

Arrêt

n° 341 469 du 19 février 2026
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. PHILIPPE
Avenue de la Jonction 27
1060 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration et désormais par la
Ministre de l'Asile et de la Migration

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

Vu la requête introduite le 24 mai 2024, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 27 mars 2024.

Vu le titre I^{er} *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 (ci-après dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 29 septembre 2025 convoquant les parties à l'audience du 28 octobre 2025.

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

Entendu, en leurs observations, Me N. EL HADDADI *loco* Me A. PHILIPPE, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. PYTEL *loco* Me F. MOTULSKY, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le 13 novembre 2018, la partie requérante a introduit une première demande de visa de court séjour, en vue d'une visite familiale. Le 21 décembre 2018, la partie défenderesse a refusé cette demande.

1.2. Le 5 mars 2019, la partie requérante a introduit une deuxième demande de visa court séjour en vue d'une visite familiale. Le 5 avril 2019, la partie défenderesse a refusé cette demande.

1.3. Le 24 septembre 2019, la partie requérante a introduit une troisième demande de visa de court séjour, en vue d'une visite familiale. Le 28 février 2020, la partie défenderesse lui a délivré un visa.

La partie requérante est arrivée en Belgique le 26 septembre 2020.

1.4. Le 13 octobre 2020, la partie requérante a introduit une demande de regroupement familial, en tant que conjoint d'une ressortissante néerlandaise. Le 4 mai 2021, la partie défenderesse a donné instruction aux autorités communales de refuser cette demande et de délivrer à la partie requérante un ordre de quitter le territoire.

1.5. Le 6 juillet 2021, la partie requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges.

1.6. Le 3 novembre 2021, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

1.7. Le 27 juillet 2023, le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après dénommé « le CGRA ») a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Dans son arrêt n° 303 581, prononcé le 22 mars 2024, le Conseil n'a pas reconnu la qualité de réfugié à la partie requérante et ne lui a pas accordé le statut de protection subsidiaire.

1.8. Le 27 mars 2024, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.6. du présent arrêt.

Cette décision, qui lui a été notifiée le 24 avril 2024, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

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

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 26.03.2024, 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. »

2. Exposé du moyen unique d'annulation

2.1. La partie requérante invoque un moyen unique « pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de [l']article 3 de la CEDH, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs [(ci-après dénommée « la loi du 29 juillet 1991 »)] ; [des] articles 9^{ter} et 62, §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; des principes généraux de bonne administration, notamment du devoir de minutie, de l'obligation de l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause, de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance dans les causes et/ou les motifs ».

2.1.1. Dans une première branche « [c]oncernant la disponibilité des soins et du suivi en Guinée », elle fait valoir, tout d'abord, que l'acte attaqué « se réfère au rapport de son [fonctionnaire médecin] qui estime que : l'acide ursodexocholique est disponible en Guinée, l'endoscopie est disponible en Guinée, l'hépatologie-gastroentérologie, suivi immunosuppresseurs et les médicaments immunosuppresseurs sont disponibles en Guinée », avant de soutenir que, « [p]our justifier de la disponibilité des soins et des médicaments, la partie adverse se réfère - concernant l'hépatologie-gastroentérologie, le suivi immunosuppresseurs et les médicaments immunosuppresseurs - à différents MedCOI, partiellement reproduits dans la décision. Or, à la lecture de ces MedCOI, il est difficile de savoir précisément comment se

soignera [la partie requérante] en particulier [si elle] aura accès à un traitement immunosuppresseur (ou autrement dit accès à des médicaments anti-rejet du greffon) indispensable à la survie du greffon et donc [de la partie requérante]. Ainsi actuellement, [la partie requérante] prend quotidiennement plusieurs médicaments immunosuppresseurs : Neoral dont la molécule est dénommée CICLOSPORINE (cf. pièce 3) et non pas méthotrexate comme l'indique le rapport médical de la partie adverse ; Cell Cept dont la molécule est mycophénolate (cf. pièce 4). Or dans le rapport médical du [fonctionnaire médecin de la partie défenderesse], il ne figure aucune mention concernant la disponibilité de ce médicament Neoral ni de sa molécule CICLOSPORINE. Le rapport est muet à cet égard et se limite à reproduire un MedCOI AVA 14807 qui indique qu'il y aurait des médicaments alternatifs en Guinée, à savoir l'azathioprine ou la méthotrexate, médicaments dont on ignore s'ils remplaceraient valablement le Neoral pour assurer la survie [de la partie requérante] puisqu'il ne s'agit pas de la même molécule. Concernant le médicament CellCept, également un immunosuppresseur dont la molécule est Mycophénolate mofétil, un constat identique peut être fait concernant les MedCOI produits dans le rapport : aucune information ne permet de conclure que le CellCept ou son équivalent serait disponible en Guinée. Le fait que le [fonctionnaire médecin] indique que la molécule Mycophénolate mofétil du CellCept pourrait être remplacée par la molécule Azathioprine n'est pas du tout documenté et cette affirmation ne répond dès lors pas au principe de bonne administration ni à l'obligation de motivation formelle : la partie adverse doit rapporter qu'une molécule peut être changée par une autre dans le cadre d'un traitement dont la survie du patient est en jeu. A défaut, le risque de violation de l'article 3 de la CEDH est établi. En outre, affirmer qu'une molécule peut être changée par une autre, sans autre motivation ne répond pas à l'obligation de motivation formelle ».

