desk on Accessibility (BDA), MedCOI IV, 8 June 2018, p4, traduction libre). Les médecins du requérant le précisent, un arrêt de traitement est inenvisageable dans son chef. Or, la documentation produite par la partie adverse elle-même témoigne que la prise en charge du requérant ne pourra, en toute hypothèse, avoir lieu dès son arrivée sur le territoire. - la définition extrêmement restrictive des personnes indigentes par le système de couverture universelle ghanéen. Selon la requête MedCOI du 8 juin 2018, versée au dossier administratif par la partie défenderesse [...]: « Le NHIS devait être un programme en faveur des pauvres visant à exempter les pauvres du paiement de frais d'utilisation pour les services de santé. Toutefois, en raison de problèmes liés à l'identification et à la prise en charge correctes de ce groupe cible, plusieurs rapports ont indiqué que la couverture équitable des soins de santé pour les pauvres n'était pas encore suffisamment assurée. (...) Il y a également un problème avec les critères relatifs aux "pauvres de base": l'un des critères requis est le sans-abrisme, qui disqualifie la plupart des pauvres que la loi avait l'intention de protéger. Cela signifie que seuls quelques pauvres bénéficient des exemptions prévues par la NHIS. Le paquet NHIS exclut une longue liste de procédures pour lesquelles les groupes vulnérables ne sont donc pas couverts : "Réadaptation autre que la physiothérapie ; aides et prothèses visuelles, auditives, orthopédiques et dentaires ; procédures cosmétiques non urgentes, à l'exception de la chirurgie reconstructive ; médicaments antirétroviraux pour le traitement du VIH/SIDA ; reproduction assistée, y compris l'insémination artificielle et l'hormonothérapie substitutive ; échocardiographie ; photographie médicale ; angiographie ; orthoptique ; dialyse pour insuffisance rénale chronique ; chirurgie cardiaque et cérébrale, sauf pour réparer un traumatisme ; traitement du cancer autre que le cancer du col de l'utérus et du sein ; transplantations d'organes ; médicaments non inclus dans la liste des médicaments du NHIS". » La partie défenderesse ne donne aucune indication, aucune garantie quant au fait que le traitement par hémodialyse chronique serait désormais disponible dans le pays d'origine du requérant. Le requérant, qui est allé consulter la page internet du système national d'assurance maladie, voit que la situation demeure inchangée selon les informations publiées sur ce site officiel [...]: l'hémodialyse chronique n'est toujours pas prise en charge par la couverture maladie universelle. Par ailleurs, la catégorie « d'indigents » susceptibles de recevoir des soins tout en étant exemptés du paiement des primes du NHIS, reçoit une définition extrêmement restrictive à laquelle le requérant ne répond pas [...].[...] ».

4.3. Dans la mesure où la motivation des avis médicaux du 12 mars 2020 et du 10 août 2020 est largement comparable, et que les griefs contenus dans les deux requêtes, tels que circonscrits *supra*, sont, en substance, identiques, le Conseil les examinera conjointement.

5. Discussion

5.1. A titre liminaire, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 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 indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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* ».

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 [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *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 existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n°147.344).

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.

5.2. En l'espèce, les décisions querellées reposent sur deux avis médicaux, datés du 12 mars 2020 pour l'affaire X et du 10 août 2020 pour l'affaire X, établis sur la base des documents médicaux produits à l'appui des demandes d'autorisation de séjour, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'insuffisance rénale terminale et d'hypertension artérielle, pathologies dont les traitements et les suivis nécessaires seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin y cite les sources sur lesquelles ses avis sont fondés.

