



## Arrêt

**n° 268 719 du 22 février 2022  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. BERNARD  
Avenue Louise 2  
1050 BRUXELLES**

**contre:**

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

### **LA PRÉSIDENTE DE LA VII<sup>e</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 23 octobre 2017, par X, qui déclare être de nationalité sénégalaise, 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 12 septembre 2017.

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.

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 26 octobre 2017 avec la référence X.

Vu la note d'observation et le dossier administratif.

Vu l'arrêt n° 258 788, rendu le 29 juillet 2021.

Vu l'ordonnance du 9 décembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 20 janvier 2022.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me C. DIONSO *loco* Me A. BERNARD, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et A. COSTANTINI, attaché, qui comparait pour la partie défenderesse.

## APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

### 1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 27 juillet 2016, le requérant 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 31 juillet 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable.

1.2. Le 12 septembre 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée, et a pris un ordre de quitter le territoire, à l'égard du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées, le 26 septembre 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

*« 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 [...], comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.*

*Le Médecin de l'Office des Étrangers (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 Cameroun, pays d'origine du requérant.*

*Dans son avis médical remis le 08.09.2017, (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 à l'intéressé, qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à voyager et à un retour du requérant à son pays d'origine.*

*Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins au Cameroun.*

*Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

*Dès lors,*

*1) Les certificats médicaux fournis ne permettent 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 vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine*

*2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette affection n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Sénégal.*

*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 [à] l'article 3 CEDH .»*

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

*« En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 passeport revêtu d'un visa valable».*

1.3. Le 5 juin 2018, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 6 août 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire, à son égard. Le requérant a introduit un recours à l'encontre de ces décisions auprès du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) (recours enrôlé sous le numéro 226 448).

1.4. Le 29 octobre 2019, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour, sur la même base.

Le 14 novembre 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

## **2. Question préalable.**

Le 29 juillet 2021, le Conseil a rendu un arrêt aux termes duquel « la partie requérante déclare maintenir un intérêt au recours, étant donné la nature différente des décisions successives, et le fait que la seconde décision porte sur l'absence d'éléments nouveaux. En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire, attaqué, même si celui-ci n'est pas contesté spécifiquement, elle fait valoir qu'il est étroitement lié à la décision principale. La partie défenderesse se réfère à l'appréciation du Conseil » et a conclu que « La dernière décision [visée au point 1.3. du présent arrêt] reposant sur un motif formel, [...] la partie requérante justifie à suffisance de son intérêt au recours, au sens de l'article 39/68-3, § 2, de la loi du 15 décembre 1980 » (arrêt n° n° 258 788).

Partant, il convient d'examiner le recours sur le fond.

## **3. Exposé du moyen d'annulation.**

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9<sup>ter</sup> et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après: la CEDH), et du principe général de bonne administration, « de soin », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

3.2.1. En ce qui concerne le premier acte attaqué, elle fait valoir que « la partie adverse, [...] a demandé à son médecin conseil de se prononcer quant à un possible retour du requérant vers le Cameroun, son pays d'origine, [et] a motivé la décision attaquée au seul motif que : - « Il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins au Cameroun » -. Cette motivation repose entièrement sur le rapport établi par le [fonctionnaire médecin] et qui est daté du 08.09.2017. [...] la partie adverse en se basant sur uniquement le rapport de son médecin conseil a omis de prendre en considération les arguments développés par le requérant dans sa demande introduite en date du 25.07.2016 et notamment en ce qui concerne l'accessibilité des soins au Sénégal et la prévalence de l'insuffisance rénale avec les sources auxquelles il s'y rapportait. Cette omission a sans doute pour origine le fait que la partie adverse a confié une mission à son médecin conseil en lui transmettant seulement les documents médicaux et non pas la demande du requérant. Ainsi la partie adverse a fait abstraction de son obligation de viser chaque argument développé dans la demande introduite. Elle s'est contentée de faire sienne la conclusion du médecin conseil sans prendre en considération le fait que c'est elle qui est tenue à l'obligation de motiver une décision en respectant la loi et notamment l'obligation de motivation formelle en conformité avec les articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991. [...] qui plus est, le médecin conseil s'est basé sur des sources ou informations qui ne sont pas pertinentes et notamment lorsqu'il se réfère au Plan National de Développement Sanitaire qui couvre la période de 2009 à 2018 puisqu'il y indique - voir la dernière page de son rapport en son dernier paragraphe avant sa conclusions — qu'il s'agit d'une vision du Sénégal ...ce qui indique donc bien qu'il ne s'agit pas de faits avérés... [...] par ailleurs, la conclusion du médecin conseil repose uniquement sur l'existence et l'accessibilité des soins au Sénégal tandis que la partie adverse repose sa motivation sur l'existence et l'accessibilité des soins au Cameroun... Il apparaît que la motivation de la décision attaquée n'est pas adéquate à cause de ce seul élément... [...] la partie adverse et son médecin conseil ne se sont pas entourés de toutes les informations utiles avant de conclure de manière définitive à l'existence et à l'accessibilité des soins dans les pays visés respectivement

par eux... Qu'en tou[t] cas en ce qui concerne le Sénégal, force est de constater qu'il y a notamment un article paru en date du 09.03.2017 - ce qui représente une source bien plus actuelle que celles évoquées dans la décision attaquée -, il est fait état de la situation catastrophique au Sénégal de la prise en charge médicale des hémodialysés, ce qui est le cas spécifique du requérant... Voir pièce jointe au présent recours... [...] il découle de l'existence dudit article, que le médecin conseil de la partie adverse a manqué d'objectivité en ne faisant pas état de toutes les informations qu'il n'a pu que recueillir dans son travail de recherche sur internet. Il en découle que la partie adverse a fait abstractio[n] de certains éléments pourtant à portée de sa connaissance via internet. Qu'il en résulte que la motivation n'est pas adéquate. Qu'il en résulte également que la partie adverse n'a pas examiné la demande avec le soin requis et qui est exigé d'elle. [...] la partie adverse ayant manifestement omis de développer tout le soin utile à une décision appropriée, [...] et ayant manifestement manqué d'appréciation. [...] ».

3.2.2. Quant à l'ordre de quitter le territoire, la partie requérante fait valoir que « ladite décision est manifestement la conséquence de la précédente. Qu'en étant l'accessoire de la première, elle doit suivre le même sort [...] ».

#### **4. Discussion.**

4.1. A titre liminaire, sur le moyen unique, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un "moyen de droit" requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par les actes attaqués.

En l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière les actes attaqués violeraient l'article 3 de la CEDH. Le moyen est dès lors irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition.

De plus, l'invocation de l'article 62, § 1, de la loi du 15 décembre 1980 manque en droit, puisque la situation du requérant n'est pas visée par cette disposition.

4.2. Sur le reste du moyen, aux termes de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 alinéa 3 et 5 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. [...]. 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 précité dans la loi du 15 décembre 1980, montrent 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, 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).

Pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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.

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. 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 n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

4.3. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur l'avis d'un fonctionnaire médecin, daté du 8 septembre 2017, et joint à cette décision, qui indique, en substance, que le requérant souffre d'une pathologie, dont les traitements et le suivi requis sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine.

4.4. S'agissant de la disponibilité des soins et du suivi, le fonctionnaire médecin a constaté qu'ils étaient disponibles au Sénégal, sur la base d'informations issues de la base de données MedCOI. Ces informations sont vérifiables dans les pièces déposées au dossier administratif par la partie défenderesse, et sont suffisamment précises et fiables pour établir l'existence et la disponibilité, dans le pays d'origine du requérant, du suivi et de la prise en charge des soins dont il a besoin. Il en est d'autant plus ainsi que la disponibilité des traitements et soins nécessaires au requérant n'est pas contestée en termes de requête.

4.5.1. S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi au Sénégal, le grief de la partie requérante selon lequel « la motivation de la décision attaquée n'est pas adéquate », car « la conclusion du médecin conseil repose uniquement sur l'existence et l'accessibilité des soins au Sénégal tandis que la partie adverse repose sa motivation sur l'existence et l'accessibilité des soins au Cameroun », ne peut être suivi. En effet, l'erreur commise par la partie défenderesse, dans la motivation du premier acte attaqué, qui mentionne un pays autre que celui du requérant, n'est pas de nature à emporter l'annulation de cet acte. En effet, si la partie défenderesse a commis une erreur qui peut être qualifiée de matérielle, elle n'a cependant pas manqué de procéder à un examen sérieux de la demande, en vérifiant la situation au Sénégal, ce que révèle l'avis du fonctionnaire médecin.

4.5.2. La partie requérante conteste également l'accessibilité des soins au Sénégal, faisant valoir que la partie défenderesse n'a pas pris en considération « les arguments développés par le requérant dans sa demande ».

A cet égard, le dossier administratif montre qu'à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.1., le requérant a reproduit le contenu de plusieurs articles de presse qui traitent de l'accessibilité de l'hémodialyse au Sénégal, et a souligné que « le taux de pauvreté, qui atteint 46,7% selon les dernières estimations, reste élevé au Sénégal. Dans la capitale, les Sénégalais bénéficient généralement de bons soins médicaux, beaucoup de docteurs du pays pratiquant à Dakar. Mais ce sont les campagnes qui souffrent d'un manque de professionnels de santé. [...] Le requérant n'a aucune ressource officielle connue au Sénégal, en Italie ou en Belgique ». A l'appui d'un complément à cette demande, le requérant a encore, notamment, reproduit le contenu d'un article de presse, tiré d'un site internet, et a fait valoir que « s'il est vrai que l'hémodialyse est gratuite au Sénégal, du moins dans les structures publiques de santé, les infrastructures demeurent insuffisantes pour prendre en charge la totalité des malades, dont le nombre s'amplifie d'année en année. Le bénéfice de cette gratuité ne concernerait que 500 personnes dans tout le Sénégal, pays qui compte près de 20.000 insuffisants rénaux [...]. Qui plus est, seule l'hémodialyse bénéficie d'un subventionnement étatique, au contraire de tout ce qui constitue le reste du paquet thérapeutique que nécessitent les insuffisants rénaux [...]. Or la capacité de travailler [du requérant] et donc de se procurer des revenus lui permettant d'affronter les frais visés, se trouve fortement limitée du fait même des contraintes que comporte le traitement par hémodialyse, qui paralyse le patient 4 heures par séance, à raison de 3 séances par semaine ».

Le premier acte attaqué repose sur un avis du fonctionnaire médecin, établi le 8 septembre 2017, et porté à la connaissance du requérant, ainsi qu'il ressort de la requête. Cet avis mentionne, notamment, ce qui suit :

« Pathologies actives actuelles

Insuffisance rénale chronique sévère obstructive sur adénome prostatique opéré le 14.02.2017.

Aucune contre-indication actuelle au travail n'a été formulée par un médecin compétent en ce domaine. Ce travail serait à adapter aux contingences de la dialyse 3x/semaine.

Traitement actif actuel

Hémodialyse, Folavit (acide folique), carbonate calcique et Furosemide

Pour Tamsulosine, les indications thérapeutiques, suivant la notice, sont les troubles urinaires du bas appareil (TUBA) liés à une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP). Suite à l'excision réalisée en février 17, il n'est plus indiqué.

Capacité de voyager

Les pathologies invoquées ne constituent pas des contre-indications médicales à voyager vers le pays d'origine.

Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) :

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI montrent la disponibilité du suivi (interniste) et du traitement (hémodialyse, acide folique, carbonate calcique, Furosemide) :

- Requête MedCOI du 12.06.2017 portant le numéro de référence unique BMA 9748 ;
- Requête MedCOI du 03.02.2016 portant le numéro de référence unique BMA7776 ;
- Requête MedCOI du 01.10.2014 portant le numéro de référence unique BMA 5628.

Concernant la transplantation rénale évoquée, il s'agit d'une alternative thérapeutique non dénuée de risques (prise de médicaments immunosuppresseurs pour éviter le rejet du rein transplanté, affaiblissant le système immunitaire et réduisant la résistance aux autres maladies, en particulier aux infections) et non définitive (la durée de vie moyenne d'un rein transplanté est de 10 ans). Il ne s'agit pas d'une garantie de guérison ni d'une obligation thérapeutique. L'hémodialyse est bien un traitement adéquat de l'insuffisance rénale terminale au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi médical nécessaire et les médicaments prescrits au requérant (ou des équivalents de classes thérapeutiques similaires qui peuvent valablement les remplacer sans nuire à sa sécurité) sont disponibles dans le pays d'origine.

Le traitement et le suivi sont adéquats, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet,

l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine.

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique.

#### Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Pour démontrer l'inaccessibilité des soins de santé, le conseil du requérant affirme que le taux de pauvreté est très élevé au Sénégal et atteint 46.7 % de la population. Que ce sont les campagnes qui souffrent d'un manque de professionnels de santé. Que l'hémodialyse reste un traitement vital hors de portée des Sénégalais du fait de son coût (50 000 FCA dans le public) mais aussi et de la faible capacité d'accueil du seul centre. Il ajoute que le requérant vit en Belgique grâce à l'aide d'amis. Que son état de santé rend très difficile à exercer sa profession de maçon.

Notons que le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Sénégal. 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).

Concernant l'hémodialyse, l'article 3 sous-référencé nous renseigne que sur le plan des infrastructures de dialyse, le Sénégal dispose aujourd'hui de 8 centres de dialyse. Il est prévu d'ici 2018, la construction de 15 centres de dialyse. Six centres seront construits en juin 2016 (Thiès, Diourbel, Kolda, Louga, Ndoum et Sédhiou). Quatre centres le seront pour 2017 (Kaffrine, Fatick, Pikine, Roi Baudouin) et en fin Mbour, Ziguinchor, Fann et Diamniadio pour 2018.

Selon l'article, le programme de gratuité de la dialyse est présenté en Afrique comme un modèle.

Evidemment, il y a encore des efforts à faire, pour l'améliorer. Il faut rappeler qu'il y a quelques années, il n'y avait que quatre centres concentrés entre Dakar et Saint-Louis (l'Hôpital Aristide Le Dantec, le Centre Hospitalier Régional de Saint Louis, l'Hôpital Principal de Dakar et l'Hôpital général de Grand Yoff (Hoggy)). Désormais, la séance de dialyse est gratuite pour le patient, les montants facturés étant remboursés par la Cmu à raison de 10 000 FCA (15, 20 euros), la séance d'hémodialyse et à 36 000 FCA par mois et par patient pour la dialyse péritonéale. Il est possible d'envisager dans les perspectives, la prise en charge par la Couverture Maladie Universelle (Cmu). des produits et médicaments indispensables aux patients, mais non encore inclus dans le paquet de service. Il s'agit essentiellement des cathéters de rechange de médicaments.

Ainsi, trois conventions ont été signées en mars 2013 entre le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) d'une part et les Centres ABCH, ASSOFAL et Americare Medical d'autre part et de façon individuelle. Il s'agit d'une convention-cadre de partenariat dans laquelle, le MSAS s'engage à livrer les consommables à la structure, dont la quantité était évaluée au prorata du nombre de postes de dialyse fonctionnels, disponibles pour assurer deux (2) séances par jour et par poste pendant 6 à 7 jours par semaine. En retour, la structure privée assurait la prestation et la facturait directement au malade à raison de 20 000 FCA (30.40 euros) par séance plutôt que de lui appliquer le tarif plein en vigueur au sein du centre. Aujourd'hui, il y a une décentralisation et une accessibilité financière réelles de l'hémodialyse. Il y a trois centres publics à Dakar, un à Saint Louis, un à Tambacounda, un à Touba, un à Kaolack, un à Ziguinchor et un projet d'extension vers le reste des régions.

Dans les centres publics, la prise en charge est totalement gratuite et la CMU rend disponibles les consommables qui sont gérés par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et rembourse les frais aux structures.

De ce qui précède, rien n'indique que [le requérant], une fois au pays d'origine, n'aurait pas accès à l'hémodialyse. Quant à l'accessibilité géographique des centres de dialyse en rapport avec son lieu de vie, soulignons que l'intéressé peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011). Il devrait s'intégrer comme les autres patients souffrant de cette maladie au Sénégal.

Précisons également, qu'en Belgique, les soins de santé ne sont pas aussi gratuits. Chaque individu pour bénéficier des soins à moindre coût, devrait s'affilier à une mutuelle de santé de son choix. Au Sénégal, le requérant ferait la même démarche. Et, si le requérant estime qu'il n'entrerait pas dans les conditions pour bénéficier de services d'hémodialyse gratuits et/ou que la gratuité de certains de ces services de santé ne serait pas totalement effective, il est à préciser que la recherche d'accessibilité dans l'article 9ter ne doit pas prouver la gratuité des soins au pays d'origine mais uniquement que ceux-ci soient suffisamment accessibles.

Notons que, depuis les années 80, on assiste au Sénégal à l'émergence de systèmes d'assurance à but non-lucratif, sous forme de mutuelles de santé, dans les corps socioprofessionnels de l'administration et les secteurs ruraux et informels. Quelques mutuelles de santé à base communautaire assurent la

prise en charge des groupes vulnérables avec l'appui Financier des ONG (...). Il y a actuellement environ 130 mutuelles de santé au Sénégal.

En plus, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui couvre la période 2009 - 2018 repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif. A cet effet, l'Etat a mis en place le programme de couverture maladie universelle pour garantir l'accès de la population à un paquet minimum de soins.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins de santé au pays d'origine.

#### Conclusion

Les certificats médicaux ne permettent pas d'établir que l'intéressé [X.X.], âgé de 55 ans, originaire du Sénégal, souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que l'insuffisance rénale chronique terminale dialysée n'entraîne pas un risque de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible. Cette affection n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Sénégal.

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

La lecture de cet avis montre que le fonctionnaire médecin a bien pris en compte les arguments que la partie requérante avait fait valoir dans sa demande d'autorisation de séjour et dans son complément. Partant, la motivation du premier acte attaqué se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne, en substance, à en prendre le contre-pied, et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, en faisant valoir « la situation catastrophique au Sénégal de la prise en charge médicale des hémodialysés », ce qui ne saurait être admis, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de celle-ci, à cet égard, *quod non*, en l'espèce.

La partie requérante critique les informations de la partie défenderesse relatives au « Plan National de développement sanitaire », en se bornant à remettre en question la pertinence des sources du fonctionnaire médecin et invoque un « manque d'objectivité [car il ne fait] pas état de toutes les informations qu'il n'a pu que recueillir dans son travail de recherche sur internet ». La seule circonstance selon laquelle les informations issues des rapports généraux et sites internet, que la partie requérante avait fait valoir, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et de son complément, soient différentes des informations dont la partie défenderesse fait état à l'appui du premier acte attaqué, ne suffit pas pour conclure que celle-ci aurait violé les dispositions invoquées à l'appui du moyen. L'argumentation n'est pas suffisante pour renverser le constat posé par la partie défenderesse.

Il résulte de ce qui précède que la partie requérante reste en défaut d'exposer *in concreto* quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient d'avoir accès au système de soins existant dans son pays d'origine.

4.5.3. L'article « paru en date du 09.03.2017 », cité dans le moyen, est invoqué pour la première fois en termes de requête. Le Conseil rappelle que le fait d'apporter une pièce à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de pièces qui sont pour la première fois jointes à la requête est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison

pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits.

En l'occurrence, eu égard aux termes de l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de sa situation, que le requérant pouvait bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays. Elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'un élément dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de sa situation individuelle, dans la demande d'autorisation de séjour ou à tout le moins, avant la prise du premier acte attaqué. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre cet élément en considération en l'espèce.

4.5.4. Il résulte de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin coïncide avec le contenu des sources d'information jointes au dossier administratif, et que les informations recueillies par la partie défenderesse, à ce sujet, sont suffisamment précises et fiables pour établir l'accessibilité du suivi et du traitement nécessaire au requérant, dans son pays d'origine. La partie défenderesse a dès lors dûment examiné l'accessibilité des soins adaptés à l'état de santé du requérant, dans son pays d'origine, au regard des informations qui lui avaient été communiquées et de celles dont elle disposait. Elle a pu, sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, ni méconnaître les dispositions visées au moyen, fonder le premier acte attaqué sur les raisons qu'elle indique dans la motivation de cet acte.

4.5.5. Le certificat médical déposé lors de l'audience du 20 janvier 2022 est un élément nouveau. Le Conseil ne peut y avoir égard, dès lors que celui-ci n'avait pas été invoqué avant que la partie défenderesse ne prenne sa décision, et que la jurisprudence administrative constante considère que de tels éléments ne sauraient être pris en compte dans le cadre du contrôle de légalité exercé par le Conseil, pour l'exercice duquel il y a lieu de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002).

4.6. L'ordre de quitter le territoire, attaqué, est l'accessoire du premier acte attaqué, dans le cadre duquel la situation du requérant a été examinée, aux termes d'un raisonnement dont la pertinence n'est pas utilement contestée. Le Conseil n'aperçoit donc aucune raison de l'annuler.

## **5. Débats succincts.**

5.1. 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.

5.2. 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.

