



## Arrêt

**n° 244 876 du 26 novembre 2020  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître E. HALABI  
Rue Veydt, 28  
1060 BRUXELLES**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté 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 9 juillet 2014, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à l'annulation d'une décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 22 mai 2014.

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 25 août 2020 convoquant les parties à l'audience du 16 septembre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me A.-S. PALSTERMAN *loco* Me E. HALABI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1 Le 27 novembre 2006, la requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Le 11 décembre 2006, la partie défenderesse a adressé une demande de reprise en charge aux autorités allemandes, qui l'ont acceptée le 20 décembre 2006. Le 2 avril 2007, la partie défenderesse a pris une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante.

1.2 Le 5 mars 2007, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'ancien article 9, alinéa 3, 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 12 décembre 2007, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

1.3 Le 2 avril 2008, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 21 septembre 2010, la partie défenderesse a rejeté cette demande.

1.4 Le 6 juin 2008, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 12 novembre 2008, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la requérante.

1.5 Le 1<sup>er</sup> février 2009, la requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

1.6 Le 14 septembre 2009, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée le 30 mars 2011. Le 15 septembre 2010, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable et, le 2 décembre 2011, l'a rejetée. Le même jour, elle a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la requérante.

1.7 Le 31 mars 2010, la requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 12 avril 2011, la partie défenderesse a rejeté cette demande.

1.8 Le 4 juin 2012, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée le 17 décembre 2012. Le 9 janvier 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la requérante. Le 7 novembre 2013, dans son arrêt n°113 452, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a annulé ces décisions.

1.9 Le 19 juillet 2013, la requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 2 septembre 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

1.10 Le 18 novembre 2013, le 10 février 2014, le 17 février 2014 et le 9 mai 2014, la requérante a complété la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.8.

1.11 Le 22 mai 2014, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.8. Cette décision, qui a été notifiée à la requérante le 14 octobre 2014, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

*« L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, une régularisation de séjour en Belgique. Le [m]édecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée 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 de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 15.05.2014, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante 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 à la requérante 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 de la requérante dans son pays d'origine.*

*Vu l'ensemble de ces éléments, il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou il n'apparaît pas que l'intéressée*

*souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne .*

*Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays de séjour soit une atteinte à la directive [e]uropéenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.*

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

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

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, 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 général de précaution », du « principe général de droit « "*Audi alteram partem [sic]*" », du devoir de minutie, des « formes substantielles de la procédure instituée par l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 », de l'article 23 de la Constitution et de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2 Dans une première branche, elle fait valoir qu' « il convient avant toute chose de souligner que la partie adverse ne conteste pas, dans la décision attaquée, ni la réalité, ni la gravité des pathologies qui affectent la requérante ; Que la demande introduite par la requérante est rejetée sous prétexte que les soins sont disponibles et accessibles à la requérante dans son pays d'origine, la Guinée ; Que pourtant, le médecin conseil affirme lui-même que « il n'existe pas de système public d'assurance-maladie en Guinée. Il existe néanmoins des projets tels que le projet du CIDR qui vise à créer et consolider des organisations mutualistes en milieu rural et urbain afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé existants (...) » ; Que dès lors, le médecin conseil lui-même [sic] admet qu'il n'existe pas de système public d'assurance maladie ; [...] Qu'en l'espèce, le traitement n'est pas suffisamment accessible à la requérante ; Que les projets cités par le médecin conseil, tel que le CIDR ou le programme « Santé pour tous » ne garantissent nullement un accès suffisant au traitement, au sens donné par votre Conseil ; [...] Que, si le médecin conseil n'affirme pas que la requérante pourrait travailler, il affirme que la requérante ayant passé la majeure partie de son existence dans son pays d'origine, il apparaît évident que celle-ci a de la famille dans ce pays et/ou noué des liens amicaux avec des résidents de ce pays ; Que cette supposition ne suffit guère à démontrer que la requérante aurait un accès effectif aux soins en cas de retour au pays d'origine ; [...] ; Que considérer que les soins lui seraient disponibles et accessibles en Guinée relève d'une erreur d'appréciation opérée par le médecin conseil ; [...] Que pour évaluer la possibilité, pour une personne atteinte d'une maladie grave, de retourner dans son pays d'origine, plusieurs critères doivent être pris en considération, à savoir la possibilité, pour le patient, de se déplacer, de voyager, de supporter un long voyage, l'existence du traitement approprié et de structures spécialisées dans le pays d'origine, la disponibilité du traitement et l'accessibilité de ce traitement au niveau de son coût, le coût d'éventuelles hospitalisations et opérations devant faire l'objet d'une analyse précise, ce qui n'est nullement le cas en l'espèce, la décision ne limitant à des considérations générales de type : « pas de contre-indication médicale à voyager » ; Que dès lors, la partie adverse a opéré une erreur manifeste d'appréciation au regard de tous les éléments précédemment exposés ; Que cette branche du moyen est dès lors fondée ».

## **3. Discussion**

3.1 Sur la première branche du moyen unique, ainsi circonscrite, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9<sup>ter</sup>, § 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 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<sup>er</sup>, 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 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ayant inséré l'article 9<sup>ter</sup> 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<sup>ter</sup>, 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 un rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 15 mai 2014, 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 la requérante souffre de « [s]pondylarthrite ankylosante ou maladie de Bechterew HLA B27 positive, avec antécédent d'uvéite antérieure » et de « [d]iabète de type 2, avec obésité, avec résultat de labo de décembre 2013 objectivant un excellent contrôle par le traitement, sans aucun suivi spécialisé documenté, sans la moindre complication diabétique objectivée par des rapports de spécialistes et des

*examens probants* », pathologies 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 « *Salazopyrine (= sulfasalazine) : traitement de la spondylarthrite [sic]* », de « *Prednisolone : corticoïde* », de « *Cardioaspirine (= acide acétylsalicylique à faible dose) : antiagrégant* », de « *Tramadol et Paracetamol : antidouleurs* », de « *Pantomed (= pantoprazole) : inhibiteur de la pompe à protons, antiacidité gastrique et reflux* » et de « *Glucophage (=metformine) : antidiabétique oral* ». Il indique également que la requérante doit faire de la « *Kiné* » et doit faire l'objet d'un « *Suivi par rhumatologue et ophtalmologue* » et d'un « *Suivi par généraliste* ».

S'agissant de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la requérante, l'avis du 15 mai 2014 porte que : « *Les structures sanitaires confessionnelles proposent des tarifs de consultation et de traitement relativement abordables. Il n'existe pas de système public d'assurance-maladie en Guinée. Il existe néanmoins des projets tels que le projet du CIDR qui vise à créer et consolider des organisations mutualistes en milieu rural et urbain afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé existants, ou le programme « Santé pour tous » lancé en 2002 par L'Association Nantes-Guinée pour apporter un appui à la mise en place et le développement de mutuelles de santé. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population à travers un meilleur accès aux soins de santé de qualité. Notons que l'intéressée est arrivée en Belgique en 2006, elle a donc passé la majeure partie de son existence dans son pays d'origine. Il apparaît donc comme évident que celle-ci a de la famille dans ce pays et/ou qu'elle a noué des liens amicaux avec des résidents de son pays. Il n'est donc pas exclu que la requérante puisse compter sur ses proches en cas de besoin financier et autre. Par conséquent, les soins sont accessibles dans le pays d'origine* ».

3.3 Le Conseil observe que dans sa demande d'autorisation de séjour du 4 juin 2012, la requérante a fait notamment valoir qu'« [i] ressort de l'attestation médicale établie par le médecin-traitant de l'intéressée que celle-ci doit suivre un traitement rigoureux et régulier afin d'améliorer son état de santé et que tout retour en Guinée est déconseillé dans la mesure où elle ne pourrait y bénéficier des soins requis par son état de santé eu égard à la précarité de l'infrastructure médicale et à l'inaccessibilité financière des soins au regard de sa situation personnelle et familiale » et que « l'intéressée n'aurait pas accès aux soins de santé en Guinée, celle-ci ne pouvant pas travailler. En effet, le Docteur [V.O.] affirme : « *Op dit ogenblik is de patiente 100 % werkonbekwaam gezien nood aan strikte bedrust gedurende vermoedelijk nog een maand, waarna nood aan relatieve bedrust* ». De plus, le Docteur [B.] confirme, en date du 26 avril 2012, que l'intéressée n'est pas en état de se déplacer actuellement. L'intéressée fut hospitalisée du 23 mars 2012 au 16 avril 2012, de sorte que celle-ci, actuellement immobilisée, nécessite également la présence de tiers, comme nous l'explique le Dr. [V.O.] : « *op dit moment is er nood tot mantelzorg gezien noodzaak tot strikte bedrust* ». Selon le Service Public Fédéral Affaires Etrangères, « L'infrastructure médicale sur place est très limitée et les coûts pour un rapatriement médical sont souvent très élevés ». L'intéressée, dans l'incapacité de travailler, n'aura donc pas les moyens de se procurer les médicaments nécessaires et n'aura pas accès aux médicaments en Guinée ».

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 la requérante 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.

Ainsi, le Conseil constate tout d'abord que la requérante a mis en avant, dans sa demande, « l'inaccessibilité financière des soins au regard de sa situation personnelle et familiale » et le fait qu'elle ne savait pas travailler et n'aurait pas accès aux médicaments et aux soins que son état de santé requiert. Or, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse se contente, d'une part, de préciser que « *Les structures sanitaires confessionnelles proposent des tarifs de consultation et de traitement relativement abordables* ». A ce sujet, le Conseil observe que le document auquel se réfère le fonctionnaire médecin, *Fiche-pays [:] République de Guinée [sic]*, publié par le Projet Country of Return Information en décembre 2008, indique qu' « En dehors des tarifs officiels de consultation payés aux bureaux des entrées des structures sanitaires [...], le malade de façon générale paye un tarif spécial (qui n'est pas versé dans la caisse de la structure) à son médecin qui varie selon le statut et la qualification du médecin de 10.000GNF à 30.000GNF. Ces tarifs varient de 5.000 GNF à 50.000 GNF dans les structures privées. Les structures sanitaires confessionnelles proposent des tarifs de consultation et de traitement plus abordables ». Le Conseil estime que cette seule possibilité ne suffit pas à établir l'accessibilité financière des soins de la requérante dans son pays d'origine, au vu du caractère imprécis des tarifs « plus abordables ».

D'autre part, le fonctionnaire médecin précise qu'« *Il n'existe pas de système public d'assurance-maladie en Guinée. Il existe néanmoins des projets tels que le projet du CIDR qui vise à créer et consolider des organisations mutualistes en milieu rural et urbain afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé existants, ou le programme « Santé pour tous » lancé en 2002 par L'Association Nantes-Guinée pour apporter un appui à la mise en place et le développement de mutuelles de santé. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population à travers un meilleur accès aux soins de santé de qualité* », sans autre précision et examen de la situation individuelle de la requérante, renvoyant à cet égard aux liens internet repris en notes de bas de page 2 et 3. Or, le Conseil estime que, dans le cas d'espèce, ces documents ne permettent pas de déterminer, concrètement, si la requérante pourrait s'affilier à une de ces mutuelles et, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait et quels frais pourraient être couverts.

Ainsi encore, le fonctionnaire médecin précise que « *Notons que l'intéressée est arrivée en Belgique en 2006, elle a donc passé la majeure partie de son existence dans son pays d'origine. Il apparaît donc comme évident que celle-ci a de la famille dans ce pays et/ou qu'elle a noué des liens amicaux avec des résidents de son pays. Il n'est donc pas exclu que la requérante puisse compter sur ses proches en cas de besoin financier et autre* ». Or, la référence à la solidarité familiale ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des traitements et suivis nécessaires à la requérante au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux de leur coût, au regard du système de santé au pays d'origine. En effet, elle ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles la requérante serait confrontée dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

Le Conseil constate dès lors que 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 les soins et traitements nécessaires seraient accessibles à la requérante dans son pays d'origine. Le Conseil précise à cet égard que la situation individuelle de la requérante et le système de soins de santé en Guinée doivent s'apprécier globalement, afin de déterminer si le suivi et le traitement dont elle a besoin sont accessibles au pays d'origine.