5.3. En ce qui concerne l'accessibilité des soins, le fonctionnaire médecin a indiqué, dans son avis du 12 mars 2020, que « *Le conseil de l'intéressé apporte, à l'appui de sa demande, 2 documents au sujet de la situation des soins de santé au Ghana. Ces documents indiquent notamment que certains soins spécialisés tels que les maladies rénales chroniques seraient exclues de l'assurance maladie, que le coût de l'hémodialyse serait insoutenable pour les patients, etc. Cependant, ces documents n'apportent rien de neuf par rapport à la situation particulière de l'intéressé. Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009).*

Notons, en outre, que le premier document apporté par le requérant date de 2015 et le deuxième de 2010 alors que nous apportons des documents plus récents (2018 et 2020) démontrant l'accessibilité des soins au pays d'origine (voir plus bas). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allévation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). 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. » (CourEur; D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int). Au Ghana, le système national d'assurance maladie (NHIS) a été introduit en 2004 pour garantir l'accès universel à des soins de qualité. Le programme consiste en un ensemble complet d'avantages sociaux qui couvre 95 % des maladies signalées dans les établissements de santé au Ghana et ne nécessite aucune quote-part pour les services de soins de santé. « Un fonds national d'assurance maladie (NHIF) a été créé pour subventionner les primes des travailleurs du secteur informel et payer des primes pour les groupes vulnérables. ». La couverture du NHIS comprend les services de niveau primaire, secondaire et tertiaire dans des établissements de santé publics et privés agréés par la National Health Insurance Authority (NHIA). Une sélection de médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels du Ghana est également couverte par le NHIS. Le Fonds de sécurité sociale et d'assurance nationale (SSNIT) est un fonds de prévoyance qui prévoit des prestations pour les retraités, les handicapés et les survivants. « À partir de 2010, les travailleurs informels peuvent également adhérer à ce fonds sur une base volontaire. C'était une étape importante, car plus de 80% des travailleurs ghanéens travaillent dans le secteur informel. ». Les contributeurs au SSNIT n'ont pas à payer de primes pour le NHIS. Outre les contributeurs SSNIT, les groupes de population vulnérables suivants sont exemptés du paiement des primes du NHIS: personnes de plus de 70 ans, enfants de moins de 18 ans dont les deux parents sont inscrits, le « noyau pauvre », « défini comme étant au chômage, sans source de revenu visible, sans résidence fixe, et ne vivant pas avec quelqu'un qui a un emploi et avec une résidence fixe » et toutes les femmes enceintes. 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. Le régime National d'assurance maladie (NHIS) couvre divers services internes et externes dont la liste des médicaments du NHIS. Concernant la maladie de l'intéressé, d'après le rapport de mission du medCOI, l'hémodialyse aiguë est incluse dans le NHIS, la dialyse chronique ne l'est pas. Les patients peuvent demander un soutien financier pour la dialyse auprès de divers groupes de soutien. Il est également possible de recevoir la dialyse à crédit et de payer plus tard. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au Ghana ».

Dans son avis du 10 août 2020, il a indiqué que « depuis 2003 ce pays a instauré un système national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme: N.H.I.S) pour permettre aux plus pauvres d'avoir accès aux services de santé en limitant leurs dépenses de santé. Avec un minimum de dépense, les résidents ont accès à un large éventail de prestations dans le pays. L'assurance maladie locale prend 95 % des prestations à 100 % (même les situations d'urgence) et depuis 2008, les soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes sont gratuits, (<https://www.readvtoqo.fr/voyage-etudiant-ghana/sante-ghana>). Un grand nombre de produits pharmaceutiques (liste de médicaments essentiels) sont également pris en charge par cette assurance. La N.H.I.S. couvre les employés du secteur informel et les indépendants sur base volontaire ainsi que les employés du secteur formel dont les cotisations sont directement déduites de leur rémunération. Les membres de la famille et enfants jusqu'à 18 ans sont également couverts. A noter que les indigents et les personnes âgées de plus de 70 ans sont exemptés de cotisation, (<http://www.nhis.gov.gh/nhia.aspx>). L'intéressé peut donc rentrer dans son pays d'origine et bénéficier des opportunités que lui offre le pouvoir public. Le requérant ne démontre pas qu'il ne pourrait bénéficier de l'une ou l'autre des aides financières octroyées par les autorités de son pays d'origine. Etant donné que le requérant a vécu de nombreuses années dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, rien ne prouve qu'il n'y a pas tissé de relations sociales capables de lui venir en aide en cas de besoin. Par ailleurs, le Conseil de l'intéressé invoque la situation au pays d'origine pour affirmer l'impossibilité de l'intéressé d'avoir accès à l'hémodialyse dans son pays d'origine. Il s'appuie sur quelques sources, notamment: OSAR (Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés); Fiorenza Kuthan, Berne, le 26.05.2010. La BBC Afrique.com : Renvoyée chez elle, abandonnée, puis sauvée ; Will ROSS, 19 janvier 2008 (<http://www.bbc.co.uk/french/hi/ligths/storv/2008/01/080119ghanacancer.shtml>...). et l'Organisation Mondiale de la Santé («Ghana traitement de l'insuffisance rénale et accès à l'hémodialyse», p. 5 et 6 et Statistiques sanitaires mondiales 2013, p. 120, 122, 123. http://apps.who.int/iris/bistream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf). Selon ces sources, les patients qui ont besoin du traitement par hémodialyse doivent payer en anticipation trois mois de traitement. Les coûts de l'hémodialyse pour trois mois (+- 6000 US dollars) sont insoutenables pour les familles ghanéennes. Le requérant serait incapable de payer anticipativement son traitement par hémodialyse

