

Arrêt

n° 249 675 du 23 février 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître H. GAMMAR
Rue des Coteaux 41
1210 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

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

Vu la requête introduite le 3 mai 2019, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 15 janvier 2019 et notifiés le 4 avril 2019.

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 8 octobre 2020 convoquant les parties à l'audience du 30 octobre 2020.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. GAMMAR, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL loco Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La partie requérante est arrivée sur le territoire belge à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

Par un courrier recommandé du 20 septembre 2018, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 2 janvier 2019, le fonctionnaire médecin a rendu un rapport d'évaluation médicale concernant l'état de santé de la requérante.

Le 15 janvier 2019, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande précitée non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante, qui lui ont été notifiés le 4 avril 2019.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour (ci-après « le premier acte attaqué ») :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 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.

[La requérante] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Cameroun, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 02.01.2019, (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 au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée 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 elle 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 ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après « le deuxième acte attaqué ») :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

*o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :
L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».*

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un deuxième moyen de la violation des articles 9ter et 62, §2, de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur « l'obligation de motiver formellement les actes administratifs », de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après « CEDH »), du principe général de bonne administration et plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, de l'erreur manifeste dans l'appréciation des faits et de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause.

Dans une deuxième branche, elle soutient qu'il incombe à la partie défenderesse d'examiner « les possibilités effectives pour le demandeur, compte tenu de la situation générale du pays en

question en ce qui concerne les soins de santé et compte tenu de la situation individuelle du demandeur, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective ». Elle se réfère à cet égard à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

Elle affirme que le traitement et le suivi requis par son état de santé ne sont pas accessibles dans son pays d'origine en raison de « *la situation générale d'accès aux soins de santé au Cameroun et [de] sa situation toute particulière* ».

Elle reproche à la partie défenderesse d'avoir adopté une motivation stéréotypée, de ne pas avoir tenu compte de tous les éléments qui lui ont été présentés et d'avoir commis une erreur manifeste d'appréciation. Elle rappelle que ce traitement et le suivi requis sont très lourds (neuf médicaments ainsi qu'un suivi dans un centre de référence pour le VIH et par IRM, des consultations en neurologie et en gynécologie et des soins intensifs) et concernent son infection par le VIH et ses troubles cognitifs. Elle ajoute avoir démontré dans sa demande d'autorisation de séjour que ce traitement et ce suivi « *sont couteux et doivent être suivis rigoureusement par la requérante, et ce à vie* » dès lors que l'arrêt de ce traitement entraînera une détérioration rapide de son état de santé voire la mort.

Elle fait valoir que sa situation est très difficile et qu'elle serait incapable de subvenir à ses besoins et d'assumer le financement de son traitement dans son pays d'origine. Elle soulève qu'elle était enseignante mais que depuis son AVC, elle est dans un état de dépendance dans la mesure où elle n'a aucune ressource et est incapable d'en produire au vu de ses troubles cognitifs et moteurs. Elle fait valoir à cet égard qu'il ressort d'un rapport d'hospitalisation produit à l'appui de sa demande que ses « *troubles psychologiques sont à ce point graves qu'elle ne se souvient même plus quand ont débuté ses pathologies et si elle a déjà été traitée* ». Elle soutient que « *dans un tel état de santé, [elle] ne pourrait en tout état de cause pas travailler* » et qu'« *[a]ffirmer le contraire relève de la mauvaise foi* ».