Après avoir rappelé un enseignement tiré de l'arrêt du Conseil n° 299 832 du 11 janvier 2024, elle poursuit son argumentation en soulignant que, « [i]n specie, les MedCOI partiels ne permettent pas de vérifier que la molécule du CellCept peut être remplacée par la molécule Azathioprine. En cela l'obligation de motivation adéquate n'est pas respectée et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et de l'article 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ont été violés. La légèreté de l'information de la partie adverse au sujet de cette médication d'immunosuppresseur ne répond ni au principe de bonne administration, ni aux obligations qu'impose l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 : les MedCOI ne permettent nullement de considérer que [la partie requérante] aura accès à un traitement anti-rejet adapté. Face à tel constat, son pronostic vital sera engagé, ce qui est également contraire à l'article 3 de la CEDH. Enfin, la partie adverse ne peut se limiter à modifier deux classes de médicaments anti-rejet sans s'assurer ni expliquer que ces « nouveaux » médicaments sont compatibles avec les besoins impérieux [de la partie requérante], sans vérifier non plus si ces « nouveaux médicaments » sont compatibles avec le reste du traitement [de la partie requérante] qui a certes bénéficié d'une transplantation hépatique laquelle, rappelons- le est compliquée d'une cholangite ischémique traitée endoscopiquement (cf. rapport médical du 02/06/2023 notamment, transmis à la partie adverse le 9 janvier 2024.). Or, il appartient à la partie adverse de rapporter que le traitement est disponible ».

Elle rappelle un enseignement tiré de l'arrêt du Conseil n° 295 802 du 18 octobre 2023, avant de soutenir que, « [i]n specie, la lecture du rapport du [fonctionnaire médecin] ne permet pas de vérifier si, concrètement, [la partie requérante] aura accès à ses médicaments : en cela, [l'acte attaqué] ne répond pas à la demande de séjour, en violation de l'obligation de motivation formelle et de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 puisque la disponibilité des soins/médicaments ne peut pas être vérifiée *in concreto* dans [l'acte attaqué] alors que l'article 9 ter impose telle condition ».

2.1.2. Dans une seconde branche, « En ce qui concerne l'accessibilité aux soins/médicaments en Guinée », elle soutient que « Le requérant ne percevra aucune aide financière de la part des autorités guinéennes. Selon le rapport de l'OSAR de 2018 cité dans la demande de séjour : « il n'existe pas à proprement parler de sécurité sociale en Guinée. Un très faible pourcentage de la population, estimé à cinq pourcents, possédaient une assurance maladie publique en 2008 et seuls 0,4 pourcents étaient couverts par une assurance-maladie privée (Mohamed Camara, janvier 2015). Selon le gouvernement guinéen, la couverture sociale est très faible. Il existe une assurance-maladie obligatoire, mais celle-ci se résume à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui ne concerne que les employé-e-s du secteur privé enregistré-e-s. Le taux de cotisation à l'assurance-maladie est de 6,5 pourcents du salaire. Il existe également un petit nombre de compagnies qui proposent des assurances-maladies privées. Dans l'ensemble, le gouvernement estime que moins de dix pour cents de la population est couvert contre le risque de maladie (République de Guinée, mars 2015) » (extraits Pièce n° 5). Quand bien même il existerait donc à l'heure actuelle en Guinée une caisse nationale de sécurité sociale, il convient de noter que seul un très faible pourcentage de la population guinéenne bénéficie de ces prestations. Elle ne concerne en effet que les employées du secteur privé enregistrées. [La partie requérante] ne pourra dès lors pas bénéficier des prestations de maladie pour le traitement de sa maladie dès lors que pour pouvoir en bénéficier, la personne malade doit d'une part être un travailleur du secteur privé et doit d'autre part « être immatriculé à la CNSS et doit justifier de trois mois d'activité au cours du trimestre qui précède de la constatation médicale de la maladie, un mois d'activité devant comprendre dix-huit jours ou cent vingt heures de travail salarié dans le mois ». La personne doit justifier de trois mois de travail avant de pouvoir bénéficier de la prise en charge de la maladie par la CNSS.