Partant, le Conseil estime que la décision attaquée n'est pas suffisamment et adéquatement motivée.

3.4 L'argumentation développée en termes de note d'observations, selon laquelle « [i] est ainsi inexact de prétendre que pour évaluer la possibilité pour une personne de retourner dans son pays d'origine, il faut tenir compte de l'accessibilité au niveau du coût et du coût d'éventuelles hospitalisations et opérations, ou encore de la possibilité d'obtenir des soins gratuits via une assurance maladie publique dès lors que la partie adverse n'est pas tenue de combler les divergences entre les systèmes socio-économique qui existent d'un Etat à l'autre et n'est pas davantage tenue d'assurer à la requérante que les soins de santé disponibles et accessibles [sic] en Guinée seront équivalents à ceux prodigués en Belgique. En l'espèce, la requérante s'est bornée, à l'appui de sa demande 9ter et des compléments à celles-ci, à faire état d'une incapacité temporaire à voyager et une incapacité de travailler. Elle a

également allégué, en se fondant sur une information du SPF Affaires étrangères, que « l'infrastructure médicale sur place est très limitée et les coûts pour un rapatriement médical sont souvent très élevés ». [...] La requérante ne peut sérieusement reprocher l'analyse effectuée par le médecin fonctionnaire et la partie adverse alors qu'il ressort du dossier administratif qu'elle s'est bornée à évoquer de façon tout à fait générale que « l'infrastructure médicale sur place est très limitée et les coûts pour un rapatriement médical sont souvent très élevés » », n'est pas de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent. En effet, le Conseil renvoie à l'arrêt *Paposhvili contre Belgique* évoqué en ce qui concerne la prise en considération du coût des médicaments et traitements. De même, il 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).

L'argumentation développée en termes de note d'observations, selon laquelle « [e]n outre, la requérante n'a pas intérêt à critiquer le médecin fonctionnaire en ce qu'il n'émet aucune observation relative à son incapacité à travailler mais remarque que, ayant passé la majeure partie de sa vie en Guinée, celle-ci a de la famille et/ou des proches qui pourraient lui venir en aide. Remarquons qu'en termes de requête, la requérante ne conteste à aucun moment le fait qu'elle a bien de la famille et se borne uniquement à soutenir que leur situation financière ne leur permettrait pas de lui venir en aide. Or, la requérante ne produit aucun document probant quant à ce. Comme relevé ci-avant, c'est à la requérante d'apporter tous les renseignements utiles concernant la disponibilité et l'accessibilité de ses soins dans son pays d'origine. [...] Partant, la requérante ne remet pas utilement en cause les observations du médecin fonctionnaire selon lesquelles elle a de la famille en Guinée pouvant lui venir en aide en vue de financer son traitement. En outre, la requérante déclare qu'elle travaillait en tant que coiffeuse dans son pays d'origine, en sorte que rien n'indique qu'elle ne pourrait accéder au marché de l'emploi et trouver un travail adapté à sa pathologie, qui toujours selon ses déclarations l'empêche uniquement de rester assise trop longtemps », n'est pas non plus de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent. En effet, elle constitue une motivation *a posteriori* de la décision attaquée afin d'en pallier les lacunes, ce qui ne saurait être admis en raison du principe de légalité.

Enfin, en ce que la partie défenderesse fait valoir, en termes de note d'observations que, « concernant l'absence d'assurance maladie publique en Guinée, notons que la requérante ne [sic] limite à déduire une absence d'accès aux soins alors qu'il ressort des éléments portés à sa connaissance que des initiatives et projets de mutuelles existent pour faciliter l'accès financier aux soins de santé guinéens existants, ce qu'elle ne remet nullement en cause. Il appert donc que la requérante n'a pas intérêt au grief qu'elle forme quant à ce [sic] », le Conseil renvoie à ce qu'il a jugé *supra*, au point 3.3.

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

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

**Article unique.**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 22 mai 2014, est annulée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-six 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