



Arrêt

**n° 244 333 du 18 novembre 2020
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. BODSON
Rue Fabry, 13
4000 LIÈGE**

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 18 octobre 2016, par X, qui déclare être de nationalité togolaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 7 septembre 2016.

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 16 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 2 septembre 2020.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me F. BODSON, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 Le 14 juillet 2009, le requérant a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges, qui s'est clôturée par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n°50 891 du 8 novembre 2010, refusant de lui reconnaître le statut de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 5 mai 2010, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de 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 (ci-après: la loi du 15 décembre 1980), demande qu'il a complétée le 6

juillet 2011 et le 2 décembre 2011. Le 13 février 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée.

1.3 Le 28 février 2012, le requérant a introduit une seconde demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt n°84 792 prononcé le 17 juillet 2012 par le Conseil, lequel a refusé de lui reconnaître le statut de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.4 Le 22 mai 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinquies}), à l'encontre du requérant.

1.5 Le 8 juin 2012, le requérant a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, demande qu'il a complétée les 24 mai 2013, 18 juillet 2014 et 28 janvier 2016.

1.6 Le 9 janvier 2013, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.5 irrecevable et, le 25 février 2013, a retiré cette décision. Le Conseil a constaté le désistement d'instance dans son arrêt n° 103 083 du 21 mai 2013.

1.7 Le 27 mai 2013, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.5 recevable et, le 5 février 2015, a pris une décision la déclarant non fondée. Par un arrêt n°159 877 du 14 janvier 2016, le Conseil a annulé cette décision.

1.8 Le 3 mars 2015, la partie défenderesse a prorogé jusqu'au 13 mars 2015 le délai pour quitter le territoire de l'ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile visé au point 1.4. Par un arrêt n°155 844 du 30 octobre 2015, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette prorogation de délai.

1.9 Le 8 juin 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande visée au point 1.5 ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. La partie défenderesse a retiré ces décisions le 26 juillet 2016. Le Conseil a rejeté les recours introduits à l'encontre de ces décisions dans ses arrêts n°175 697 et 175 698 du 3 octobre 2016.

1.10 Le 16 août 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.5 ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant.

La décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour, qui a été notifiée au requérant le 20 septembre 2016, 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 [d]écembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Togo, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 05.08.2016, (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 dans son pays d'origine.

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

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

- 1) *les certificats médicaux fournis et les pièces jointes 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 car les soins médicaux requis existent au pays d'origine*
- 2) *Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible au Togo.*

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

1.11 L'ordre de quitter le territoire, visé au point 1.10, fait l'objet d'un recours distinct enrôlé sous le numéro 195 355.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend **un moyen unique** de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du « principe de bonne administration et de confiance légitime qui imposent à l'administration de prendre en compte l'ensemble des éléments de la cause », de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après: la CEDH), ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2.1 **Dans une cinquième branche**, elle fait notamment valoir, sous un premier point, intitulé « Absence d'examen des éléments soulevés par le requérant au motif qu'ils seraient généraux et ne le vise pas personnellement », et après avoir rappelé un extrait de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, que « [l]es motifs sont contraires entre eux : pour que la partie examine les éléments invoqués par le requérant quant à l'accessibilité aux soins, doit-il démontrer que sa situation n'est pas comparable à celle des autres personnes souffrant des mêmes maux ou, au contraire, démontrer qu'il est dans une situation identique à ces personnes ? Dès lors que ces développements ne permettent pas au requérant de comprendre la décision adverse sur ce point, la décision attaquée viole l'obligation de motivation formelle (motifs contraires). [...] En tout état de cause, la motivation adverse s'apparente à une motivation stéréotypée dès lors que les éléments invoqués par le requérant correspondent tout à fait à sa situation précise : en tant que personne souffrant de problème psychiatrique - ce qui n'est pas contesté de part adverse - pourrait-il avoir accès au Togo aux soins et traitements que requière [sic] son état de santé tels que définis par son médecin psychiatre. Tous les éléments invoqués concernent donc la situation personnelle du requérant puisqu'ils tendent à apporter des éléments de réponse à cette question : situation économique du Togo, présence de soins psychiatriques et suivis psychiatriques, de prises en charge, système sécurité [sic] sociale et éventuelle prise en charge, ... Les informations et éléments présentés par le requérant tendent au contraire à individualiser sa situation. D'ailleurs, le Conseil observera que le médecin se invoque [sic] deux décisions mais reste par contre en défaut de préciser en quoi elles seraient applicables au cas du requérant, voire pourquoi les informations et éléments produits par le requérant devraient être considérés comme étant généraux ! Par conséquent, le médecin adverse devait les examiner et les rencontrer pour apprécier la [sic] l'accessibilité du requérant aux soins et traitements ».