Prétendre, comme le fait la partie adverse, qu'il suffira au requérant de trouver en travail pour bénéficier d'une forme de sécurité sociale est très hypothétique et contraire au principe de bonne administration et au principe de précaution dès lors que la suspension du traitement engagerait le pronostic vital [de la partie requérante]. En conclusion, compte tenu de l'accès fort restreint aux soins de santé en Guinée, et plus particulièrement à la situation personnelle du demandeur qui n'aura pas accès au traitement médical nécessaire, force est de constater que l'examen de l'accessibilité des soins par la partie adverse ne répond pas aux exigences de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 ni à l'obligation de motivation formelle prescrite par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et l'article 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ».

2.1.3. Dans une troisième branche, « Concernant l'accessibilité », elle soutient que « Le Conseil de céans a admis à diverses reprises que la charge de la preuve n'incombait pas seulement au requérant et force est de constater que la partie adverse fait état d'une situation générale là où [la partie requérante] s'efforce d'être clair sur sa propre situation médicale ». S'appuyant sur l'arrêt du Conseil n°285 502 du 28 février 2023, elle fait valoir que « outre les très anciennes jurisprudences utilisées par la partie adverse pour asseoir sa motivation, jurisprudences qui ont, entre temps, évolué, force est de constater que la partie adverse ne répond nullement aux arguments du requérant concernant les problèmes liés au système de santé guinéen. Ce faisant, elle viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, et l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, l'accessibilité des soins et des médicaments en Guinée n'étant pas valablement rapportée. Dans le même ordre d'idée, la partie adverse estime que le requérant pourra faire appel à ses proches, dans un premier temps, pour acheter son traitement. Cette motivation a déjà été sanctionnée par le Conseil du Contentieux des Etrangers qui a rappelé dans un arrêt CCE n° 300 708 du 29 janvier 2024 [...] En outre, en estimant que les soins seraient accessibles moyennant l'aide des proches (famille et amis), la partie adverse prend de grandes libertés sur l'interprétation qu'il faut donner de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 - lequel ne prévoit nullement ce mécanisme de solidarité familiale/amicale pour répondre à la condition de l'accessibilité aux soins. Sur base de ces considérations, il y a lieu d'annuler l'acte attaqué qui n'est pas adéquatement motivé au regard des éléments avancés. En cela, les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sont violés, tout comme l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'article 3 de la CEDH ».

3. Discussion

3.1. 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 l'acte attaqué. 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., n°147.344, 6 juillet 2005.).

3.2. L'article 9ter, §1^{er}, alinéa 1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 dispose 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 alinéas 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 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans

cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » [sic] (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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9^{ter} 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.

3.3. En l'espèce, la décision querellée est notamment fondée sur un rapport établi par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse en date du 26 mars 2024, dont il ressort, d'une part, que la partie requérante a bénéficié d'une « *transplantation hépatique pour cirrhose HBV Delat le 2812.2021* » et souffre d'une « *Cholangite ischémique du greffon nécessitant une prise en charge endoscopique* », d'autre part, que le traitement et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin y cite les sources sur lesquelles son avis est fondé.

3.3.1. S'agissant de la disponibilité du traitement médicamenteux pris par la partie requérante, en ce que la partie requérante argue que « dans le rapport médical [...] ne figure aucune mention concernant la disponibilité de ce médicament Neoral ni de sa molécule ciclosporine [...]. Le rapport [...] se limite à reproduire un MedCOI [...] qui indique qu'il y aurait des médicaments alternatifs en Guinée, à savoir l'azathioprine ou la méthotrexate, [...] dont on ignore s'ils remplaceraient valablement le Neoral [...] » et argue qu'« aucune information ne permet de conclure que le CellCept ou son équivalent serait disponible en Guinée [...] », le Conseil rappelle que le Conseil d'Etat a jugé, aux termes d'un raisonnement que le Conseil fait sien, qu'« il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9^{ter} précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant » (C.E., n°236.016, 6 octobre 2016 ; dans le même sens : C.E., n°233.986, 1^{er} mars 2016).

