

Arrêt

n° 261 719 du 6 octobre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : chez Me L. DE FURSTENBERG, avocat,
Avenue de la Jonction 27,
1060 BRUXELLES,

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

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

Vu la requête introduite le 1^{er} avril 2021 par X, de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision de non-fondement d'une demande d'autorisation de séjour introduite en application de l'article 9ter de la loi du 15/12/1980, prise le 10 février 2021 et notifiée le 2 mars 2021 ainsi que l'ordre de quitter le territoire annexé pris et notifié le même jour que la première décision attaquée* ».

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 la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 27 août 2021 convoquant les parties à comparaître le 28 septembre 2021.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me C. DETHIER *loco* Me L. DE FURSTENBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 28 décembre 2011, le requérant a déclaré être arrivé sur le territoire belge et a sollicité la protection internationale le 30 décembre 2011. Cette procédure s'est clôturée par une décision négative prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 28 septembre 2012, laquelle a été confirmée par l'arrêt n° 98 388 du 5 mars 2013.

1.2. Le 10 octobre 2012, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile a été adopté à l'encontre du requérant.

1.3. Le 19 mars 2013, un nouvel ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile a été pris à l'égard du requérant.

1.4. Le 3 juillet 2020, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, complétée le 26 octobre 2020. Cette décision a été rejetée le 2 décembre 2020 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Elle a toutefois été retirée en date du 8 février 2021.

1.5. En date du 10 février 2021, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, notifiée au requérant le 2 mars 2021.

Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« MOTIF :

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

Dans son avis médical remis le 09.02.2021, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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 que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif du requérant ».

A la même date, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire, lequel constitue le second acte attaqué qui est motivé comme suit :

« Ordre de quitter le territoire

Il est enjoint à Monsieur :

[...]

de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen, sauf s'il possède les documents requis pour s'y rendre, dans les 30 jours de la notification de décision.

MOTIF DE LA DECISION :

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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

- L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé de la deuxième branche du moyen d'annulation.

2.1. Le requérant prend un moyen unique «

- de la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ;
- De l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, des droits de la défense, dont le droit d'être entendu par une autorité nationale ;
- des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation des actes de l'administration ;
- du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs ;
- de l'erreur manifeste d'appréciation ;
- du principe général de bonne administration ;
- du principe de précaution et de minutie ».

2.2. En une deuxième branche, il rappelle qu'en vertu de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, les personnes gravement malades pour lesquelles un retour dans le pays d'origine entraînerait un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique ou un risque de subir un traitement inhumain ou dégradant doivent pouvoir obtenir un droit au séjour en Belgique. Il souligne que la partie défenderesse est tenue de démontrer qu'un retour de la personne étrangère dans son pays d'origine n'entraînerait pas un traitement inhumain ou dégradant et ne constituerait pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique. Ainsi, il prétend que la motivation de l'acte attaqué doit permettre de vérifier si la partie défenderesse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité.

Il ajoute que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer ce dernier des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Ainsi, il déclare qu'il n'est pas contesté qu'il souffre d'une forme grave de tuberculose qui peut entraîner un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique en l'absence de traitement adéquat. Il rappelle prendre un traitement médicamenteux régulier (antibiothérapie) et est suivi par un infectiologue et un neurochirurgien. De même, il est toujours hospitalisé depuis plus d'un an.

Il souligne que son médecin a clairement indiqué dans les documents médicaux figurant au dossier administratif qu'un arrêt des traitements en cours est absolument impossible, qu'il risquerait de mourir. Il souligne également l'importance des contrôles réguliers de son traitement anticoagulant en centre spécialisé vu le risque de saignements spontanés dans le cas contraire.

Or, il relève que la partie défenderesse a considéré qu'il peut retourner en Guinée dans la mesure où la prise en charge et les traitements nécessaires y seraient disponibles et accessibles, « *pour autant que le patient suive les recommandations thérapeutiques et d'hygiène de vie de ses médecins* », comme mentionné par le médecin conseil.

Ce dernier affirmerait « *sans se soucier un seul instant de savoir si Monsieur D. aura accès à un environnement de vie de sain et hygiénique en Guinée pour justement suivre les recommandations de ses médecins* ».

Il constate que, pour aboutir à cette conclusion, la partie défenderesse s'est référée à l'avis médical du Docteur [C.], médecin conseil de la partie défenderesse, qui s'est lui-même basé uniquement sur des articles tirés d'Internet pour constater la disponibilité et l'accessibilité des soins en Guinée, à savoir « *Social Security Online, Social Security Programs Throughout the World: Africa, 2015, Guinea, <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/prodesc/ssptw/2008-2009/africa/guinea.html>* » et FIDESCO, <http://www.fidesco-international.org/be/prj/st-gabriel/>.

Il estime que les documents sur lesquels s'est basé le médecin conseil ne démontrent nullement que les soins dont il a besoin sont non seulement disponibles mais également accessibles dans son pays d'origine. Il ajoute qu'ils ne répondent en rien au contenu des documents qu'il a déposés à l'appui de sa

demande et de son complément afin de démontrer l'indisponibilité et l'inaccessibilité des soins que nécessite son état.

2.3.1. Concernant la question de la disponibilité du traitement médicamenteux et des soins, il souligne que la gravité de sa maladie est importante. A ce sujet, il fait référence au propos tenus par le chef de clinique du CHU Saint-Pierre du 1^{er} avril 2021 dont il ressort notamment que sa tuberculose est « *très difficile à éradiquer* ». En outre, il déclare que ses douleurs sont importantes.

Dès lors, il estime que ces informations sont capitales et n'ont pas pu être transmises à la partie défenderesse qui a pris une seconde décision de refus de la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 après l'introduction d'un recours en suspension et annulation en date du 1^{er} février 2020 sans annuler la première décision. Par conséquent, il prétend ne pas avoir eu la possibilité d'actualiser sa situation médicale qui empire. Dans le cadre du présent recours, il produit un tableau du 1^{er} avril 2021 reprenant le traitement qu'il suit actuellement.

En outre, il rappelle qu'il était mentionné, dans le complément à sa demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, que le traitement médicamenteux était composé de Nicotibine, Rifadine, Tebrazid, Durogesic, Valium et si nécessaire constipation Movicol ou encore de l'Oxynorm, du dafalgan et pyridoxine s'il ressentait des douleurs. Il ajoute qu'il prend également du Zolpidem, information qui n'a pas pu être apportée au dossier car la partie défenderesse n'a pas retiré sa première décision avant de prendre la seconde, à savoir le présent acte attaqué.

Par ailleurs, il relève que la partie défenderesse, afin d'attester de la disponibilité de son traitement médicamenteux, se base sur des informations tirées du site MedCoi.

Ainsi, il constate que la requête MedCoi du 27 avril 2020, qui date d'il y a un an, mentionne la disponibilité des médicaments suivants : Isoniazid (pour nicotibine), Rifampicin (pour rifadine) et Pyrazinamide (pour tebrazid). Or, il relève qu'une analyse approfondie de ce document révèle que, contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, celui-ci ne démontre absolument pas la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical spécialisé et régulier que nécessite son état.

Il souligne que la partie défenderesse n'a pas vérifié la disponibilité des médicaments suivants : Durogesic et Valium.

Il constate que le document MedCoi, référencé BMA 13571, concerne le traitement médicamenteux d'une personne atteinte de tuberculose et de lèpre, ce dont il ne souffre pas. Il ajoute que ce document révèle que les médicaments suivants sont disponibles : Isoniazid (pour nicotibine ?), Rifampicin (pour rifadine ?) et Pyrazinamide (pour tebrazid ?). En outre, il constate qu'un suivi par un médecin spécialiste en tuberculose (de trithérapie anti-tuberculeuse) est possible mais il n'est pas précisé où. De même, il n'est pas indiqué si un neuro-chirurgien est disponible, ni si une trithérapie est envisageable. Au même titre, il n'est pas davantage indiqué si une anti-biothérapie est envisageable.

En ce qui concerne les médicaments, il relève que rien d'indique dans quelle mesure ces derniers sont disponibles et à quel prix. Ainsi, il ne peut que constater que les informations MedCoi déposées se limitent, en effet, à faire état de la disponibilité de certains médicaments, mais pas tous, ce qui est totalement insuffisant pour démontrer qu'ils sont effectivement disponibles et accessibles à l'ensemble de la population et que le requérant pourrait y avoir accès. Il précise que cette « *simple évocation n'est, en outre, absolument pas suffisante étant donné les fréquentes ruptures de stocks que connaît la Guinée (voir informations générales figurant au dossier administratif)* ».

Par conséquent, il relève que la partie défenderesse n'a dès lors absolument pas valablement démontré, eu égard aux informations qu'il a déposées à l'appui de sa demande, qu'il pourrait malgré tout bénéficier du traitement médicamenteux que nécessite son état et que ce dernier est disponible en Guinée. Il rappelle que son traitement médicamenteux ne peut être interrompu sous peine d'entraîner des complications, voire sa mort.

Par conséquent, en considérant que les médicaments qui composent son traitement médicamenteux sont disponibles en Guinée sur base uniquement des informations tirées de la banque de données MedCoi, il estime que la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation. A cet égard, il fait référence à l'arrêt n° 49 781 du 19 octobre 2010.

Il relève qu'il n'existe aucune indication sur les conditions dans lesquelles les soins et les traitements sont disponibles, la durée d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ainsi que la possibilité d'un suivi régulier. De même, il souligne que la base de données MedCoi ne donne pas non plus de renseignements sur la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose ni de quelle manière, à quelles conditions et à quel coût cette prise en charge pourrait avoir lieu, et ce d'autant plus que tous les établissements mentionnés dans les documents MedCoi sont des établissements privés.

D'autre part, il met en évidence le fait que la Guinée compte plus de 13 millions d'habitants dont plus de 3 millions vivent à Conakry de sorte qu'il est illusoire de considérer, sur la seule base de l'existence d'un service spécialisé, qu'il pourrait y avoir accès et y recevoir le suivi médical adéquat en cas de retour dans son pays d'origine.

En effet, en se basant uniquement sur ces documents afin de considérer que le suivi médical et biologique est disponible et qu'il pourrait obtenir un suivi spécialisé régulier en Guinée, la partie défenderesse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation et a manqué à son devoir de motivation.

Par conséquent, il considère que la motivation relative à la disponibilité du traitement médicamenteux, du suivi médical et biologique que nécessite son état de santé est totalement insuffisante et inadéquate.

A titre surabondant, il précise que le projet MedCoi est « *un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine, et non pas leur accessibilité* ». Dès lors, il estime que les informations contenues dans ces rapports doivent être fortement relativisées puisque toute une série d'informations fondamentales sur l'accessibilité ne sont pas fournies. Dès lors, il estime que la partie défenderesse n'a pas valablement démontré, eu égard aux informations qu'il a déposées à l'appui de sa demande, qu'il pourrait malgré tout bénéficier du traitement médicamenteux que nécessite son état et que ce dernier est disponible en Guinée. Ainsi, il rappelle que son traitement médicamenteux ne peut pas être interrompu sous peine d'entraîner des complications cérébrales et cardiaques, voire sa mort.

En outre, il déclare que, pour contrer la possibilité d'une rupture de stock de ses médicaments, la partie défenderesse a avancé que : « *Notons aussi que dans son arrêt 61464 du 16.05.2011, le CCE affirme que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles* ». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que le requérant « *peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné* ». L'intéressé pourrait donc se déplacer et s'installer là où les soins sont disponibles.

Quant aux ruptures de stock temporaires de médicaments, qui peuvent survenir dans n'importe quel pays rappelons le, la maladie du requérant étant chronique il lui appartient de constituer une réserve de son traitement pour faire face à une éventuelle rupture temporaire dans l'approvisionnement ».

Ainsi, il apparaît que le médecin conseil de la partie défenderesse a reconnu l'existence d'une rupture de stock temporaire de médicaments en Guinée mais écarte cet argument d'un revers de la main en considérant qu'il n'a qu'à faire un « *petit stock* » pour pallier à l'éventualité de ce risque, sans analyser d'une quelconque manière s'il aura accès à ses médicaments que le médecin-conseil n'a pas pris la peine d'énumérer. Il fait également référence à l'arrêt n° 49 781 du 19 octobre 2010.

Dès lors, il estime que le premier acte attaqué et l'avis médical sont totalement stéréotypés et ne mentionnent aucune spécificité de son dossier médical. Il considère même comme choquant que « *pas un des médicaments qu'il doit prendre n'y est mentionnée* » alors « *qu'il est actuellement hospitalisé et doit prendre quotidiennement : Nicotibine. Rifadine, Tebrazid. Durogesic, Valium + si nécessaire constipation Movicol + si douleurs Oxynorm, dafalgan et pyridoxine* ».

Par conséquent, il relève que la motivation relative à la disponibilité de son traitement médicamenteux et du suivi médical et biologique est totalement insuffisante et inadéquate.

2.3.2. Concernant l'accessibilité du traitement, premièrement, il relève que le médecin-conseil considère qu'il pourrait avoir accès aux soins adéquats car il existe un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents du travail, maladies professionnelles et prestations familiales et se base sur le site Internet Social Security Online. Cependant, il estime qu'une lecture attentive du document déposé indique que cette couverture sociale n'est accessible qu'aux travailleurs salariés et que pour pouvoir en bénéficier le travailleur doit être immatriculé, avoir travaillé et cotisé pendant au moins trois mois avant la constatation de la maladie.

Dès lors, il constate que le renvoi aux informations contenues dans le Social Security Online qui sont en totale contradiction avec sa situation personnelle, démontre bien le manque de minutie avec laquelle l'administration a traité cette demande. Ainsi, il rappelle être déjà malade et que son traitement ne peut pas être interrompu. A cet égard, il fait référence à l'arrêt n° 235 612 du 28 avril 2020.

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

Il estime que la simple constatation de l'existence du dispensaire Saint-Gabriel à Conakry n'est pas suffisante pour conclure à la disponibilité en Guinée du traitement et du suivi dont il a besoin. Ainsi, Il relève que la partie défenderesse a indiqué que *« l'organisation catholique FIDESCO a construit en 1987 le dispensaire Saint Gabriel, qui est aujourd'hui une des plus grosses structures médicales de Conakry et qui permet de passer une consultation, les éventuels examens nécessaires et recevoir les médicaments prescrits pour un prix forfaitaire de 3 euros pour un adulte »*. Toutefois, il constate qu'il ressort d'une lecture attentive du site auquel se réfère la partie défenderesse dans l'acte attaqué que ce dispensaire est un dispensaire de soins primaires. De plus, il apparaît clairement sur leur site Internet que *« le dispensaire Saint Gabriel est destiné à fournir des soins de base aux personnes démunies qui s'y présentent »*, ce qui est manifestement insuffisant dans son cas, son état de santé nécessitant un suivi médical spécialisé avec un cardiologue, un suivi de sa coagulation (RNI) ainsi qu'un traitement médicamenteux spécifique à vie.

Dès lors, il estime que la partie défenderesse, en considérant qu'il pourrait bénéficier des traitements nécessaires et du suivi requis au sein de ce dispensaire, a commis une erreur manifeste d'appréciation. Il mentionne à cet égard, à nouveau, l'arrêt précité du 28 avril 2020 dont il ressort que *« (...) les seules références à des programmes ayant pour ambition de favoriser l'accès au plus grand nombre à des soins de santé ou la référence à un dispensaire crée par une organisation caritative sans confirmation que les soins et le suivi spécifiques nécessités par la partie requérante y sont délivrés, ne peut suffire à constater que les soins de la partie requérante lui sont accessibles »*.

Par ailleurs, il déclare avoir déposé toute une série d'informations précises concernant *« le manque d'infrastructures, le faible accès aux soins, le manque de médicaments et de médecins spécialistes »*. Or, il ne semble pas que la partie défenderesse en ait tenu compte à suffisance alors que ces informations sont pourtant fondamentales car elles viennent attester de l'extrême difficulté pour la population guinéenne de bénéficier d'un traitement et d'un suivi efficace.

Enfin, il estime que la motivation du premier acte querellé ne permet pas de comprendre pourquoi les informations déposées par la partie défenderesse devraient primer sur celles qu'il a déposées et pourquoi ces dernières ne doivent pas être prises en compte.

Troisièmement, il relève que la partie défenderesse précise qu'il pourrait travailler car il est en âge de le faire et que rien n'indique dans son dossier médical une incapacité de travail de sorte qu'il pourrait ainsi bénéficier du système social du pays, la partie défenderesse ajoutant qu'il a également vécu une grande partie de sa vie en Guinée et qu'il y a de la famille.

Il mentionne également les propos suivants de la partie défenderesse : « *Par ailleurs, il ressort des déclarations déposées par l'intéressé auprès des instances d'asile compétentes belges, qu'il a de la famille au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité.*

Soulignons que nous devons considérer ces informations comme étant crédibles puisque le requérant, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître réfugié ».

Or, il estime que le simple fait d'avoir tissé des liens en Guinée ou d'y avoir encore de la famille ne permet pas pour autant de conclure qu'il pourra recevoir l'aide financière dont il a besoin pour financer son traitement et le suivi médical que nécessite son état. Il déclare n'avoir plus de contact avec les membres de sa famille et avoir quitté son pays en 2011.

2.3.3. Concernant les documents déposés à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins, il rappelle s'être référé, dans sa demande et son complément, à toute une série de sources qui révèlent que son traitement et le suivi nécessaire à son état de santé sont indisponibles et inaccessibles.

Il souligne avoir indiqué qu' « *Un article scientifique de 2006 (Camara A, Diallo A, Camara L.M. et al., «Facteurs liés au retard du diagnostic de la tuberculose à Conakry (Guinée)», Santé Publique, 2006/1 (Vol 18), p. 63-70. DOI : 10.3917/spub. 061.0063. URL : <https://www.caimint.info/revue-sante-publique-2006-l-pase-63.htm>) traite de la question particulière du traitement de la maladie de Pott en Guinée.*

Les informations intéressantes que l'on peut tirer de cet article sont les suivantes :

en Guinée, la tuberculose demeure un problème de santé publique malgré l'existence d'un programme national de lutte contre la tuberculose (PNLAT).

L'ampleur réelle du problème de la tuberculose était ignorée jusqu'en 1988, année au cours de laquelle la Ire enquête tuberculique a été réalisée dans la ville de Conakry. Néanmoins, 20 % des patients avec un délai long pensaient avoir consulté à temps une structure conventionnelle de soin. Pour ceux-ci, une mauvaise prise en charge de leur maladie dans les structures de santé aurait rallongé le délai du diagnostic de la tuberculose. Pour améliorer cette prise en charge, les autorités des services de santé et du personnel devraient être sensibilisées pour réduire le tarif ou rendre gratuite la consultation pour les patients démunis. Cette attitude permettrait aux patients pauvres de consulter, sans retenue, les services conventionnels de soins. Le délai lié au service conventionnel de soin a contribué de façon plus importante que le délai lié au patient à la durée totale avant le diagnostic. En effet, contrairement à l'idée défendue par le personnel soignant selon laquelle le diagnostic et la mise en route du traitement antituberculeux sont tardifs par la faute du patient, le délai lié au service conventionnel de soins était le double du délai lié au patient (6 semaines versus 3 semaines).

2.

Dans un Rapport de mission en République de Guinée, publié en mars 2012 par le CGRA, l'OFPRA et l'Office fédéral des migrations suisse (disponible ici: <https://www.refworld.org/docid/500d252b2.html>), il est indiqué :

« Divers indicateurs révèlent que le système de santé guinéen figure parmi les moins performants au monde. En Guinée, l'espérance de vie à la naissance est de 54,1 ans et, sur 1 000 naissances, 142 enfants meurent avant leur cinquième anniversaire.

Alors que la Belgique, la France et la Suisse ont consacré en 2009 respectivement 7 %, 8,7 % et 6,4 % du produit national brut (PNB) au domaine de la santé, la Guinée y a voué à peine 0,6 % ».

En termes de disponibilité des médicaments, le rapport explique que :

« Selon l'OMS, il arrive que des difficultés d'approvisionnement pour certains médicaments se produisent à ce niveau. Diverses sources sur place indiquent même qu'il peut y avoir parfois pénurie de certains produits pendant plusieurs mois ».

3. Le site des affaires étrangères canadien indique également :

« L'accès aux soins de santé de bonne qualité est limité. Les établissements de santé sont peu nombreux, et les médicaments sont rares à Conakry et dans le reste du pays. En cas d'urgence médicale grave, une évacuation peut s'avérer nécessaire ».

Ainsi, il n'existe que deux cliniques disposant de structures chirurgicales en Guinée et le requérant nécessite des soins opératoires.

4.

Dans un autre article scientifique de 2017 (Somparé, Abdoulaye W. «La politique et les pratiques de santé en Guinée à l'épreuve de l'épidémie d'Ebola : le cas de la ville de Conakry. » Lien social et Politiques, numéro 78, 2017, p. 193-210. <https://doi.org/10.7202/1039345ar>), nous apprenons que :

La Guinée possède un système de santé de type pyramidal. Dans la capitale guinéenne, composée de cinq communes urbaines[2], la base est constituée par les centres de santé qui dispensent des soins primaires, tels que les soins ambulatoires, les accouchements, le suivi prénatal et la vaccination (Doumbouya, 2008). Au niveau intermédiaire, chaque commune dispose d'un CMC (centre médical communal) dans lequel on trouve plusieurs spécialistes, dont au moins un chirurgien, un gynécologue et un pédiatre. Le sommet de la pyramide, situé à Conakry, est organisé autour des deux Centres hospitaliers universitaires (CHU) du pays et d'un récent centre hospitalier sino-guinéen. Leur capacité d'accueil, ainsi que la présence de médecins renommés, font de ces établissements les centres d'excellence du système sanitaire guinéen. Toutes les spécialités médicales y sont représentées et certaines, comme la psychiatrie, n'existent qu'à Conakry. Si en milieu rural les populations sont très impliquées dans la construction et l'entretien des structures sanitaires de base, comme le préconisent les politiques de décentralisation appliquées dès 1987, les habitants de la capitale ont, quant à eux, un rapport plus distant aux établissements de soins. En fait, ils ne vont pas se soigner en fonction du découpage administratif qui les rattache, théoriquement, à tel centre de santé plutôt qu'à tel autre. Comme le soulignent Jaffré et de Sardan (2003:59), les itinéraires thérapeutiques des patients ne se construisent pas selon les politiques de sectorisation, mais selon d'autres logiques sociales. Ce sont, par exemple, souvent les réseaux d'interconnaissance qui conduisent certains patients à fréquenter un centre de santé plutôt qu'un autre.

Or, en l'espère, le requérant ne connaît plus personne au pays car il l'a quitté il y a plus de 10 ans.

Et l'auteur de continuer : Dans d'autres cas, et en particulier à Conakry, ce sont les moyens financiers dont disposent les patients les plus aisés qui les orientent vers les cliniques privées alors que pour d'autres populations, ce sont les appartenances sociales et communautaires qui s'avèrent décisives. Ainsi, dans un contexte d'inégalités sociales croissantes et de radicalisation des identités ethniques, les itinéraires thérapeutiques des individus semblent bien plus dépendre de logiques d'affiliation à des groupes que d'un ancrage territorial au sein d'une commune urbaine. De plus, le manque criant d'infrastructures sanitaires publiques dans une situation de forte croissance démographique a favorisé la multiplication de cliniques privées, dont les niveaux de soins sont très hétérogènes et souvent mal connus et mal contrôlés par les autorités communales et par le ministère de la Santé. L'essor de ces cliniques, bien que préconisé par les politiques et programmes internationaux d'ajustement structurel, est vecteur d'inégalités dans l'accès aux services de santé.

Comme dans de nombreux pays, les stratégies empruntées par les patients et leur famille pour accéder aux soins varient en fonction de leur revenu, de leur niveau d'étude et de leurs croyances.

Mais une des caractéristiques guinéennes, que l'on rencontre également dans des pays voisins (Badji et Desclaux, 2015) est la pratique courante de l'automédication qui est utilisée par tous les patients en milieu rural comme urbain. En effet, les maladies bénignes ou ne nécessitant pas d'autres soins que ceux dispensés par les centres de santé sont souvent traitées en prenant principalement en compte les conseils des marchands de médicaments qui concurrencent directement les pharmacies. L'automédication est alors une alternative pour réduire les coûts, mais aussi pour surmonter la «peur de l'ordonnance» qui hante beaucoup de ménages pauvres, car les prescriptions médicales sont souvent approximatives ou mal comprises par les pharmaciens, ce qui peut conduire à l'achat de nombreux médicaments.

Le recours aux guérisseurs est également très fréquent, puisque les croyances traditionnelles, encore partagées par une importante partie de la population, imputent les causes des maladies à des éléments magico-religieux ou à la sorcellerie.

Monsieur D. risque donc d'être renvoyé vers un marabout plutôt que vers un infectiologue ou un neurologue !

1) En cas de maladie, le choix d'un hôpital ou d'une clinique varie en fonction du statut socioéconomique des patients. Même si l'on ne peut pas rigoureusement parler de classes sociales dans la société guinéenne, il existe néanmoins des strates sociales entre lesquelles persistent de fortes différences en termes de conditions de travail, de vie et de revenu (Somparé, 2015). Les grands négociants et les commerçants fortunés ainsi que les hauts-fonctionnaires ayant accès aux ressources de l'État, constituent une élite économique et sociale qui a pris l'habitude de soigner ses maladies graves à l'étranger, par exemple au Sénégal ou au Maroc, ou, pour les cas les plus graves, en Europe. La fréquentation de certaines cliniques haut de gamme, modernes et luxueuses, constitue également une pratique distinctive.

2) D'autres cliniques, moins élitistes, mais jouant d'une bonne réputation, de locaux propres et d'équipements modernes, attirent, quant à elles, une classe moyenne naissante, composée par des salariés locaux d'institutions internationales, des employés de banque ou des rares entreprises privées qui «abonnent» leurs personnels à des structures conventionnées.

3) En revanche, les plus pauvres, pour lesquels l'ordonnance est un drame (Jaffré et de Sardan, 2003), n'ont pas d'autres choix que de se tourner vers les centres de santé les plus proches, les cliniques les moins chères et surtout les lieux où l'on connaît quelqu'un. Ce dernier point est particulièrement important, car il souligne combien les appartenances communautaires jouent un rôle dans le choix d'un établissement de soins. En effet, les patients ordinaires, souvent traités avec peu d'égards par le personnel de santé, cherchent à être soignés là où ils disent avoir confiance, à savoir dans une clinique ouverte par l'un des membres de leur ethnie, ou par un ressortant de leur quartier. Mr D. sera contraint de devoir refuser des soins faute de moyen pour les payer comme l'atteste l'article scientifique mentionné ci-dessus : «Ainsi, dans les structures sanitaires, il est systématiquement demandé aux patients d'acheter, sur place, les produits nécessaires pour le traitement. Par exemple, un malade qui fait une crise d'asthme se verra demander le prix de l'oxygène utilisé pour le soulager et, s'il ne peut pas payer, le traitement lui sera refusé. Les nombreux cas de décès survenant dans les familles incapables de payer leurs soins expliquent également le peu de confiance qu'ont les patients dans les structures sanitaires. »

Sur la vision que la population a des médecins, il est intéressant de noter que :

« Il faut rappeler qu'en Guinée les hôpitaux sont craints à cause des doutes qui planent sur les compétences du personnel de santé. À Conakry, chacun a une ou plusieurs histoires à raconter sur des erreurs médicales ayant entraîné la mort d'un parent ou d'un proche. Il y a un véritable foisonnement de récits de ce genre, ce qui alimente la suspicion envers les médecins. Il en résulte que chacun est en quête du bon spécialiste, celui à qui on peut faire confiance et que l'on suit, même lorsqu'il quitte l'hôpital pour une clinique privée ou qu'il ouvre son propre cabinet.

Notons aussi que la jeunesse et l'inexpérience du personnel soignant sont souvent mises en avant lorsque les usagers expriment des griefs envers le personnel médical. En effet, la plupart des spécialistes qui travaillent dans les CHU, tout en donnant des cours dans les facultés de médecine de Conakry, ont un emploi du temps très chargé, d'autant plus qu'ils cumulent souvent d'autres emplois dans des cliniques ou des cabinets privés, dont ils peuvent être parfois aussi les propriétaires. Ainsi ces médecins, à l'instar de nombreux

fonctionnaires, combinent les salaires qu'ils jugent insuffisants dans la fonction publique par d'autres activités professionnelles. Or, pendant les absences des titulaires, les services des hôpitaux sont confiés à des médecins moins expérimentés qui en plus de soigner doivent coordonner le travail d'un personnel de santé composé en grande partie de jeunes médecins et d'infirmiers stagiaires ». (.)

« Relevons enfin que la crainte de l'hôpital et les doutes sur la compétence du personnel médical sont aussi alimentés par le fait qu'en raison du coût élevé des soins et de la préférence pour la médecine traditionnelle, beaucoup de patients ne consultent que lorsque leur état est déjà très grave. L'hôpital est ainsi davantage perçu comme un mouvoir que comme un lieu de guérison ».

Or, dans le premier acte litigieux, la partie défenderesse n'a répondu à aucun de ces arguments au sujet de l'inaccessibilité et de l'indisponibilité des soins de santé et s'est bornée à déclarer que la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que le fait, que dans un pays, la situation soit moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminante au regard de l'article 3 de la Convention européenne précitée.

Il estime que cette motivation est inadéquate et ne rencontre en rien le contenu des documents qu'il a joints à sa demande.

Il prétend qu'il n'est nullement question d'une situation moins favorable mais d'un manque de médecins spécialistes, de structures médicales adaptées, de possibilités de suivi biologique et d'un manque de médicaments qui pourraient entraîner des complications cérébrales et cardiaques possiblement mortelles, soit une forme de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne précitée (voir certificats médicaux figurant au dossier administratif), soit une forme de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de cette même Convention.

Il constate que la partie défenderesse ne répond pas aux arguments spécifiques de sa demande concernant les informations relatives à l'absence de disponibilité et d'accessibilité des soins spécifiques requis. Or, il rappelle, à ce sujet, que le Conseil a sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse de ces éléments, notamment dans un arrêt n° 110 513 du 24 septembre 2013. Il mentionne également l'arrêt n° 73 791 du 23 janvier 2012.

Dès lors, il estime que la partie défenderesse a manifestement violé son obligation de motivation et les principes de bonne administration, de même qu'elle a commis une erreur manifeste d'appréciation de sa demande et a violé l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 et l'article 3 de la Convention européenne précitée. Il déclare que la partie défenderesse était tenue de rendre une décision en se basant sur les éléments déposés au dossier administratif au moment où elle statue et a donc violé le principe de bonne administration et a commis une erreur manifeste d'appréciation en considérant que le suivi qui est nécessaire est disponible et accessible et en ne tenant pas compte des informations relatives aux différents risques d'aggravation de sa maladie.

Dès lors, il estime qu'une analyse attentive de l'acte attaqué révèle que la partie défenderesse a violé de manière flagrante l'ensemble des dispositions et principes cités au moyen.

3. Examen de la deuxième branche du moyen d'annulation.

3.1. S'agissant du moyen unique quant à sa deuxième branche, concernant plus particulièrement la question de la disponibilité des soins nécessaires au requérant, l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de la première décision attaquée, précise que « *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 alinéa 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.

L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter dans la loi précitée du 15 décembre 1980 signale que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements 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.

Par ailleurs, 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 établis 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).

3.2. En l'espèce, il ressort du dossier administratif que le requérant a sollicité une autorisation de séjour pour raisons médicales en date du 7 juillet 2020, laquelle a été complétée le 22 octobre 2020. Ainsi, le requérant souffre d'une tuberculose multisensibile et est sous statut post-opératoire d'une intervention de fixation trans-pédiculaire D9, D10, D12, L1 et laminectomie D9-D11 pour lesquels un traitement à base de nicotibine, rifadine, tebrazid, durogesic, oxynorm instant, dafalgan et pyridoxine est requis ainsi qu'un suivi par un infectiologue, un neurochirurgien et la nécessité d'une rééducation.

Dans son avis du 9 février 2021, le médecin conseil de la partie défenderesse a conclu à la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine en se fondant, d'une part, sur le site <https://guineesignal.com/hopital-national-donka-le-dr-seylan-diawara-premiere-neurochirurgienne-guinee/?pr=58275&lang=fr>, qui attesterait que des consultations en neurochirurgie sont disponibles en Guinée, et sur la banque de données MedCoi (BMA-13571) dont il ressortirait une disponibilité de la trithérapie antituberculeuse et l'existence de consultations par des médecins spécialistes en tuberculose.

En termes de requête, le requérant constate, en se basant sur la requête MedCoi précitée, que l'isoniazid (pour nicotibine), rifampicin (pour rifadine) et la pyrazinamide (pour tebrazid) seraient disponibles en Guinée. Or, il relève toutefois que la partie défenderesse n'a nullement vérifié la disponibilité des autres médicaments mentionnés dans les documents médicaux contenus au dossier administratif, soit ceux datés du 9 avril 2020, à savoir notamment le durogesic et le valium.

Ainsi, le médecin conseil ne s'est nullement prononcé sur la disponibilité de ces médicaments, lesquels sont toutefois repris dans les documents médicaux du 9 avril 2020 contenus au dossier administratif de sorte que la partie défenderesse ne pouvait les ignorer et faire l'impasse sur l'examen de leur disponibilité, sans fournir aucune explication quant à cet « *oubli* ». Cette omission revêt une importance d'autant plus grande au vu des conséquences graves d'un arrêt du traitement, à savoir une reprise de la tuberculose, voire le décès.

De plus, le médecin conseil s'en réfère à la source <https://guineesignal.com/hopital-national-donka-le-dr-seylan-diawara-premiere-neurochirurgienne-guinee/?pr=58275&lang=fr> afin d'appuyer l'existence de neurochirurgien en Guinée et leur disponibilité. Or, à la lecture de cet article intitulé « *Hopital national Donka : le Dr Seylan Diawara, première neurochirurgienne guinéenne* », il apparaît que ce dernier fait état de l'existence d'un médecin spécialisé en neurochirurgie qui serait la première neurochirurgienne guinéenne mais rien dans l'article ne permet d'attester de la disponibilité de cette dernière, cette information ne ressortant pas clairement de l'article contenu au dossier administratif. Cette seule information tirée de l'article précité est trop peu explicitée et contextualisée pour attester avec certitude de la disponibilité d'un neurochirurgien pour les pathologies du requérant.

Dès lors, le Conseil ne peut, au vu de ces constatations, affirmer que l'ensemble du traitement nécessaire au requérant est disponible effectivement et concrètement au pays d'origine.

Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse déclare, d'une part, que le traitement actif actuel du requérant consiste en la trithérapie antituberculeuse et ne mentionnait pas d'autres médicaments. Elle ajoute que le requérant n'a pas démontré que le valium et durogesic faisaient partie de son traitement. Or, ces médicaments étaient bien mentionnés dans les documents médicaux du 9 avril 2020, et quand bien même, ils ne l'étaient pas dans le certificat médical du 16 juin 2020, rien ne permet d'affirmer que le requérant n'a plus besoin de ces médicaments. D'ailleurs, le médecin conseil ne parle nullement de ces médicaments, fusse pour contester l'actualité du traitement. Dès lors, cette objection de la partie défenderesse ne permet pas de remettre en cause les constats dressés *supra*. D'autre part, quant au grief portant sur l'absence de disponibilité du neurochirurgien, la partie défenderesse est muette à ce sujet dans sa note d'observations.

3.3. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse ne pouvait valablement considérer, en se basant sur le rapport de son médecin conseil, que l'ensemble des médicaments requis est disponible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse a porté atteinte à l'article 62 de la loi précitée du 15 décembre 1980 ainsi qu'aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.4. Cet aspect de la deuxième branche du moyen unique est fondé et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects de la deuxième branche, ni les autres branches qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire, second acte entrepris, ainsi qu'il a été relevé *supra*, il y a des indications en l'espèce que l'éloignement du requérant vers son pays d'origine pourrait donner lieu à une violation de l'article 3 de la Convention européenne précitée dans la mesure où les soins n'y seraient pas disponibles. Or, l'article 7 de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne peut être appliqué si des dispositions plus favorables contenues dans un Traité international y font obstacle. En l'espèce, il est établi que les problèmes médicaux invoqués par le requérant à l'appui de sa demande introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'ont pas pu être correctement évalués en telle sorte qu'il convient d'annuler le second acte querellé, lequel a été pris, sinon en exécution de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour prise le même jour, en tout cas dans un lien de dépendance étroit et ce indépendamment de la question de la légalité de ce dernier au moment où il a été pris.

4. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article 1^{er}

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ainsi que l'ordre de quitter le territoire, pris le 10 février 2021, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

M. P. HARMEL,
M. A. IGREK,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,
greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK.

P. HARMEL.