2.2.2 Sous un troisième point, intitulé « Accessibilité financière aux soins et traitement », elle soutient que « [l]e médecin conseil semble répondre à ce point soulevé dès la demande originelle du requérant en évoquant la situation économique togolaise qui serait en croissance, un régime obligatoire d'assurance maladie mis en place pour les fonctionnaires publics et assimilés et le fait que le Premier Ministre Togolais a annoncé la création de l'institut d'assurance maladie qui, dans un premier temps, bénéficiera aux fonctionnaires et, à court ou moyenne terme, aux travailleurs du secteur privé ; il ajoute encore un peu plus loin dans la décision qu'il ne serait pas démontré par une attestation d'un médecin du travail compétent dans ce domaine que le requérant serait dans l'incapacité de s'intégrer dans le monde du travail au Togo et subvenir à ses besoins et que le requérant dispose de famille au Togo qui pourrait l'aider selon ses déclarations dans sa demande d'asile. Il s'agit encore une fois d'une motivation stéréotypée qui ne tient pas compte des éléments propres au requérant. [...] Quant à la croissance économique, la suite immédiate du document invoqué par le médecin adverse et joint à son avis précise « malgré la hausse de cette croissance, elle demeure encore insuffisante pour réduire de façon significative la pauvreté et permettre à l'atteinte des OMD notamment ceux des droits à la santé, à l'éducation et à l'alimentation » (document intitulé « ONG CILSIDA », p. 2). Il n'y a donc pas de conséquences particulières à tirer de ce

document et d'ailleurs, le médecin adverse ne le fait pas... [...] Quant au système de sécurité sociale tel que décrit dans l'avis, il confirme totalement ce que le requérant invoque depuis le départ : seuls les fonctionnaires disposent d'un système de prise en charge des soins, peut-être un jour le secteur privé. En tout cas, le requérant n'y aura pas accès puisqu'il n'est pas fonctionnaire ! Et si un jour ce système s'étend au travail dans le secteur privé, encore faudrait-il que le requérant soit en mesure de travailler ce qui n'est pas le cas [...] et trouve du travail. Dès lors, le requérant doit supporter seul le coût de la totalité de son traitement médicamenteux mais également du suivi psychiatrique et prise en charge psycho-sociale ».

Elle poursuit en indiquant que « [l]e requérant est dans l'impossibilité de travailler en raison de ses problèmes de santé, ce que confirme le docteur [B.] dans tous ses rapports médicaux et encore dans son e-mail du 29.06.2016 et dans son rapport en réponse à l'avis du médecin adverse. Contrairement à ce qu'écrit de manière totalement stéréotypée et incongrue le médecin adverse, il n'est nullement besoin qu'un médecin du travail atteste cette incapacité. Par définition, un médecin du travail a pour but de déterminer si une personne est apte ou non dans le cadre de son travail, voire pour son organisme de chômage. Le requérant n'y a pas accès vu qu'il ne travaille pas en raison de son état de santé et de l'absence de titre de séjour... Par contre, le docteur [B.] est tout à fait à même de justifier de l'incapacité de travailler de quelqu'un en raison de ses problèmes psychiatriques, ce qui est d'ailleurs admis dans le droit belge. Cette remarque est d'ailleurs étonnante dans le chef d'un médecin généraliste qui peut tout à fait rédiger des certificats destinés à justifier l'absence au travail de ses patients, mais qui se mêle de remettre en cause les diagnostics et traitements d'un psychiatre sans avoir examiné la personne concernée... [...] Le requérant a de la famille au Togo mais elle est incapable de l'aider au vu du coût des soins. Le Conseil a déjà décidé que le seul fait de mentionner la famille sans examiner sa situation financière et si elle est disposée à aider le demandeur, ne suffit pas. [...] Dans sa demande originelle, le requérant faisait valoir le coût importants [sic] des soins. La partie adverse ne répond pas à cet argument alors que les indications sur le système de sécurité sociale qu'elle donne confirme qu'il n'y aura aucune aide dans le chef du requérant. Pourtant et quand bien même le requérant travaillerait - quod non - ou sa famille envisagerait de l'aider, il s'agit bien évidemment d'une question primordiale puisque le coût sera disproportionné par rapport aux gains espérés. C'est d'autant plus le cas que le Docteur [B.] mentionne bien un traitement au long court » .

