



Arrêt

n° 259 377 du 13 août 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître H. CHATCHATRIAN
Langestraat 46/1
8000 BRUGGE

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la
Simplification administrative et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la
Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 14 juin 2018, par X, qui se déclare de nationalité sénégalaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour, prise le 27 avril 2018.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 17 juin 2021 convoquant les parties à l'audience du 16 juillet 2021.

Entendu, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. VAN NIJVERSEEL *loco* Me H. CHATCHATRIAN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

Le requérant présente les faits comme suit :

« 1.1. Verzoekende partij bezit de Senegalese nationaliteit en is afkomstig uit Dakar.

1.2. Verzoekende partij diende een verzoek tot regularisatie ex artikel 9ter Vreemdelingenwet in bij de DVZ dd. 8 september 2016.

Deze werd ontvankelijk verklaard op 9 december 2016.

1.3. Op 4 april 2017 werd deze aanvraag gegrond verklaard en werd verzoekende partij in het bezit gesteld van een tijdelijk verblijfsdocument.

1.4. Echter, bij beslissing dd. 27 april 2018 werd het verblijfsrecht op basis van de medische regularisatie ex artikel 9ter van de Vreemdelingenwet niet meer verlengd."

La décision attaquée est motivée comme suit :

« Le problème médical invoqué par M. [A.] ne peut être retenu pour justifier la prolongation du 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 (sic) 2010 portant des dispositions diverses.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Sénégal.

Dans son avis médical rendu le 24.04.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que la pathologie pour laquelle une autorisation de séjour avait été octroyée est guérie.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, le requérant est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980); qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. Le requérant prend un premier moyen libellé comme suit :

« Schending artikel 9ter Vreemdelingenwet

Schending Materiële motiveringsverplichting, beginsel van behoorlijk bestuur

- Zoals blijkt uit het administratief dossier leed verzoekende partij aan tuberculose. Zij is hiervan - na intensieve behandelingen - genezen doch lijdt zich nog steeds aan verschillende ernstige medische aandoeningen ten gevolge van TBC.

- Verwerende partij heeft geoordeeld dat het verblijf van verzoekende partijen niet meer kan verlengd worden. Nochtans blijkt dat verzoekende partij zich nog steeds in een ernstige medische toestand bevindt.

- Sterker nog, de arts-adviseur heeft verzoekende partij op geen enkel moment onderzocht en vormt zich een compleet andere mening dan de behandelende arts.

De arts-adviseur verduidelijkt op geen enkel ogenblik waarom zijn advies afwijkt van de mening van de arts van de verzoekende partij. Hij heeft verzoekende partij zelfs nooit ontmoet.

Er werden nochtans ettelijke medische verslagen voorgelegd, die de vaststellingen van de arts-adviseur tegenspreken.

Na de thans bestreden beslissing gelezen te hebben, is de behandelende arts van verzoekende partij bijzonder scherp en erg duidelijk. Zonder verzoekende partij te hebben gezien, noch onderzocht kan de arts-adviseur onmogelijk tot een compleet tegenovergesteld besluit komen. De behandelende arts stelt het volgende:

Dr. [C.L.]
Rue [xxx]
INAMI. [xxx] Tel: [xxx] Fax:
Bruxelles (Schaerbeek), 16/05/2018
Concernant
(Decl.:) [A.M.H.] [xxx]

Par cette lettre, je conteste la décision prise par la direction générale Office des Etrangers de ne pas prolonger l'autorisation de séjour pour raison médicale.

En effet, l'avis du médecin n'est pas suffisamment motivée concernant les séquelles invalidantes

Le médecin note que le patient souffre d'assuétude aux médicaments alors que tel n'est pas le cas : conclusion qu'il tire sans même avoir interrogé ni examiné le patient. J'estime qu'en ayant pas examiné mon patient, il ne peut pas tirer de telles conclusions. Le patient souffre de douleurs au niveau lombaire due à une spondylite tuberculeuse qui nécessite la prise d'antalgiques puissants de palier 2 et 3 (tramadol et morphiniques).

Le patient n'a pas une mobilité normale, il souffre de troubles locomoteurs avec impotence fonctionnelle.

Il a un suivi en médecine physique, en anesthésie et en clinique de la douleur pour gérer ses douleurs. Il doit pouvoir bénéficier s'il retourne dans son pays de moyens d'accès hospitalier en clinique de la douleur avec suivi anesthésiologique (avec possibilité de réaliser des péridurales, thermocoagulation facettaire...).

Le patient n'aura pas accès à ces soins s'il retourne dans son pays d'origine.

Il risque de souffrir d'une situation dégradante comme repris dans la loi du 15 décembre 1980 En ayant pas accès aux soins, il risque de ne pas pour réaliser les activités quotidiennes de la vie journalière avec une qualité de vie adéquate et conserver une autonomie. Il n'aura pas accès aux médicaments antalgiques qui sont nécessaire à ses douleurs.

La situation de mon patient n'est pas consolidée actuellement. Une prolongation de son séjour est primordiale. Je demande une contre expertise.

Diagnostic(s):

- 14/03/2018 gastrite
- 08/02/2018 spondylite tuberculeuse

Antécédents médicaux:

- 08/02/2018 tuberculose

Traitement actuel:

Antécédents chirurgicaux :

- 22/09/2017 thermocoagulation des facettes articulaires

Description: thermocoagulation facettaire T12 a L2 bilatéral

Médication actives:

Actif - aigu

- Ibuprofen Teva gel transderm, local 50g 50mg/lg

Actif - chronique

- Ibuprofen EG compr. enr. 30x 400mg
- Movicol (Impexco) sol. (pdr, sachet) 20x
- Contramal compr. lib. prol Retard 30x 100mg
- Tradonal compr. orodisp. Odis 30x 50mg
- Pantomed (Impexco) compr gastro-résist. 56x 20mg
- Valium compr. (séc.) 30x 5mg
- Tramadol/Paracetamol EG37,5/325compr.pellic100x

Avec mes salutations distinguées,

[C.L.]

De behandelende arts stelt duidelijk dat verzoekende partij geen normale mobiliteit heeft en bijzonder veel pijn lijdt. Hij stelt dat verzoekende partij nog steeds in behandeling is, dat zij geen toegang zal hebben tot de noodzakelijke medische zorg in haar land van herkomst én dat haar medische toestand nog steeds achteruit gaat.

De arts-adviseur besluit in compleet tegenstrijd - en zonder ook maar een blik te hebben geworpen op verzoekende partij - het volgende:

Notons que l'abus d'antidouleurs entraîne de l'assuétude et que le requérant présente une mobilité réputée normale.

Rappelons qu'on ne peut que l'encourager à se mobiliser en évitant les antalgiques. La chaleur, l'activité physique et le mouvement peuvent certainement amender ces douleurs séquellaires.

La prise chronique de ce panel de médicaments à visée antalgique n'est pas indispensable.

en

Capacité de voyager

Après un traitement bien conduit de 12 mois, le requérant est guéri. Il n'existe plus de limitation de la capacité de voyager.

Rappelons que le requérant présente une mobilité réputée normale.

Het advies nr. 65 van 9 mei 2016 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek stelt letterlijk het volgende (stuk 3):

“Uiteraard is niet elk artikel van de Code van geneeskundige plichtenleer van toepassing, omdat het geen behandelrelatie betreft maar een controle- en adviesbevoegdheid in een specifiek juridisch kader. Ook tegenover betrokken confraters, bijvoorbeeld de behandelende en attesterende artsen van de patiënt, bestaat een deontologische verantwoordelijkheid (art. 11 van de Code van geneeskundige plichtenleer: “De artsen moeten goede collegiale betrekkingen met elkaar onderhouden en elkaar bijstaan. art. 136: “De collegialiteit is een voorname plicht. **Zij moet beoefend worden in eerbied voor de belangen van de zieke.**”). **Concreet betekent dit dat overleg met de behandelende arts**

noodzakelijk is als het advies van de ambtenaar-arts tegenstrijdig is met wat de behandelende arts attesteerde. [...]"

(art. 9ter, §1, vijfde lid van de wet van 15 december 1980). Een beoordeling van een ziekte en van haar graad van ernst kan vanuit medisch perspectief niet anders geïnterpreteerd worden dan als een diagnostische taak, gevolgd door een indicatiestelling, met name de beoordeling van de noodzakelijk geachte behandeling. De taak van de ambtenaar-arts verschilt uiteraard van die van de behandelende en attesterende arts, maar tegelijk vertoont deze taak vanuit medisch perspectief dus ook overlap. Art. 35 (b) van de Code van geneeskundige plichtenleer stelt: "De arts mag zijn bevoegdheid niet overschrijden. Hij moet het advies inwinnen van confraters, onder meer van specialisten, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de patiënt, telkens wanneer dit binnen de diagnostische of therapeutische context nuttig of **noodzakelijk blijkt**." Wanneer een ambtenaar-arts die niet gespecialiseerd is in de aandoening in kwestie, een advies geeft dat afwijkt van het advies van een specialist in deze aandoening, is overleg tussen beide artsen daarom imperatief. **Als na overleg de dissensus blijft bestaan, zijn een gesprek met en een klinisch onderzoek van de patiënt door de ambtenaar-arts en een advies van een onafhankelijke expert (specialist in de aandoening in kwestie) aangewezen, zoals ook wettelijk mogelijk, maar in de praktijk zelden toegepast.** "

Alle vaststellingen van de behandelende arts worden door de arts- adviseur zonder enige terughoudendheid in twijfel getrokken.

In casu werd door de arts-adviseur geen enkele behandelende arts van de verzoekende partij gecontacteerd, noch werd verzoekende partij onderzocht.

Nergens blijkt nochtans dat deze gespecialiseerd zou zijn in behandeling van TBC en de daaruit volgende complicaties/ziektes. De verwerende partij motiveert nergens waarom zij afwijkt van het advies nr. 65 van 9 mei 2016 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Dit vormt een ernstige schending van de materiële motiveringsverplichting.

Of meent de arts-adviseur door geen enkele déontologie gebonden te zijn??

Hoewel verwerende partij thans voorhoudt dat de arts-adviseur objectief te werk ging, betwist de verzoekende partij dit ten stelligste.

Verwerende partij blijft zeer vaag en pretendeert gewoonweg dat de medische zorgen bestaan in het herkomstland en dat er niet het minste risico zou bestaan op een een onmenselijke of vernederende behandeling - dit tegen de attesten van haar behandelende artsen in zonder hen te raadplegen of de verzoekende partij te onderzoeken."

2.2. Le requérant prend un deuxième moyen libellé comme suit :

- « - Schending artikel 9ter Vreemdelingenwet
- Schending Materiële motiveringsverplichting
- Schending van het zorgvuldigheidsbeginsel
- Schending van het redelijkheidsbeginsel Schending artikel 3 EVRM

De materiële motiveringsplicht gebiedt dat iedere bestuurshandeling gedragen wordt door motieven die in rechte en in feite aanvaardbaar zijn en blijken hetzij uit de beslissing zelf, hetzij uit het administratief dossier. De motieven moeten bijgevolg minstens kenbaar, feitelijk juist en draagkrachtig (dit wil zeggen de beslissing rechtens kunnen dragen en verantwoorden) zijn.

De materiële motiveringsplicht creëert dus plichten voor het bestuur op het ontologische vlak van de besluitvorming. De zijnsgrond van het besluit moet gedetermineerd zijn door een correcte toepassing van het toepasselijke materiële en formele recht (juridische motieven) op de feiten uit de het administratief dossier.

De materiële motiveringsplicht geeft dus vorm aan de ratio essendi van het besluit.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de overheid de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op correcte feitenvinding. (RvS januari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954) dit beginsel houdt in dat de overheid zich op afdoende wijze dient te informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS 11 juni 2002, nr. 107. 624).

Verzoekende partij heeft aan de verwerende partij steeds duidelijk gemaakt dat zij niet naar Senegal terug kan omwille van het feit dat er geen adequate zorg voor haar aanwezig is in haar land van herkomst.

Zij zette reeds in haar aanvraag ex artikel 9ter VW uiteen dat Senegal tot een van de armste landen ter wereld behoort en dat de gezondheidszorg er erbarmelijk is. De medicatie is er niet beschikbaar, noch toegankelijk en degene die wel bestaan hebben astronomische hoge prijzen:

“[...

Health care utilization

Health care utilization in Senegal has been shaped by a variety of factors. Women have a greater likelihood of using care than men by 1.4 percentage points. At the individual level, the likelihood of seeking treatment is influenced by the relationship to the head of the household, employment status, gender, and age. It has been found that wealthier people are also more likely to use care by 8 percentage points than the poorest. Moreover, workers who belong to households that require a high load of farm work are less likely to seek care by 7.5 percentage points than the non-workers of households with a low agricultural work requirement.

Barriers to healthcare and medicine

Some of the greatest barriers to health care utilization include lack of information, lack of communication, low number of health care workers, and social and religious barriers. Currently, there is a strong need for strategies to empower and better support the knowledge role of health coordinators and supervisors. Additionally, the lack of access to current, relevant information by health professionals and decision-makers in Senegal has been problematic. Moreover, health workers desire information on ways to motivate men's involvement in reproductive health and to address rumors and religious barriers to family planning, which have hindered women's health care utilization.

Some Senegalese people, particularly in rural areas, face inadequate access to medicines and prescriptions. Improving access to medicine is a priority in developing nations like Senegal. In 2001, Senegal had only 520 pharmacies (1 per 18,320 people) and 731 health centers (1 per 13,032 people). Access to medicine in Senegal may be limited in three main areas: inadequate supply of drugs, including critical drugs missing in health centers and pharmacies; insufficient health infrastructures to cover needs of the entire population; and high costs of drugs, which are sometimes higher than the minimum price, which can be problematic for the poorest of the poor.

Disparities between rural and urban areas

Major disparities exist in health care access for those living in urban versus rural areas. Approximately 70% of doctors and 80% of pharmacists and dentists are located in Dakar, the capital city. However, only 42% of the Senegalese population lives in urban areas, such as Dakar, which means that few doctors are available to rural residents. Of every 10,000 women who give birth, 24 will die in urban areas, but nearly 100 will die in rural areas. Additionally, there are major disparities in children's nutrition in urban versus rural areas, with those in rural areas being more heavily disadvantaged. Therefore, great attention may be placed on narrowing the gap between urban and rural healthcare access.

Transportation to health facilities

Often, distance from health care facilities, rough roads, and improper means of transportation limit healthcare access in Senegal. For 80.5% of households, the poorly equipped health post is the only accessible health facility in an average distance of 4.3 kilometers. The closest high-level provider (i.e. a hospital) is located, on average, 20 km away from the village of the household. The improvement in the accessibility of health facilities through better road quality and better means of transport will have a positive effect on health care utilization. Because of extreme distances and environmental conditions, such as muddy roads, only 32% of rural households have regular access to a health center and thereby access to a medical doctor. There are two times more unpaved roads in Senegal than there are paved roads. Often, there is trouble with transportation and vehicles in that non-governmental organizations, or NGOs, may not have a large enough fleet, or vehicles are inappropriate for terrain and dirt roads. Some health centers have ambulances, but there is no plan for vehicle maintenance and replacement. Additionally, there are issues with the transportation of sick, pregnant women; if ambulances are not available, horse-drawn trailers may also be effective. The most effective avenue is to improve the mobility of health care providers rather than solely focusing on improving the mobility of rural populations, which requires far less structural support and funding than does providing transportation for every household.

Verwerende partij verzaakt in casu de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de noodzakelijke medicatie te onderzoeken.

Nergens in de thans bestreden beslissing werd onderzocht of de medicatie, behandeling en opvolging voor verzoekende partij voorradig en toegankelijk is in Senegal.

Verzoekende partij vindt bovendien in het administratief dossier de zogenaamde “BMA 8450” niet terug. Verwerende partij kan geenszins blijven volhouden dat de aandoeningen van verzoekende partij behandelbaar zijn in Senegal, zonder de beschikbaarheid en toegankelijkheid van ieder medicijn en behandeling te onderzoeken. De toestand van verzoekende partij is immers schrijnend, zoals ook geattesteerd door de behandelende arts.

Nog een indicatie waaruit onmiskenbaar blijkt dat de ziekte toegenomen is in ernst, is namelijk de duur van de behandeling. Eerst was er klaarblijkelijk nog hoop en zou de behandeling maximaal enkele jaren duren, thans is de duur van de behandeling onbepaald.

In die zin is de materiële motiveringsplicht en artikel 9ter van de Vreemdelingenwet tevens geschonden.

Volkomen ten onrechte houdt de bestreden beslissing bovendien voor dat uit de stukken van het dossier zou blijken dat verzoekende partij op afdoende wijze de toegang tot de nodige medische zorgen kan worden gegarandeerd.

De informatie in het medisch attest laat bovendien niet toe te besluiten dat deze informatie die door verzoekende partij werd aangebracht en werd bevestigd door onafhankelijke bronnen niet correct zou zijn. Noch de bestreden beslissing noch het attest van de behandelende arts verwijzen bovendien naar de door verzoekende partij aangehaalde inlichtingen.

De bestreden beslissing brengt dan ook niet de minste inlichtingen bij waarom de stellingen die door verzoekende partij in het initieel verzoekschrift krachtens art. 9ter werden aangehaald niet zouden kunnen weerhouden worden.

Een zorgvuldig bestuur heeft immers de verplichting om met alle elementen in het dossier rekening te houden. Dit is thans duidelijk niet het geval.

Er dient dan ook te worden besloten dat de bestreden beslissing gebrekkig werd gemotiveerd.

Nogmaals, verzoekende partij werd nooit onderzocht door de artsadviseur. De bestreden beslissing is aldus gestoeld op speculaties, hetgeen geenszins kan worden aanzien als een deugdelijke motivering en een zorgvuldige wijze van beslissen.

De materiële motiveringsplicht en het artikel 9ter Vreemdelingenwet zijn in diezelfde zin geschonden omdat helemaal niet blijkt dat in Senegal de nodige medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn, waardoor verzoekende partij niet zou onderworpen worden aan een onmenselijke of vernederende behandeling.

Daar verzoekende partij ernstig ziek is, verdere medische opvolging nodig heeft, nood heeft aan medicatie en het in Senegal ontbreekt aan een efficiënte en/of betaalbare gezondheidszorg en mantelzorg zodat verdere behandeling van verzoekende partij aldaar nagenoeg onmogelijk zal zijn.

Dat verzoekende partij in Senegal van medische hulp zou verstoken blijven is hoogstwaarschijnlijk.

Verzoekende partij betwist dan ook met klem de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorg voor haar in Senegal.

Een eventuele uitwijzing van de verzoekende partij zou tot gevolg hebben dat artikel 3 EVRM wordt geschonden. Artikel 3 EVRM verbiedt dat een persoon wordt onderworpen aan foltering of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen. De uitwijzing van een zieke naar een land waar onvoldoende medische voorzieningen voorhanden zijn, kan dergelijke behandeling uitmaken.

In die zin strijdt de bestreden beslissing dan ook met de materiële motiveringsverplichting, het zorgvuldigheidsbeginsel, artikel 3 EVRM, het redelijkheidsbeginsel en artikel 9ter van de Vreemdelingenwet."

2.3. Le requérant prend un troisième moyen libellé comme suit :

« - Schending artikel 9ter Vreemdelingenwet

- Schending van artikel 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 (formele motivering van de bestuurshandeling)

- Schending artikel 3 EVRM

De arts-attaché stelt in zijn beslissing het volgende met betrekking tot de beschikbaarheid van de medische zorgen en van de opvolging in Senegal:

Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau Médicale Advisering (BMA) » du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-

Bas. compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Asylum. Migration and Integration Fund (AMIF).

Artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen luidt als volgt:

“Art. 2. De bestuurshandelingen van de besturen bedoeld in artikel 1 moeten uitdrukkelijk worden gemotiveerd.

Art. 3. De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moeten afdoende zijn.”

Artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen creëert dus plichten voor het bestuur op het epistemologische vlak van de besluitvorming.

De formele motiveringsplicht impliceert dus dat de formulering van de beslissing de juridische en feitelijke motieven moet bevatten die het bestuur overwoog bij het nemen van haar beslissing.

De formele motiveringsplicht geeft dus vorm aan de ratio cognoscendi van het besluit.

Met andere woorden: de formele motiveringsplicht verandert niets aan de wezenlijke voorwaarden waaraan een besluit ingevolge de materiële motiveringsplicht dient te voldoen, maar verplicht een bestuur om de wezenlijke voorwaarden van deze beslissing afdoende te expliciteren aan de bestuurde. Cf. daaromtrent MAST, DUJARDIN, VAN DAMME en VANDE LANOTTE:

Voor de inwerkingtreding van de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen gold het principe dat de motieven op grond waarvan de bestuurshandelingen werden genomen weliswaar zowel in rechte als in feite toelaatbaar moesten zijn (materiële motivering), maar in beginsel niet opgenomen dienden te worden in de bestuurshandeling zelf (formele motivering). De wet van 29 juli 1991 heeft hierin een fundamentele wijziging gebracht. Voortaan moeten de bestuurshandelingen met individuele draagwijdte formeel gemotiveerd worden, tenzij een door de wet bepaalde uitzondering van toepassing is.

Het normdoel van de formele motiveringsverplichting bestaat er dus de bestuurde in staat te stellen de beslissing (feitelijk en rechtelijk te begrijpen).

Verwerende partij verwijst naar enkele bronnen in verband met de beschikbaarheid en opvolging van de medische zorgen in Senegal.

Verzoekende partij kan op geen enkele manier nagaan of de nodige medicatie en opvolging wel degelijk beschikbaar is in Senegal.

Immers het betreft informatie uit een niet-publieke databank.

Het wordt dan ook onmogelijk gemaakt aan verzoekende partij om de motivering op zicht van de bestreden beslissing zelf, te begrijpen.

De bestreden beslissing motiveert tevens nergens uitdrukkelijk welke medicatie/behandeling nu wel en welke niet aanwezig is in Senegal.

Ook dit vormt een manifeste schending van de formele motiveringsverplichting.

Verzoekende partij meent dat verwerende partij in die zin de formele motiveringsplicht heeft geschonden en bijgevolg ook artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en artikel 3 EVRM.”

3. Discussion

A titre liminaire, le Conseil rappelle que l'article 9ter, §1^{er}, de la loi précise que « L'étranger qui séjourne en Belgique (...) 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 troisième et cinquième alinéas de cet article indiquent 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. (...) 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 ».

En l'espèce, le Conseil constate que la décision entreprise est fondée sur un rapport, établi le 24 avril 2018, par le médecin conseil de la partie défenderesse sur la base, entre autres, des certificats médicaux produits par le requérant à l'appui de sa demande de prolongation de son autorisation de séjour, dont il ressort, en substance, que « la tuberculose conséquente est guérie. Des séquelles réputées douloureuses, conséquences évoquées de la tuberculose, de la gastrite et de l'antrite sont décrites ». Le médecin conseil relève également, sur la base de diverses sources documentaires énumérées dans son rapport, que « les soins par rhumatologue y compris les antalgiques mineurs (paracétamol), moyens (tramadol) ainsi que les dérivés cortisoniques (prednisolone) sont disponibles au Sénégal » et en conclut qu'« Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus et qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère non temporaire et suffisamment radical (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007), il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour du requérant ».

3.1. Sur la *première branche* du moyen unique, le Conseil observe que le requérant reproche tout d'abord au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir émis, sans même l'avoir examiné, un avis totalement contraire à celui de son médecin traitant dont il reproduit la teneur dans sa requête.

Quant à ce, le Conseil ne peut que constater que ledit avis dont se prévaut le requérant a été établi en date du 16 mai 2018 soit postérieurement à la prise de l'acte attaqué de sorte que le requérant est mal venu de faire grief au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir posé un diagnostic prétendument contradictoire par rapport à un document médical qu'il ne pouvait qu'ignorer à défaut d'avoir été porté à sa connaissance en temps utile.

Qui plus est, le Conseil rappelle également qu'il résulte clairement de l'article 9^{ter}, §1^{er}, de la loi, partiellement reproduit *supra*, que c'est au demandeur de l'autorisation de séjour qu'il incombe d'appuyer sa demande, outre par la production d'un certificat médical, de tout autre élément utile concernant sa maladie, c'est-à-dire, conformément à l'alinéa 1^{er} de l'article 9^{ter} de la loi, de tout renseignement de nature à établir qu'il « souffre d'une maladie dans un état tel 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 » et que c'est sur cette base que le fonctionnaire médecin « rend un avis à ce sujet », sous réserve, s'il l'estime nécessaire, « d'examiner l'étranger et [de] demander l'avis complémentaire d'experts » (CE, n°208.585, 29 octobre 2010). Contrairement à ce que tend à soutenir le requérant en termes de requête, il n'existe, par conséquent, aucune obligation spécifique dans le chef de ce médecin-fonctionnaire d'examiner systématiquement le demandeur ou de collecter plus d'informations sur son état de santé auprès de ses médecins traitants. Imposer une telle obligation serait conférer à la loi une portée que le législateur n'a pas entendu lui donner.

In fine, outre que le Conseil ne perçoit pas ce qui obligerait le médecin conseil de la partie défenderesse à motiver ses avis au regard de ceux du Comité consultatif belge de bioéthique, le Conseil rappelle que ceux-ci ne constituent pas des normes de droit dont la violation peut être utilement invoquée.

Partant, la première branche du moyen unique n'est pas fondée.

3.2. Sur les *deuxième et troisième branches réunies* du moyen unique, le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que celui-ci comporte bel et bien le document « BMA 8450 » émanant de la banque de données Medcoi duquel il ressort que les médicaments requis par l'état de santé du requérant sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine ainsi que les médecins spécialistes qu'il doit pouvoir consulter de sorte que l'affirmation du requérant visant à soutenir le contraire manque en fait.

En tout état de cause, le requérant reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse à cet égard, et d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient réellement d'avoir accès au système de soins de santé ainsi qu'aux médicaments dans son pays d'origine en manière telle que ses griefs sont dépourvus de toute utilité.

Le requérant reproche également à la partie défenderesse de n'avoir pas tenu compte de certains renseignements présentés à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, lequel grief manque à nouveau d'utilité à défaut pour le requérant de préciser lesdits renseignements dont la partie défenderesse aurait fait fi.

Pour le surplus, le Conseil constate que le requérant, sans démontrer d'erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse, se borne à réitérer les éléments présentés à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, tels que la gravité de sa pathologie, l'indisponibilité et l'inaccessibilité de son traitement, et invite de la sorte le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse, démarche qui excède la portée du contrôle de légalité auquel il est tenu dans le cadre du contentieux de l'annulation.

In fine, le Conseil renvoie au point 3.1. du présent arrêt quant au grief reformulé par le requérant à l'encontre de la partie défenderesse qui ne l'aurait pas examiné.

3.3. Par conséquent, les deuxième et troisième branches du moyen unique ne sont pas davantage fondées.

3.4. Au regard de ce qui précède, il appert que le moyen unique n'est pas fondé.

4. Débats succincts

4.1. 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.

4.2. 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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le treize août deux mille vingt et un par :

Mme V. DELAHAUT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

V. DELAHAUT