Le Conseil d'Etat a également précisé qu'« Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine. D'autre part, les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, laquelle a inséré un article 9^{ter} dans la loi précitée du 15 décembre 1980, précisent que « l'appréciation des éléments susmentionnés est laissée à un fonctionnaire médecin qui fournit un avis au fonctionnaire qui a la compétence de décision sur la demande de séjour. Ce fonctionnaire médecin relève administrativement de l'Office des étrangers, mais est totalement indépendant dans son appréciation d'éléments médicaux pour lesquels le serment d'Hippocrate prévaut. Le fonctionnaire médecin peut également, s'il le juge nécessaire, recueillir l'avis de spécialistes » (*Doc. parl.*, Ch., sess. 2005-2006, n° 2478/1, p. 35). En l'espèce, à propos des médicaments qui ne sont pas disponibles en tant que tels en Arménie, le médecin conseil indique qu'un des traitements peut être remplacé par deux autres principes actifs, au regard des sources citées et considérées comme fiables pour les raisons qu'il détaille. Les autres substitutions proposées concernent des « analogues thérapeutiques » disponibles en Arménie. Ces données établissent nécessairement et certainement que le fonctionnaire médecin a considéré que les substitutions de traitements proposées sont possibles sans conséquences néfastes sur la santé de l'intéressée, qu'elles sont adaptées à la pathologie de l'intéressée, et que, ne fût-il pas identique, le traitement disponible en Arménie est approprié et adéquat » (C.E., n° 236.016, 6 octobre 2016).

Partant, le Conseil se rallie la partie défenderesse lorsque cette dernière indique dans sa note d'observations, que « le médecin conseil a en réalité uniquement substitué deux médicaments (Neoral et CellCept) figurant au dossier médical [de la partie requérante] par d'autres médicaments poursuivant la même fonction et permettant de traiter les mêmes pathologies (méthotrexate et azathioprine), comme le relève d'ailleurs l'avis médical du 26 mars 2024) ».

Au regard de ce qui précède, à défaut pour la partie requérante d'apporter le moindre élément tangible qui permettrait de remettre en cause l'avis du fonctionnaire médecin quant à la substitution médicamenteuse, le Conseil estime également qu'en arguant que la partie défenderesse « ne peut se limiter à modifier deux

classes de médicaments anti-rejet sans s'assurer ni expliquer que ces « nouveaux » médicaments sont compatibles avec les besoins impérieux [de la partie requérante], sans vérifier non plus si ces « nouveaux médicaments » sont compatibles avec le reste du traitement », la partie requérante se borne à prendre le contrepied de l'avis du fonctionnaire médecin, en sorte que son argumentation ne saurait emporter l'annulation de l'acte attaqué.

3.3.2. S'agissant de l'accessibilité aux médicaments et aux soins requis par l'état de santé de la partie requérante, le Conseil observe que dans la mesure où l'avis médical ne fait nullement référence aux sources MedCOI afin d'établir l'accessibilité desdits médicaments et soins, à l'exception d'une brève référence à un établissement de soins, l'argumentation par laquelle la partie requérante critique l'examen de disponibilité en arguant que « les MedCOI ne permettent nullement de considérer que [la partie requérante] aura accès au traitement anti-rejet adapté » ne peut être suivie.

Le Conseil rappelle également que le caractère suffisamment accessible des soins doit s'apprécier en fonction de la situation individuelle de l'étranger et ne dépend donc pas nécessairement de la possibilité d'y avoir accès gratuitement. Partant, une motivation qui retient la possibilité, compte tenu de la situation individuelle examinée, de financer personnellement les soins requis est admissible. A cet égard, la partie requérante concentre en effet l'essentiel de ses critiques sur la faible couverture sociale en Guinée, mais ne conteste pas qu'elle est en âge de travailler et qu'elle ne souffre d'aucune incapacité de travail. La partie défenderesse n'a dès lors commis aucune erreur manifeste d'appréciation en considérant, ce faisant, qu'elle pouvait financer ses soins.

Par ailleurs, force est de constater que la partie requérante n'apporte aucune contestation sérieuse aux constats de l'avis du fonctionnaire médecin aux termes desquels « *il existe d'un programme national spécifique pour la prise en charge de l'hépatite en Guinée. Ce programme permet notamment la gratuité du traitement médicamenteux (Tenofovir). En outre, l'ONG « SOS hépatite Guinée » offre aux patients la possibilité d'effectuer des tests en laboratoire, les examens radiologiques et autres examens au sein de la clinique Pasteur de Conakry ou dans un CHU. Les soins dans le privé sont quant à eux payants et nécessitent une cotisation à une assurance santé. En outre, 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* ».

Le Conseil ne peut davantage suivre la partie requérante lorsque celle-ci soutient que la partie défenderesse « fait état d'une situation générale là où [la partie requérante] s'efforce d'être claire sur sa propre situation médicale » et argue que la partie défenderesse « ne répond nullement aux arguments [de la partie requérante] concernant les problèmes liés au système de santé guinéen ». En effet, une simple lecture de l'avis du fonctionnaire médecin observe que ce dernier a pris en considération les informations soumises à son appréciation par la partie requérante. Il a estimé que « *les éléments invoqués qui concernent la qualité des soins, le manque de personnel et de médicaments, l'impact d'Ebola, la pénurie de médicaments (non spécifiés) ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, [la partie requérante] 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). Il lui appartenait de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'il invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021). Force est de constater que le conseil [de la partie requérante] se borne, avec ces éléments, à évoquer une situation générale dans le pays d'origine sans pour autant faire de lien concret ou précis avec la situation personnelle de son client de sorte qu'il ne démontre pas en quoi ces éléments l'empêcheraient personnellement d'accéder aux soins dont il a besoin. Concernant en particulier les soins de l'hépatite, notons d'emblée que les arguments invoqués qui concernent la possibilité de greffe d'organe en Guinée ne sont pas ou plus pertinents puisque le requérant a pu bénéficier d'une greffe hépatique en Belgique fin 2021. Tous les suivis de cette opération sont quant à eux disponibles en Guinée. De plus, l'article de « Guinée 24 » de 2016 cité par le conseil [de la partie requérante] semble relater certaines difficultés de l'ONG SOS hépatite Guinée mais ne démontre nullement une impossibilité de soins. Cet article n'est d'ailleurs pas fourni en intégralité avec la demande et la source complète absente. Le court extrait cité ne permet ainsi pas de démontrer l'ineffectivité de cette ONG ou que les soins ne seraient pas accessibles dans le pays d'origine du requérant. Quant au coût du traitement de l'hépatite ensuite, il est également évoqué de manière très générale au travers de diverses sources. La maladie est ainsi évoquée au sens large et non au cas spécifique de la Guinée qui dispose par ailleurs d'un programme national dédié comme indiqué supra. Concernant le délai de 3 mois de cotisation pour bénéficier de l'assurance maladie*

évoqué dans la requête, notons que [la partie requérante] a la possibilité de faire une réserve de médicaments avant son départ ou faire appel à sa famille sur place le temps d'en bénéficier pleinement. Rappelons que le Ténofovir peut être fourni gratuitement grâce au programme précité ». Force est de constater que la partie requérante prend le contrepied de l'avis médical et semble inviter le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être légalement admis.

Par ailleurs, la partie requérante ne démontre nullement que le caractère passablement ancien des arrêts cités amoindrirait leur pertinence au regard du cas d'espèce.

Enfin, en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse d'estimer qu'elle pourra faire appel à l'aide de ses proches, le Conseil observe qu'il importe peu que l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 « ne prévoit nullement ce mécanisme de solidarité familiale/amicale pour répondre à la condition de l'accessibilité aux soins », dès lors qu'à le supposer fondé, ce grief ne peut suffire à entraîner l'annulation de l'acte attaqué étant donné que l'évaluation de l'accessibilité du suivi médical requis n'a pas été fondée uniquement sur base des relations sociales susceptibles de venir en aide à la partie requérante en cas de nécessité et que les autres motifs sur base desquels cette évaluation a été réalisée ne sont pas utilement contestés par la partie requérante.

3.4. Quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, la Cour européenne des droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socioéconomiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (cf. Cour EDH, 27 mai 2008, *N. c. Royaume-Uni*, §§42-45).

L'arrêt *Paposhvili c. Belgique* (cf. Cour EDH, le 13 décembre 2016) a clarifié et étendu l'enseignement de l'arrêt *N. c. Royaume-Uni*, précité, à d'autres « cas exceptionnels » afin de rendre les garanties prévues par la CEDH « concrètes et effectives » (§181) et en redéfinissant le seuil de gravité de l'article 3 de la CEDH.

En l'espèce, la partie défenderesse a examiné l'état de santé de la partie requérante et a conclu que la pathologie dont souffre celle-ci ne l'expose pas à un risque de traitement inhumain ou dégradant dès lors que le traitement et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, au vu de ce qui précède. Elle reste en défaut d'établir qu'elle se trouve dans un des cas exceptionnels, visés.

3.5. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse n'a nullement violé les dispositions et principes invoqués au moyen.

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 en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-neuf février deux mille vingt-six par :

J. MAHIELS, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

J. MAHIELS