3. Discussion

3.1 Sur la cinquième branche du moyen unique, ainsi circonscrite, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 9^{ter} dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*,

Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9^{ter}, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où le requérant – qui a été assisté d'un conseil lors de l'introduction de sa demande – doit être tenu pour complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application, il lui incombait de transmettre à l'appui de la demande tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis 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).

3.2 En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur le rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 5 août 2016, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'un « *Trouble schizoaffectif versus trouble dépressif majeur sévère* », pathologie pour laquelle le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « *Seroquel* », « *Deanxit* » et « *Temesta* » et que le requérant doit faire l'objet de « *suivi psychiatrique et service psychiatrique* ».

3.3 S'agissant de l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaire au requérant, l'avis du 5 août 2016 porte que : « *Concernant l'accessibilité des soins au Togo, le conseil de l'intéressé affirme que dans l'ensemble, les infrastructures sanitaires étatiques du Togo sont en état précaire. Qu'il n'existe pas actuellement au Togo les traitements médicamenteux et médicaux nécessaires à l'état de santé de l'intéressé. Qu'il y a également pénurie des ressources humaines, pénurie en termes de nombre, de qualité et de répartition. Il se base sur un rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés du 16 mars 2011. Le conseil de l'intéressé invoque aussi le problème d'accessibilité financière des populations. Il fait référence au rapport de l'OMS, Stratégie de coopération avec le Togo du 27 juillet 2010, du rapport d'IRIN du 27 juillet 2010. Selon le conseil de l'intéressé, il serait utopique de considérer que l'intéressé pourrait créer au Togo un lien thérapeutique privilège [sic] et de qualité assimilable à celui dont il bénéficie en Belgique car le Togo ne dispose que de deux psychiatres pour une population estimée à 5.9 millions d'habitants.*

Que les traitements médicaux sont payants au Togo. Les coûts des consultations, des prestations médicales et des médicaments sont en charge des patients. Qu'il n'existe pas d'assurance-maladie publique effective et opérationnelle pour les togolais. Que son client serait dans l'incapacité de travailler.

Qu'il ne bénéficierait donc d'aucune aide financière pour avoir accès aux traitements médicamenteux et médicaux. Que le prix d'une consultation varie entre 7500 et 20 000 FCFA.

Que l'intéressé n'a plus de famille au Togo susceptible de l'aider. Il conclut que les soins lui seront inaccessibles au Togo. Tout retour ne pourrait qu'aggraver l'état de santé de l'intéressé.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Togo. 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 ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Par ailleurs, notons que la situation économique nationale togolaise est marquée par une croissance économique de plus en plus forte (+ 3,1 % en moyenne entre 2006 et 2010 contre 1,1 % entre 1991 et 2005), résultats des efforts que réalise le gouvernement en matière des réformes économiques et sociales depuis 2008.

La dépense totale en santé (DTS) est de CFA 138 milliards en 2012, soit 8,6 % du PIB. En ce qui concerne la couverture en infrastructures sanitaires (DISER, Principaux indicateurs de santé 2013), signalons que le Togo dispose de 1 019 formations sanitaires (FS), en 2013 dont 3 CHU, 6 CHR, 12 hôpitaux spécialisés.

Concernant le régime obligatoire d'assurance-maladie, notons que c'est à partir de 2011 que le régime obligatoire d'assurance-maladie a été mis en place au profit des agents publics et assimilés. Les paiements directs des ménages constituent la première source de financement avec 48,6 % des DTS (OMS, 2012). Les prestations de ce régime géré par l'institut national d'assurance-maladie (INAM) sont effectives depuis le 1^{er} mars 2012.

En septembre 2013, le Premier ministre togolais, Gilbert HOUNGBO, a officiellement annoncé la création de l'Institut National d'Assurance-Maladie (INAM). Il est chargé de répondre aux défis de la santé publique au Togo. Selon le gouvernement togolais, le nouveau système mis en place permettra une meilleure prise en charge des soins de santé de la population togolaise. Dans une première phase, le nouveau système d'assurance-maladie profitera surtout aux fonctionnaires de l'État permettant ainsi un meilleur accès aux soins de qualité à près de 500 000 personnes sur une population totale estimée à près de six millions d'habitants. Mais Gilbert HOUNGBO a promis d'étendre le système "à court ou moyen terme" aux travailleurs du secteur privé, aux entreprises parapubliques, au secteur agricole et même aux travailleurs de l'économie informelle espérant ainsi atteindre toutes les couches de la population de ce pays d'Afrique de l'Ouest. « Des études structurantes ainsi que des explorations techniques relatives à une éventuelle extension du système de santé sont en cours », affirme le Premier ministre pour justifier sa démarche graduelle.

Concernant la prise en charge psychiatrique, notons qu'au Togo, on trouve : l'hôpital psychiatrique de ZÉBÉ, le service de psychologie psychiatrique du CHU Campus et le Centre de Santé Mentale Paul Louis Rénée [sic] de LOMÉ inauguré en décembre 2013. Ce dernier contribue à la prise en charge des problèmes de santé mentale au Togo. Sa principale mission est la prise en charge globale du patient aussi bien sur le plan physique que mental. Il participe aussi à la réinsertion de ses patients.

Précisions 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 n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Togo. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Mentionnons également que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire [...].

Par ailleurs, [le requérant] est en âge de travailler. De plus, l'intéressé ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Dès lors, aucun élément ne nous permet de déduire qu'il serait dans l'incapacité de s'intégrer dans le monde du travail au Togo et ainsi de subvenir à ses besoins en matière de santé.

En outre, le requérant déclare dans le cadre de l'examen de sa demande d'asile que ses sœurs, ses deux enfants vivent encore au Togo. Il déclare aussi que son départ vers la Belgique a été organisé et payé par sa sœur. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de celles-ci en cas de nécessité. Précisons en outre que nous devons considérer ces informations crédibles étant donné que le requérant, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétente [sic] en vue de se faire reconnaître comme réfugié.

Et concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013) ».

3.4 Dans sa demande d'autorisation de séjour du 8 juin 2012, le requérant a notamment fait valoir, dans un point intitulé « A titre infiniment subsidiaire : Accessibilité financière aux traitements » et sur base de différents documents et rapports, que « [l]es traitements médicaux sont payants au Togo. Les patients doivent prendre en charge les coûts des consultations, des prestations médicales et des médicaments. La crise socioéconomique et l'élévation du niveau de pauvreté ont réduit encore davantage les possibilités d'accès de la population aux institutions médicales. Il n'existe pas d'assurance maladie publique effective et opérationnelle pour les togolais [...]. S'il est possible de souscrire une assurance maladie privée, les coûts de celle-ci varient entre 140 et 250 dollars par mois, de sorte qu'elle est inaccessible pour la majorité des togolais [...]. Quant à la sécurité sociale, le régime togolais comporte trois branches : prestations familiales, pension et accidents du travail – maladies professionnelles. Il ne vise donc ni la maladie ni le chômage. En l'espèce et comme le souligne le Docteur [B.], l'intéressé est actuellement dans l'incapacité de travailler et d'obtenir des revenus propres au vu de sa grave maladie handicapante. Il ne pourrait donc pas bénéficier du régime sur les accidents du travail et/ou maladies professionnelles. En tout état de cause, les problèmes de santé dont souffre l'intéressé sont étrangers à un tel accident ou maladies professionnelles. L'intéressé ne bénéficierait donc d'aucune aide financière pour avoir accès aux traitements médicamenteux et médicaux que nécessite son état de santé et ce, alors qu'il est incapable de pro-mériter [sic] des revenus par le travail. Ainsi quand bien même l'intéressé aurait-il accès au service psychiatrique de l'un des hôpitaux (ce qui est déjà impossible comme expliqué ci-dessus), le prix de la consultation varie entre 7.500 et 20.000 FCFA [...] auxquels il convient de rajouter l'achat des médicaments et autres traitements complémentaires qui ne sont pas compris dans les frais de consultation [...] Enfin, il convient de préciser que l'intéressé n'a plus de famille au Togo susceptible de l'aider ».

3.5 Le Conseil rappelle que dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) affirme que « [l]es autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (*Aswat*, précité, § 55, et *Tatar*, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (*Karagoz c. France* (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, *N. c. Royaume-Uni*, précité, §§ 34-41 et références citées, et *E.O. c. Italie* (déc.), précitée). » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 190).

A cet égard, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a fourni une réponse générale, sans toutefois donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour relatifs au coût de ses traitement et suivi dans son pays d'origine et dès lors à leur accessibilité financière.

En effet, s'agissant de l'argumentation de la partie requérante relative à l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil observe que dans son avis du 5 août 2016, le fonctionnaire médecin de la partie requérante a considéré que « *Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Togo. 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 ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009) ».*

Or, le Conseil reste sans comprendre cette argumentation qui apparaît contradictoire dès lors que le fonctionnaire médecin affirme, d'une part, que « *le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Togo* » et, d'autre part, que « *le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale* ».

Le Conseil rappelle que s'il ne peut effectivement substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

Ensuite, s'agissant des documents sur lesquels s'est basé le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse pour conclure à l'accessibilité aux soins requis par le requérant, à savoir les documents portant sur la situation économique du Togo et l'Institut National d'Assurance-Maladie (INAM), tirés des sites Internet www.internationalhealthpartnership.net, <http://www.coopami.org> et <http://ipsnouvelles.be>, force est de constater qu'ils constituent des informations à titre général sur la situation économique et sanitaire du Togo, son système de santé et sur le système de protection sociale et la couverture du risque maladie. En outre, ces documents attestent, à l'instar de ce que relève la partie requérante, non seulement les déficiences du système de santé togolais et les difficultés financières pour accéder aux soins de santé dans ce pays mais surtout le fait que l'INAM, vers lequel le fonctionnaire médecin renvoie principalement le requérant, profite essentiellement aux fonctionnaires de l'Etat, de sorte qu'il n'est pas permis de considérer que le requérant pourra en bénéficier en cas de retour dans son pays d'origine.

Force est également de constater qu'aucun des documents figurant au dossier administratif ne comporte d'information spécifique relative au coût d'un traitement psychiatrique au Togo. En effet, aucun élément de réponse aux éléments soulevés par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour, relatifs au coût de son traitement dans son pays d'origine et dès lors à son accessibilité financière, n'a été apporté.

Partant, le Conseil estime qu'il ne ressort pas de ces informations relatives au système de santé et de sécurité sociale togolais, dont il y a lieu de constater le caractère lacunaire et imprécis, que le requérant, à considérer qu'il soit en mesure de travailler, pourrait bénéficier dans son pays d'origine d'un accès aux soins requis par la pathologie dont il est atteint.

En outre, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse ne pouvait, dans son avis médical du 5 août 2016, raisonnablement déduire du seul fait que les membres de la famille du requérant l'ont aidé à financer son voyage vers la Belgique en 2009, que ceux-ci seraient à même de prendre financièrement en charge les coûts de ses traitement et suivi au Togo, lequel est non seulement prescrit sur du « long terme » mais engendre un coût important, au regard des documents médicaux produits au dossier administratif. Le Conseil estime que la motivation du fonctionnaire médecin à cet égard n'est pas de nature à établir l'accessibilité des soins du requérant dans son pays d'origine.

Enfin, s'agissant de la capacité du requérant à travailler et partant de la prise en charge financière par le requérant lui-même, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin n'a pas valablement rencontré l'argumentation invoquée dans la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.5 et ses divers compléments, relative à son incapacité de travailler. En effet, alors qu'il ressort des documents médicaux produits par le requérant et établis par son médecin traitant, le docteur [B.], - en particulier du certificat médical destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers, établi le 21 mars 2013, et de l'annexe au certificat médical du Service public fédéral intérieur - direction générale de l'Office des Etrangers - destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers, établie le 15 juillet 2014, que le requérant présente une « aptitude au travail réservée » et qu'il n'est actuellement pas apte à travailler -, le fonctionnaire médecin se borne à relever à cet égard que le requérant « *est en âge de travailler* » et que « *l'intéressé ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une*

attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine ». Cette motivation n'est, en l'espèce, pas suffisante dès lors que le seul fait que l'incapacité de travail du requérant relevée par son médecin traitant ne soit pas corroborée par une attestation officielle d'un médecin du travail ne suffit pas à justifier le fait qu' « aucun élément ne nous permet de déduire qu'il serait dans l'incapacité de s'intégrer dans le monde du travail au Togo ». En motivant son avis de la sorte, le fonctionnaire médecin n'a pas valablement répondu aux éléments soulevés dans la demande d'autorisation de séjour du requérant.

Le Conseil précise à cet égard que la situation individuelle du requérant et le système de soins de santé au Togo doivent s'apprécier globalement, afin de déterminer si le suivi et le traitement dont il a besoin sont accessibles au pays d'origine dès lors qu'un emploi n'est pas nécessairement garant d'une accessibilité des soins. En conséquence, le Conseil estime que la motivation relative à la capacité du requérant à travailler n'est pas non plus de nature à établir l'accessibilité des soins du requérant dans son pays d'origine.

En tout état de cause, le Conseil estime que ni la référence à la solidarité familiale ni celle à la capacité du requérant à travailler ne peuvent suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivi nécessaires au requérant. En effet, elles ne peuvent avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles le requérant serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

Partant, la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, et donc de la décision attaquée qui se réfère à celui-ci, ne permet pas valablement d'établir que le traitement et le suivi nécessaires seraient accessibles au requérant dans son pays d'origine.

Le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante, que la partie défenderesse n'a pas pris en considération tous les éléments de la cause et que la décision attaquée n'est dès lors pas suffisamment et adéquatement motivée.

3.6 Les considérations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon lesquelles « [p]our contester l'accessibilité des soins dans son pays d'origine, le requérant ne peut se contenter d'arguments d'ordre général. Il incombe en effet à celui qui invoque une circonstance qu'il qualifie d'exceptionnelle de démontrer en quoi les éléments qu'il invoque présentent ce caractère exceptionnel au regard de sa propre situation (C.E., n° 124.533 du 22 octobre 2003 ; C.C.E., n° 159.149 du 22 décembre 2015), à défaut de quoi les circonstances invoquées restent purement hypothétiques. Le seul fait de souffrir d'une pathologie d'ordre psychiatrique au Togo ne suffit pas à à [sic] indiquer en quoi le requérant ne pourrait, personnellement et concrètement, en aucun cas, bénéficier d'un accès suffisant aux traitements nécessaires à son état de santé dans le pays d'origine » et « [e]n ce qui concerne l'accessibilité financière des soins et traitement, la partie adverse relève que l'accessibilité du traitement, telle qu'elle a été établie par le fonctionnaire médecin, repose sur différents motifs qui, pris ensemble ou isolément, permettent de justifier le refus d'octroi d'une autorisation de séjour. En l'espèce, le fonctionnaire médecin relève les possibilités d'accès aux soins dans le chef du requérant au moyen de ses ressources propres ou avec l'aide des membres de sa famille. Le requérant ne conteste pas utilement ces éléments. D'une part, la partie adverse n'ajoute manifestement pas à la loi en considérant que le requérant n'établit pas de façon probante qu'il est dans l'incapacité de travailler et par là, d'accéder aux traitements requis, que ce soit sur la base d'une attestation officielle d'un médecin du travail ou par toute autre voie de droit. La seule mention dans le certificat médical type « non pas actuellement » en réponse à la question de savoir si « le patient est apte à travailler dans son pays d'origine en vue de pouvoir financer une assurance soins de santé » ne suffit pas à établir que le requérant serait incapable de s'intégrer sur le marché de l'emploi togolais. En l'absence d'autres précisions, cette mention apparaît générale et hypothétique. D'autre part, le fonctionnaire médecin relève qu'une prise en charge financière dans le chef de sa sœur est envisageable, au vu de la teneur de sa demande d'asile. Le requérant ne peut reprocher au médecin fonctionnaire de ne pas avoir tenu compte de la situation financière de sa famille ni du coût de son traitement, à défaut d'avoir lui-même établi, avec précision, le coût réel de son traitement et les ressources financières des membres de sa famille. Ce faisant, le requérant tente de renverser la charge de la preuve », ne sont pas de nature à énerver les considérations qui précèdent.

Enfin, le Conseil rappelle que le fonctionnaire médecin exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine et qu'il en résulte que la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité d'un traitement adéquat dans le pays d'origine, ne pèse pas exclusivement sur le demandeur (en ce sens, C.E., 27 mars 2018, ordonnance n°12.768).

3.7 Il résulte de ce qui précède que la cinquième branche du moyen unique, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de cette branche ni les autres branches de ce moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts

4.1. 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.

4.2. L'acte attaqué étant annulé 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 d'une demande d'autorisation, prise le 7 septembre 2016, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-huit novembre deux mille vingt par :

Mme S. GOBERT, présidente f. f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT