

Arrêt

n° 282 160 du 20 décembre 2022
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. DE COOMAN
Rue des Coteaux, 41
1210 BRUXELLES

Contre :

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

LA PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 16 mai 2022, 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 8 mars 2022.

Vu le titre I^{er} bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 20 septembre 2022 convoquant les parties à l'audience du 18 octobre 2022

Entendu, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me M. DE COOMAN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante est arrivée en Belgique à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

1.2. Par un courrier recommandé du 20 septembre 2018, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. 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 (annexe 13) à son encontre. Aux termes d'un arrêt n°249 675 du 23 février 2021, le Conseil a annulé les décisions susmentionnées.

1.3. Le 25 novembre 2021, la partie défenderesse a pris une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour du 20 septembre 2018, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par

un arrêt n°272 429 du 10 mai 2022, le Conseil a rejeté le recours introduit suite au retrait des décisions par la partie défenderesse en date du 21 février 2022.

1.4. Le 8 mars 2022, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour du 20 septembre 2018, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions, notifiées le 14 avril 2022, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« Motifs :

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.

Mme [M.K.J.] 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'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 le Cameroun, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 07.03.2022 (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 de Mme [M.K.J.], que ces soins médicaux lui sont accessibles, 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 au 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.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...). »

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

« **MOTIF DE LA DECISION** :

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

2.1. La partie requérante prend, notamment, 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 relative à l'obligation de motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), du « principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, 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 ».

2.2. Dans une première branche, elle rappelle que son médecin traitant a rédigé un courrier à l'adresse du médecin-conseil de la partie défenderesse afin de lui manifester son désaccord avec le précédent avis médical, et ajoute qu'à cette occasion, son médecin traitant précisait qu'au vu de la complexité et de l'importance de ses pathologies, le choix du traitement et ses modifications ont été faits après un examen médical et clinique minutieux. Elle se réfère audit courrier concernant les conséquences d'un arrêt de traitement, et affirme que remettre en cause son traitement c'est mettre sa santé en danger. Elle relève que la partie défenderesse ne démontre pas la disponibilité de son traitement, qu'elle se contente d'affirmer que des traitements alternatifs existent au Cameroun, et souligne que son médecin traitant a expliqué que son traitement est un équilibre et qu'il est dangereux de le remettre en cause.

En outre, elle soutient que la partie défenderesse reste en défaut de prouver la disponibilité de l'ensemble de ses traitements et suivis. A cet égard, elle observe que la partie défenderesse ne démontre pas la disponibilité de services de kinésithérapie au Cameroun. En outre, elle estime que la partie défenderesse reste en tout état de cause en défaut de prouver que son traitement et son suivi sont effectivement disponibles au Cameroun, et expose ensuite des considérations jurisprudentielles relatives à la disponibilité effective du traitement.

2.3. Dans une seconde branche, elle se réfère à l'arrêt n°249 675 du 23 février 2021 du Conseil - dont elle cite un extrait - et constate que la partie défenderesse s'obstine, mais ne démontre toujours pas qu'elle aurait réellement accès à son traitement et suivi en cas de retour au Cameroun et que cette dernière viole l'autorité de chose jugée en affirmant que la partie requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est toute particulière. Elle souligne que la partie défenderesse continue également à s'appuyer sur le système de mutuelle afin de prouver l'accessibilité des traitements alors que le Conseil « *s'est également prononcé sur cette question et cela compte tenu tout particulièrement de la situation de la requérante qui n'a aucune ressource et serait totalement incapable d'en produire. Madame ne pourrait pas travailler, c'est une évidence, elle a déjà du mal à marcher et souffre de problèmes cognitifs importants. Elle nécessiterait un travail particulièrement adapté et une rémunération suffisante afin de pouvoir assumer le paiement de ses coûteux traitements et suivis. Il est irréaliste de considérer qu'elle pourrait travailler au Cameroun et la partie adverse reste en défaut d'apporter le moindre élément pour affirmer le contraire* ». Elle se réfère à la jurisprudence du Conseil et soutient que la partie défenderesse ne fait preuve d'aucune remise en question malgré les enseignements de l'arrêt du Conseil.

Elle réaffirme que son traitement et le suivi indispensable ne lui seraient pas accessibles au pays d'origine, et estime que la partie défenderesse adopte une motivation tout à fait stéréotypée et commet une erreur claire et manifeste d'appréciation. Elle précise que sans un traitement global son état de santé se détériorera très rapidement, et ajoute que le traitement concernant le VIH n'est pas réellement disponible et que les pathologies liées aux troubles cognitifs sont mal traitées et suivies au Cameroun. Elle fait valoir qu'elle se trouve dans une situation très difficile, qu'elle serait incapable de subvenir à ses besoins et d'assumer le financement de son traitement, qu'elle est dans un état de dépendance, et qu'elle n'a aucune ressource et serait incapable d'en produire. Elle estime qu'il est indéniable que dans son état de santé elle ne pourrait pas travailler et qu'affirmer le contraire relève de la mauvaise foi. Elle se réfère ensuite aux documents apportés en termes de demande, et précise que l'accès au traitement et suivi du VIH est très difficile au Cameroun et que la population la plus démunie n'y a pas accès en raison du coût financier.

En outre, elle ajoute « *qu'en cas de retour elle n'aurait pas accès à un traitement et suivi adéquat afin de traiter ses graves problèmes cognitifs. En effet, les pathologies mentales sont extrêmement mal traitées en Cameroun et les personnes qui souffrent de problèmes mentaux font l'objet d'une importante stigmatisation* ». A cet égard, elle se réfère à sa demande - dont elle cite un extrait - et soutient que le traitement et suivi de ses pathologies cognitives sont indisponibles et inaccessibles au Cameroun et que les personnes qui en souffrent font l'objet d'une stigmatisation importante.

Quant à la sécurité sociale camerounaise, elle s'interroge sur la pertinence de ce motif dans la mesure où elle ne couvre pas sa situation, et estime que la partie défenderesse ne tient pas compte du fait qu'elle est sans ressource et qu'elle ne pourrait pas travailler vu son état pathologique grave. Elle se réfère au courrier du son médecin traitant et fait valoir qu'elle est dans un état de dépendance, qu'elle ne peut se débrouiller seule et qu'elle est donc incapable de travailler. Elle se réfère à la jurisprudence du Conseil et précise qu'elle « *souffre de multiples pathologies graves qui nécessitent un lourd et coûteux traitement que la requérante ne pourrait en tout état de cause pas assumer, même si elle était capable de travailler. La requérante a quant à elle clairement démontré qu'il n'y a pas de garantie d'accès aux soins, gratuitement ou à un coût très réduit. Le coût des traitements et d'un suivi est d'ailleurs une problématique importante au Cameroun et la situation particulière de la requérante lui rend impossible l'accès aux soins*

dont elle a besoin ». Elle considère que la partie défenderesse refuse de prendre en compte les informations complètes fournies par la requérante sur la situation générale d'accès aux soins et sur sa situation tout à fait particulière, et se contente de tenir une position de principe totalement stéréotypée, et conclut à l'inaccessibilité des traitements au pays d'origine.

3. Discussion

3.1.1. Sur le deuxième moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

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 existant 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.

Il 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.

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 7 mars 2022, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une « *Infection par VIH ; Epilepsie ; Hypertension artérielle ; Notion non documentée d'œsophagite de reflux ; Notion non documentée d'hypothyroïdie subclinique non traitée ; Notion non documentée d'hyperéosinophilie non traitée ; Notion non documentée de troubles psychologiques non précisés* ».

3.2.1. S'agissant de l'accessibilité des soins au pays d'origine, le fonctionnaire médecin a indiqué, dans son avis du 7 mars 2022, que « *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 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).*

Par ailleurs, notons d'abord que le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé : médecine curative, médecine préventive, professionnels de santé publique, administrateurs de santé, planificateurs, etc. Le Cameroun compte un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2.000 habitants, et 1 aide-soignant pour 3.000 habitants ; ces chiffres se situent dans la moyenne observée pour l'Afrique subsaharienne. Le Cameroun jouit de la plus forte densité d'infirmières et de médecins en Afrique subsaharienne.

De plus, malgré l'absence de la couverture santé universelle, il y a eu émergence des mutuelles de santé (MS) au Cameroun. Celles-ci connaissent actuellement une croissance considérable. L'étude diagnostique et cartographique des MS conduite par le cabinet Epos-Saild recensait, en 2010, 158 MS et 6017 organisations de MS en projet. Le mode de paiement des cotisations est variable en fonction de la MS. Il peut être mensuel, trimestriel ou annuel. Les cotisations des MS communautaires rurales sont collectées après la commercialisation des cultures de rente. Le montant moyen de la prime individuelle mensuelle est de 336 francs CFA (0.51 euro) soit un total annuel de 20160 francs CFA (30.73 euros), pour un ménage moyen de cinq personnes, avec des écarts allant de 100 francs CFA (0.15 Euro) à plus de 2000 francs CFA (0.30 Euro). L'adhésion familiale est la formule la plus répandue, et le tiers payant (88 %) représente le mode de prise en charge par excellence.

Citons l'exemple, la Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé (MUCOSANY). C'est une association à but non lucratif qui œuvre au quotidien pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations défavorisées de la ville de Yaoundé, à travers l'appui à la mise en place d'un mécanisme de financement collectif d'accès aux soins de santé de qualité. Elle s'adresse principalement aux habitants des sept arrondissements de la Capitale. Plus de 2800 individus issus de 500 familles et 40 associations des 7 arrondissements de la ville de Yaoundé mutualisent leur risque maladie grâce à la MUCOSANY. Public cible : les familles, les associations, les ONG, les GICS, les femmes, les enfants de moins d'un an, les ministères, les indigents du Cameroun en général et de Yaoundé en particulier. Elle tient son origine de l'exclusion des populations marginalisées aux soins de santé de qualité et permet la mutualisation du risque maladie entre ses membres. Son objectif fondamental est d'abaisser la barrière à l'accès aux soins, en permettant à chaque bénéficiaire de mobiliser, si besoin est, un fonds constitué collectivement.

La prise en charge des membres comprend les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements (simples) et les actes de radiologie. Toutefois, les mutualistes paient un ticket modérateur de 25 % pour les soins ambulatoires et de 50 % pour la chirurgie dans certaines MS. Les MS retrouvées dans l'ensemble des régions du Cameroun sont accompagnées techniquement ou financièrement par les institutions suivantes : Minsanté, GTZ, Unicef, Banque africaine de développement (BAD), OMS, Coopération française, Coopération belge, Saild, Assoal, Bepha, Promuscam, etc. La GTZ intervient essentiellement dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et du Littoral. La Coopération belge est présente dans la région de l'Extrême-Nord et le Saild dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et de l'Ouest. La BAD a initié en 2006 des études pour mettre en place des MS dans onze districts de santé des régions du Sud et du Centre.

Citons encore MULEMACARE créée en 2018 qui intervient entre 50 et 80% des frais en fonction de la formule choisie ou encore La Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé.

Rien n'indique que la requérante ne pourrait pas souscrire à l'une ou l'autre de ces mutuelles de santé.

Par ailleurs, l'intéressée est en âge de travailler et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi au pays d'origine pour subvenir à ses besoins.

Les soins sont donc accessibles ».

3.2.2. A l'instar de la partie requérante, le Conseil estime que cette motivation ne démontre pas que le fonctionnaire médecin a examiné la question de l'accessibilité des soins en tenant compte de l'ensemble des éléments de fait en sa possession.

D'une part, le Conseil observe, s'agissant de la capacité de la partie requérante à travailler, que le fonctionnaire médecin a négligé de tenir compte dans son appréciation, tel que mentionné en termes de requête, du caractère invalidant de la pathologie de la partie requérante, ainsi que du courrier du médecin traitant de la partie requérante, daté du 12 avril 2019 et présent au dossier administratif, lequel indique que « 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 ». Le Conseil observe, dès lors, que ces éléments renforcent le caractère invalidant de la pathologie de la partie requérante concernant sa capacité à travailler et même à trouver un travail. Par ailleurs, il ne ressort nullement de la motivation du premier acte attaqué, ni du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris en considération le courrier du 12 avril 2019 susmentionné, lors de l'examen de la situation de la partie requérante. La simple constatation selon laquelle *« l'intéressée est en âge de travailler et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi au pays d'origine pour subvenir à ses besoins »*, ne peut valablement suffire à démontrer que les éléments mentionnés ci-avant ont été pris en compte par le fonctionnaire médecin et, partant, par la partie défenderesse lors de la prise du premier acte attaqué.

D'autre part, s'agissant de l'émergence des mutuelles de santé au Cameroun, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin précise lui-même que *« Le mode de paiement des cotisations est variable en fonction de la MS. Il peut être mensuel, trimestriel ou annuel. Les cotisations des MS communautaires rurales sont collectées après la commercialisation des cultures de rente. Le montant moyen de la prime individuelle mensuelle est de 336 francs CFA (0.51 euro) soit un total annuel de 20160 francs CFA (30.73 euros), pour un ménage moyen de cinq personnes, avec des écarts allant de 100 francs CFA (0.15 Euro) à plus de 2000 francs CFA (0.30 Euro). L'adhésion familiale est la formule la plus répandue, et le tiers payant (88 %) représente le mode de prise en charge par excellence »*. Or, il ressort de ce qui précède que la partie requérante ne peut pas travailler, notamment en raison de troubles cognitifs, ce qui implique qu'elle ne pourra pas bénéficier d'une mutuelle de santé.

Enfin, l'allégation selon laquelle *« le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé : médecine curative, médecine préventive, professionnels de santé publique, administrateurs de santé, planificateurs, etc. Le Cameroun compte un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2.000 habitants, et 1 aide-soignant pour 3.000 habitants ; ces chiffres se situent dans la moyenne observée pour l'Afrique subsaharienne. Le Cameroun jouit de la plus forte densité d'infirmières et de médecins en Afrique subsaharienne »* ne paraît nullement adéquate ni suffisante, et se contente de faire état d'allégations générales purement descriptives tel que reproché à la partie requérante.

Dès lors, il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie la partie défenderesse que les soins médicaux que nécessite l'état de santé de la requérante sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine.

3.2.3. En conséquence, en se référant à ces divers éléments, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que la partie requérante aurait, à son retour au pays d'origine, un accès effectif aux soins et suivi requis.

Partant, force est de constater que la motivation de la décision entreprise est insuffisante à cet égard et que la partie défenderesse viole l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991.

3.3. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations selon laquelle *« Le médecin conseil a relevé à juste titre que la partie requérante pouvait travailler. La partie requérante ne remet pas utilement en cause cette affirmation en termes de recours puisqu'elle ne démontre pas être en incapacité de travail (elle n'a d'ailleurs fourni aucune attestation d'incapacité). Il y a lieu de constater que la partie requérante n'apporte pas le moindre élément de preuve objective pour contester in concreto les conclusions de la partie défenderesse. Elle se contente de relever différentes difficultés rencontrées au pays d'origine et s'appuie à cet égard sur des articles généraux. Or, ces différents éléments ne permettent pas de conclure que le suivi nécessaire ne serait pas disponible et accessible au pays d'origine. En effet, la partie requérante ne démontre aucunement ses assertions par des éléments concrets et pertinents. Ainsi, elle ne précise pas en quoi les rapports cités, qu'elle ne fait que mentionner de manière très générale dans sa requête, s'appliqueraient à son cas d'espèce. Or, il semble opportun de rappeler que la partie requérante se doit de démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans les rapports s'applique à elle personnellement, ce qu'elle n'a pas fait en l'espèce »* n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent et manque en fait dès lors que la partie défenderesse ne paraît manifestement pas avoir tenu compte du courrier du 12 avril 2019 du médecin traitant de la partie requérante, lequel mentionne son incapacité à travailler, à tout le moins sans aménagements.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le second moyen ainsi circonscrit est fondé et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements et moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Le premier acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., que la partie défenderesse a déclaré recevable, redevient pendante.

L'ordre de quitter le territoire, attaqué, n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également, pour des raisons de sécurité juridique.

4. Débats succincts

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 8 mars 2022, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt décembre deux mille vingt-deux par :

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

E. MAERTENS