une fois de retour au Ghana. Les sources invoquent également le cas des ghanéens traités par hémodialyse, renvoyés d'Europe, qui seraient décédés quelques semaines ou mois après leur retour au Ghana. Les sources citées par le Conseil notent également que la souscription à l'assurance maladie se fait quand on est bien portant, l'intéressé qui est déjà malade ne peut prétendre souscrire une assurance maladie. Le Conseil compare enfin le système de santé ghanéen au système Belge. Le Ghana dispose de moins d'hôpitaux, de médecins, et d'infirmières que la Belgique. (Organisation Mondiale de la Santé: Statistiques sanitaires mondiales 2013, p. 120, 122,123. http://apps.who.int/iris/bistream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf) L'intéressé n'aura pas accès à un traitement comme celui dont il bénéficie en Belgique. Soulignons ici que le fait que la situation de l'intéressé dans son pays d'origine serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38). Signalons que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (CourEur; D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int). Notons que les éléments invoqués par ces sources 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). En plus, lorsque les sources dont il/elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un/e requérant/e dans un cas ^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). Cependant, le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au Ghana ».

5.4. S'agissant du NHIS, le Conseil relève, avec la partie requérante, que les documents sur lesquels le fonctionnaire médecin s'est fondé indiquent que ledit système de sécurité sociale couvre la dialyse aiguë, mais pas la dialyse chronique. L'état du requérant nécessitant cette dernière, il en résulte que les motifs des avis médicaux relatifs au NHIS manquent totalement de pertinence et ne permettent pas de comprendre pourquoi le fonctionnaire médecin a estimé que le requérant aurait accès aux soins nécessaires dans son pays d'origine. Le Conseil est d'autant plus perplexe que le fonctionnaire médecin a lui-même exposé ce constat dans l'avis médical du 12 mars 2020.

S'agissant du motif selon lequel « Les patients peuvent demander un soutien financier pour la dialyse auprès de divers groupes de soutien », il ressort du dossier administratif que le document renseigné en note de bas de page dans l'avis médical du 12 mars 2020 ne contient aucune précision quant à ces groupes de soutien. Une telle allégation ne saurait, sans plus de précision, raisonnablement suffire à fonder la conviction que le requérant aura accès à son traitement de cette manière.

Il en va de même s'agissant de la possibilité « de recevoir la dialyse à crédit et de payer plus tard ». Le Conseil souligne à cet égard l'excessive présomption du fonctionnaire médecin quant à la capacité de remboursement d'un crédit – qui ne prendra potentiellement jamais fin dans la mesure où le requérant doit suivre son traitement à vie – dans le chef d'une personne souffrant d'une insuffisance rénale terminale, devant suivre trois dialyses par semaine et se trouvant, de ce fait, dans l'impossibilité de travailler à temps plein.

Enfin, s'agissant du motif de l'avis médical du 13 août 2020, selon lequel « Etant donné que le requérant a vécu de nombreuses années dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, rien ne prouve qu'il n'y a pas tissé de relations sociales capables de lui venir en aide en cas de besoin », le Conseil observe, outre le bel optimisme du fonctionnaire médecin quant à la qualité des liens que le requérant entretient avec ses proches ainsi qu'aux moyens financiers de ceux-ci, que le fonctionnaire médecin ne développe pas davantage cette considération que par la référence à une simple possibilité, en sorte que ce motif paraît procéder d'une simple pétition de principe, insuffisante en soi à asseoir la conclusion de la partie défenderesse relative à l'accessibilité des traitements requis.

5.5. Dans la note d'observations déposée dans l'affaire X, la partie défenderesse soutient que « le Ghana a instauré un système national d'assurance maladie (NHIS) pour permettre aux plus pauvres d'avoir accès aux services de santé en limitant leurs dépenses de santé. Avec un minimum de dépenses, les résidents ont accès à un large éventail de prestations dans le pays. L'assurance maladie

locale prend 95 % des prestations à 100% et ce depuis 2008, les soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes sont gratuits. De plus, indigents sont exemptés de cotisations. Dès lors que la partie requérante ne peut pas travailler, elle sera nécessairement considérée comme une personne indigente. Plus particulièrement quant au traitement par hémodialyse, le médecin conseil a mis en évidence la gratuité de l'hémodialyse aigue. La partie requérante s'interroge sur le grief de la partie requérante dès lors que la partie requérante ne conteste pas l'analyse du médecin conseil selon laquelle a vécu de nombreuses années dans son pays d'origine avant de venir en Belgique et que rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé de relations sociales capables de lui venir en aide dans le cas de besoin. En conclusion, force est de constater que la partie requérante se contente de prendre le contre-pied de l'avis médical, sans étayer ses affirmations par des éléments concrets et pertinents, sans apporter le moindre élément de preuve objective pour contester in concreto les conclusions de cet avis et celles de la partie défenderesse. Elle se contente de relever différentes difficultés rencontrées au Ghana et s'appuie à cet égard sur des articles généraux, sans toutefois préciser en quoi les rapports cités s'appliqueraient à son cas d'espèce. Or, la partie requérante doit démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports s'applique à elle personnellement, ce qu'elle ne fait pas en l'espèce ». Ces éléments n'énervent en rien les constats posés supra.

5.5.1. Il a été démontré que les considérations relatives au NHIS manquaient de pertinence dès lors que ce système n'inclut pas la dialyse chronique dont le requérant a besoin. A titre surabondant, le Conseil relève, avec la partie requérante, que, d'après les documents utilisés par le fonctionnaire médecin, que le requérant ne sera pas « nécessairement considéré comme une personne indigente » au sens du NHIS uniquement parce qu'il ne peut pas travailler. Sont considérées comme indigentes les personnes sans emploi, sans aucune source visible de revenus, sans domicile fixe et ne vivant pas avec une personne salariée avec un domicile fixe. Ces conditions étant cumulatives, l'allégation de la partie défenderesse est erronée.

5.5.2. Par ailleurs, s'agissant de l'affirmation selon laquelle la partie requérante « se contente de relever différentes difficultés rencontrées au Ghana et s'appuie à cet égard sur des articles généraux, sans toutefois préciser en quoi les rapports cités s'appliqueraient à son cas d'espèce. Or, la partie requérante doit démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports s'applique à elle personnellement, ce qu'elle ne fait pas en l'espèce », le Conseil observe que la partie requérante a joint à ses demandes et à ses requêtes divers articles et rapports internationaux décrivant la situation de personnes souffrant d'insuffisance rénale au Ghana, et attestant que les conditions dans lesquelles elles sont soignées les exposent à des traitements inhumains et dégradants, voire à la mort. Le requérant souffrant d'insuffisance rénale, un retour au Ghana le placerait, *ipso facto*, dans la même situation que les autres personnes souffrant d'insuffisance rénale.

La réponse apportée aux arguments du requérant dans les décisions querellées, qui est, en substance, la même que celle contenue dans la note d'observations, plonge le Conseil dans la plus profonde perplexité. Les documents produits par la partie requérante décrivent, selon la partie défenderesse et le fonctionnaire médecin, la situation générale d'une certaine catégorie de personnes dans un pays donné. Cette situation est la suivante : les personnes de la catégorie en question n'ont pas accès à des soins suffisants pour vivre, d'une part, dans la dignité, d'autre part. Dès lors qu'une personne appartient à la catégorie en question, ce qui n'est nullement contesté en l'espèce, il ne saurait être soutenu qu'elle ne se trouverait pas, *a priori*, dans la situation générale vécue par les autres personnes de ladite catégorie. Il est évident que des exceptions doivent exister : certaines personnes de la catégorie en question sont sans doute capables d'avoir accès à des soins suffisants. Il ne peut toutefois s'agir de rien de plus que d'exceptions, sans quoi ces cas constitueraient la situation générale.

Il ne saurait être imposé au requérant de prouver qu'il se trouverait bien, en cas de retour au pays d'origine, dans la même situation que la plupart des gens appartenant à la même catégorie que lui. Le simple fait d'être ce qu'il est - en l'espèce : victime d'une insuffisance rénale chronique - constitue une présomption suffisante. Au contraire, c'est à la partie défenderesse qu'il appartient, le cas échéant, de démontrer que le requérant constituerait une exception. Le Conseil précise, à cet égard, que le simple fait que le requérant ait une famille ou des « relations sociales » est manifestement insuffisant.

En effet, au regard du raisonnement appliqué par la partie défenderesse dans les décisions querellées et dans la note d'observations, il semble que le requérant, dès lors qu'il vit en Belgique depuis plusieurs années, se trouve dans une impasse kafkaïenne : afin d'établir qu'il n'aurait pas accès aux soins nécessaires dans son pays d'origine, il ne peut que produire des documents que la partie défenderesse qualifie de « généraux ». En effet, le Conseil ne se représente pas ce que pourraient être des

documents « personnalisés », sauf à exiger du requérant qu'il retourne dans son pays d'origine, soit victime de traitements inhumains et dégradants et en transmette la preuve à la partie défenderesse, en espérant que ces traitements n'aient pas conduit à son décès.

S'il est de jurisprudence constante que « *c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande qu'il incombe d'en aviser l'administration compétente, tandis que l'administration n'est, pour sa part, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des éléments allégués, ni de l'interpeller préalablement à sa décision, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie* » (C.C.E., n° 119.422 du 25 février 2014), il ne saurait toutefois être exigé plus d'un demandeur qui a démontré, d'une part, que telle catégorie de personnes se trouve dans une situation générale donnée, et, d'autre part, qu'il appartient à cette catégorie de personnes, dès lors qu'une preuve personnalisée serait immensément difficile voire impossible à obtenir.

5.5.3. En tout état de cause, à considérer même que les documents produits par le requérant seraient trop généraux pour être pris en considération, force est de constater que les documents utilisés par le fonctionnaire médecin - tout aussi généraux, au demeurant - suffisent à établir les griefs de la partie requérante, tel qu'il a été démontré *supra*.

5.6. Au vu de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse a violé l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et n'a pas adéquatement motivé ses décisions. Les moyens, tels que circonscrits au point 4 du présent arrêt, sont fondés et suffisent à justifier l'annulation des actes attaqués. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements des requêtes, qui à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

5.7. Le Conseil estime qu'il est indiqué, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de faire disparaître l'ordre de quitter le territoire, attaqué, de l'ordre juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque. En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire au requérant, si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, les demandes visées aux points 2.2. et 2.4 (dans le même sens, C.C.E., arrêt n°112 609, rendu en assemblée générale, le 23 octobre 2013).

6. Débats succincts

6.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

6.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, 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}

Les affaires n° X et X sont jointes.

Article 2

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 30 avril 2020, sont annulés.

Article 3

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 13 août 2020, est annulée.

Article 4

Les demandes de suspension sont sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-quatre février deux mille vingt et un par :

Mme J. MAHIELS, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J. MAHIELS