Elle soutient avoir invoqué notamment à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et sur la base d'une source probante que « *Les ruptures en soins et médicaments, les surfacturations dans le traitement des maladies telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH/Sida, sont entre autres pratiques que dénoncent le rapport 2014 de l'ONG Positive-Génération. L'état de l'accès aux soins de santé au Cameroun est inquiétant. Principalement dans l'encadrement des personnes vivant avec la tuberculose, le VIH/Sida, et le paludisme. L'ONG Positive-Génération qui en fait le constat, vient de publier les résultats de plusieurs enquêtes menées dans les formations hospitalières du pays. Les résultats permettent de se rendre compte que lorsque les produits pharmaceutiques ne sont pas en rupture dans les hôpitaux, ils sont simplement vendus à un coût élevé ne respectant aucune norme. D'où la mise en route du programme Treatment access watch (TAW) dont le slogan est : « Cassez les prix. Rompre les surcoûts ». Parlant précisément de l'état d'accès aux soins du VIH/Sida, TAW révèle qu'en 2014, 63,1% des centres de santé ont connu des ruptures en examens biologiques. 1,8% des points de santé ont connu des carences en antirétroviraux, en médicaments cotrimoxazole et antituberculeux. S'agissant de la pratique des surcoûts, 40,3% de dépistage se sont effectués à des tarifs illégaux. 67,9% d'hôpitaux ont pratiqués des surcoûts sur les examens biologiques, tandis que 4,5% ont vendu les cotrimoxazoles, pourtant proscrits de vente* ». Elle estime que le coût des médicaments rend ceux-ci inaccessibles aux plus démunis dont elle fait partie.

Elle soutient avoir déjà initié un traitement en Belgique et qu'il est dangereux de le modifier. Elle explique avoir fait valoir dans sa demande qu'« *[...] une femme de retour d'Europe n'a aucun privilège à attendre dans le cadre du traitement. Si cette patiente a déjà été traitée précédemment, ses chances d'être soignée s'en trouvent plutôt réduites, d'une part parce que les programmes disponibles ne comportent souvent encore aucune expertise sur la façon de gérer ce cas de figure, d'autre part parce que les médicaments ne sont pas tous disponibles sur place.* » et qu'« *[a]u Cameroun, les dépenses de santé représentent seulement 8 % du budget de l'Etat, ce qui ne suffit pas à acheter des médicaments en quantité suffisante. Nous sommes très loin de la promesse faite lors de la conférence d'Abuja, en 2001, d'y consacrer 15 % de notre budget d'ici à 2015* », reconnaît André Mama Fouda, le ministre camerounais de la Santé publique. Alors que le pays célèbre les 34 ans de pouvoir du président Paul Biya, il doit faire les fonds de tiroirs pour

trouver de quoi payer les antirétroviraux jusqu'à la fin de l'année. Dans le pays, environ 560 000 personnes vivent avec le VIH sur une population de plus de 20 millions d'habitants et la file de patients ne cesse de s'allonger avec 40 000 nouvelles infections en 2012. Moins de la moitié des patients éligibles sont traités. ». Selon elle, « l'accès au traitement et suivi du VIH est très difficile au Cameroun et la population la plus démunie n'y a pas accès en raison du coût financier ».

Elle allègue avoir également invoqué dans sa demande qu'elle n'aurait pas accès au traitement et au suivi adéquat pour traiter ses graves problèmes cognitifs dès lors que les pathologies mentales sont mal traitées et que les personnes qui en souffrent sont stigmatisées. Elle reproduit des extraits de rapports cités dans sa demande.

Elle reproche à la partie défenderesse d'avoir invoqué la sécurité sociale camerounaise pour justifier l'accessibilité des soins, faisant valoir qu'elle ne pourrait être couverte par aucune des trois branches composant celle-ci à savoir : « accident de travail – maladie[s] professionnelles, prestations familiales garanties – vieillesse – décès ».

Elle allègue que « la sécurité sociale, les mutuelles et les assurances privées sont soit liées au travail, soit liées à la possession de ressources afin de les financer » de sorte qu'en les invoquant, la partie défenderesse n'a pas tenu compte de sa situation réelle étant sans ressource et dans l'incapacité de travailler vu ses graves pathologies. Elle rappelle qu'elle est hébergée par le Samu Social et cite son médecin traitant : « vous déclarez que je n'ai nulle part spécifié que la patiente était incapable de travailler... je pensais évident que cette patiente souffrant d'une infection par le VIH avec immunité abaissée et troubles cognitifs résiduels ne présente pas un statut fonctionnel normal. Elle pourra peut-être un jour faire un travail adapté, mais elle ne peut pas prétendre à entrer sur le marché du travail sans aménagement. Nous savons dès lors que l'accès aux soins dans son pays d'origine sera compliqué ». Elle soutient que les certificats médicaux produits à l'appui de sa demande démontrent « qu'elle souffre de troubles cognitifs importants auxquels s'ajoutent des désorientations dans le temps, dans l'espace, des troubles de la mémoire, des troubles moteurs et un déficit de force de l'hémicorps » en manière telle qu'il est évident qu'elle est dans un état de dépendance, ne peut se débrouiller seule et est incapable de travailler. Selon elle, la partie défenderesse ne pouvait raisonnablement affirmer le contraire. Elle cite de la jurisprudence du Conseil de céans pour soutenir qu'il incombe à la partie défenderesse de tenir compte de la situation individuelle de la requérante qui est sans ressource et ne peut avoir accès au marché du travail.

Elle argue que même si elle était en capacité de travailler, elle ne pourrait prendre en charge le coût élevé de son traitement et fait grief à la partie défenderesse d'avoir considéré qu'il existe un système d'aide sociale garantissant un accès gratuit aux soins en particulier pour les personnes souffrant du VIH/SIDA, sans donner « de plus amples informations sur ce régime et les éventuelles conditions à remplir ». Elle affirme avoir pourtant démontré qu'il n'y a pas de garantie d'accès aux soins gratuitement ou à coût très réduit, le coût du traitement et suivi étant d'ailleurs une problématique importante au Cameroun et sa situation particulière lui rendant impossible cet accès aux soins requis.

Se référant à de la jurisprudence du Conseil de céans, elle rappelle le devoir d'instruction incomitant au fonctionnaire médecin dans le traitement des demandes d'autorisation de séjour.

Elle fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir prouvé que les soins requis sont accessibles dans le pays d'origine et d'avoir, par conséquent, manqué à son obligation de motivation.

3. Discussion.

3.1. Sur la deuxième branche du deuxième moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire*

Le cinquième alinéa indique que « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie 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 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* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être «*adéquats*» au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit par conséquent que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

Le Conseil rappelle enfin que le but de la motivation formelle des actes administratifs est, notamment, de permettre aux intéressés d'exercer en toute connaissance de cause les recours que la loi met à leur disposition, que l'autorité administrative viole l'obligation de motivation en plaçant l'administré dans l'impossibilité de vérifier l'exactitude des motifs de la décision attaquée (C.E. arrêt n° 161.377 du 19 juillet 2006) et que, par ailleurs, tout acte administratif doit reposer sur des « *motifs matériels exacts, pertinents et admissibles en droit qui doivent ressortir du dossier administratif* » (C.E., arrêt n°143.064 du 13 avril 2005).

3.2.1. En l'espèce, concernant l'accessibilité des soins, le Conseil observe qu'à l'appui de sa demande, la partie requérante avait notamment invoqué le coût élevé des soins requis, faisant état d'une pratique généralisée de surcoût à des tarifs illégaux s'agissant notamment des antirétroviraux (ci-après « ARV ») en se fondant sur un article de presse, joint à sa demande et intitulé « *Cameroun – accès aux soins : le rapport qui met à nu les magouilles et limites des centres de santé* » daté du 20 juin 2015. Se référant à un rapport de l'OSAR, également annexé à

sa demande, intitulé « *Cameroun traitement antirétroviral d'une patiente de Yaoundé au stade A2* » daté du 10 septembre 2004, elle avait fait valoir que l'accès à un traitement approprié dépend en premier lieu des moyens financiers à disposition, que s'il existe des programmes offrant une gratuité des soins, ceux-ci nécessitent une inscription ou une adhésion préalable et qu'en cas de retour, les patients doivent débourser des montants importants pour financer le coût des médicaments avant de pouvoir bénéficier de ces programmes et que les ARV de troisième ligne ne sont pas gratuits. Elle avait également exposé ne pas disposer de revenus lui permettant de financer son traitement. Elle s'est appuyée sur un article de presse daté du 29 juin 2015 pour soutenir que seul moins de deux pourcents de la population disposaient d'une assurance maladie. Elle avait fait valoir, en se référant aux données du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, qu'elle ne pouvait bénéficier du régime de sécurité sociale camerounais, n'étant ni travailleuse, ni fonctionnaire et ne remplissant donc pas les conditions pour être couverte par celui-ci.

3.2.2. En termes de requête, elle reproche notamment au fonctionnaire médecin et à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte des éléments invoqués à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour tenant à la situation générale du pays et à sa situation particulière concernant l'accessibilité du traitement et en particulier le coût particulièrement élevé de celui-ci et son incapacité à le financer.

3.2.3. L'avis du fonctionnaire médecin, sur lequel la partie défenderesse fonde le premier acte attaqué, est libellé comme suit, s'agissant de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine :

« Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de l'intéressée fournit des documents sur la situation humanitaire au Cameroun. Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, la 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).

Notons qu'un rapport du MedCOI⁸ indique dans les années 1990, souffrir du HIV engendrait des discriminations mais que cette tendance change grâce aux campagnes de communication, l'accès gratuit au traitement, les actions de promotion des ONG nationales et internationales. Bien que des discriminations subsistent encore, rien ne démontre que l'intéressée en serait personnellement victime.

Concernant la sécurité sociale au Cameroun, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale⁹ nous informe que la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches : accidents de travail – maladies professionnelles, prestations familiales et invalidité – vieillesse – décès (survivants). Depuis 1962, un certain nombre de soins de santé sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux. Des assurances santé privées existent également.

Les mutuelles de santé se développent au Cameroun et 107 mutuelles de santé fonctionnelles ont été recensées en 2008. La majorité de celles-ci prennent en charge les soins de santé primaires et secondaires à concurrence de 75 à 100 % des frais¹⁰.

Notons qu'un rapport du MedCOI¹¹ indique que depuis 2012, le gouvernement a instauré un système de couverture pour les indigents dans certaines hôpitaux et que certains hôpitaux réduisent, par eux-mêmes, de 30% les frais de soins de santé pour les indigents.

Notons que le rapport du MedCoi indique également la gratuité de certaines catégories de médicaments dont les ARV. En effet, les personnes souffrant du VIH/SIDA et entrant dans les conditions bénéficient de soins gratuits (traitement ARV et contre les maladies opportunistes ainsi qu'un soutien psychologique).

La requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stocks des

médicaments, la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » (CCE n°57372 du 04.03.2011).

D'autre part, l'intéressée est en âge de travailler et, en absence d'une attestation d'un médecin du travail attestant d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux.

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au Cameroun.

⁸ MedCOI, Report on Access to Healthcare : Cameroon, 19 mars 2014.

⁹ Le Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, *Le régime camerounais de sécurité sociale*, <www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_cameroun.html>

¹⁰ United States Agency International development, Mutualité, Passage à l'Echelle et Extension de l'Assurance, février 2010, pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadx705.pdf

¹¹ MedCOI, Report on Access to Healthcare : Cameroon, 19 mars 2014 ».

3.2.4. Or, force est de constater que le fonctionnaire-médecin fonde son analyse sur des sources qui, pour l'essentiel, ne figurent pas au dossier administratif, ce qui ne permet pas au Conseil d'exercer son contrôle sur les motifs de la décision attaquée à cet égard. En effet, si le dossier administratif comprend les premières pages des rapports du MedCOI intitulé « *Report on Access to Healthcare : Cameroon, 19 mars 2014* » et du United States Agency International Development, intitulé « *Mutualité, Passage à l'Echelle et Extension de l'Assurance* » de février 2010, lesdites pages ne font cependant aucune mention des constats posés par le fonctionnaire-médecin concernant la diminution des discriminations liées au HIV, les assurances privées et mutuelles de santé, le système de couverture pour les personnes indigentes ainsi que la gratuité de certains soins et médicaments comme les ARV.

La majeure partie des informations dont le fonctionnaire-médecin fait ainsi état ne peuvent dès lors être vérifiées, alors qu'elles sont remises en cause en termes de requête par la partie requérante qui, de surcroît, avait transmis à l'appui de sa demande des articles de presse et des rapports remettant en cause l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine.

En ce qui concerne le constat tenant à la capacité de la partie requérante de travailler et donc de financer son traitement médical, le Conseil observe que le fonctionnaire-médecin ne conteste pas les pathologies de la requérante et conclut dans son avis que cette dernière souffre de : « *Infection par le VIH lésions suspectes de toxoplasmose, troubles cognitifs, épilepsie séquellaire, HTA, oesophagite de reflux, hypothyroïdie subclinique, hyperéosinophilie* ». Le Conseil relève à cet égard que le médecin de la requérante avait précisé dans le certificat médical type du 27 juin 2018, transmis à l'appui de la demande, que la requérante est atteinte de « *lésions cérébrales avec répercussions cognitives significatives et handicapantes dans la vie quotidienne* », de « *troubles cognitifs sévères (mémoire et concentration)* » et d' « *épilepsie séquellaire* ». Il appert dès lors qu'en considérant, sans autre développement, que la requérante est « *en âge de travailler et en l'absence d'une attestation d'un médecin du travail attestant d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux* », le fonctionnaire-médecin ne rencontre pas suffisamment dans son avis les éléments produits par la partie requérante à l'appui de sa demande et les arguments de celle-ci, par les seules indications relatives à son âge et à l'absence d'attestation d'incapacité de travail. Il en va d'autant plus ainsi en l'espèce que la partie requérante avait notamment insisté sur le caractère coûteux de son traitement médical.

Le motif relatif à l'existence d'un système de sécurité sociale ne permet pas d'asseoir la motivation du premier acte attaqué relatif à l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine. En effet, il ressort du document émanant du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, versé au dossier administratif, que ce système vise à protéger les travailleurs ayant cotisé et couvre les prestations familiales, les maladies professionnelles et les accidents de travail, les invalidités, la vieillesse et le décès. Or, d'une part, comme constaté *supra*, il n'est pas suffisamment établi que la partie requérante est en capacité de trouver un emploi, et, d'autre part, il

ne ressort pas du document précité que le traitement et les soins requis par la requérante sont couverts par ledit système.

Par ailleurs, s'agissant du second acte attaqué, le Conseil entend rappeler que dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a jugé que « [I]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).

Le Conseil constate enfin, à la lecture des arguments soulevés dans la demande d'autorisation de séjour et des divers documents produits à l'appui de celle-ci, que contrairement à ce qu'affirme le fonctionnaire-médecin dans son avis, la partie requérante a fourni des éléments tendant à démontrer la situation générale dans son pays d'origine ainsi que sa situation particulière.

Il convient également de rappeler 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, en sorte que la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité du 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 rendue en procédure d'admissibilité des recours en cassation).

Il résulte de ce qui précède que les décisions attaquées ne sont pas suffisamment motivées au vu des éléments produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour quant à ce.

L'argumentation soulevée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'est pas de nature à énerver les constats qui précèdent, celle-ci se bornant à réaffirmer l'avis posé par le fonctionnaire-médecin et à soutenir à tort que ce dernier aurait tenu suffisamment compte de la situation de la requérante, et que celle-ci reste en défaut de contester de manière concrète et pertinente ledit avis s'agissant en particulier de son incapacité de travail et de sa situation personnelle.

3.2.5. La deuxième branche du deuxième moyen, dans les limites exposées ci-dessus, est en conséquence fondée, ce qui doit conduire à l'annulation des actes attaqués.

3.3. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects des moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient conduire à 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. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, prise le 15 janvier 2019, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire, pris le 15 janvier 2019, est annulé.

Article 3

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY