



Arrêt

n° 299 705 du 9 janvier 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Agissant en son nom propre et en qualité de représentante légale de :
X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M.P. DE BUISSERET
Rue Saint Quentin 3/3
1000 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 17 mars 2023, en son nom propre et au nom de son enfant, par X qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 16 janvier 2023.

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 7 novembre 2023 convoquant les parties à l'audience du 12 décembre 2023.

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

Entendues, en leurs observations, Me F. LAURENT *loco* Me M.-P. DE BUISSERET, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me J. BYL *loco* Me E. DERRIKS, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante déclare être arrivée en Belgique le 11 novembre 2016.

1.2. Le 22 novembre 2016, elle a introduit une demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) n° 220 572 du 30 avril 2019 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise le 28 novembre 2017 par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA).

1.3. Le 24 janvier 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale – (annexe 13^{quiquies}) à son égard.

1.4. Le 16 mai 2019, la requérante 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 28 août 2019, la partie défenderesse a déclaré la demande irrecevable.

1.5. Le 7 juin 2019, elle a introduit une seconde demande de protection internationale. Le 29 novembre 2019, le CGRA a pris une décision d'irrecevabilité (demande ultérieure). Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil au terme d'un arrêt n° 235 119 du 14 avril 2020.

1.6. Le 8 mai 2020, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire - demandeur de protection internationale - (annexe 13^{quiquies}) à son égard. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil au terme d'un arrêt n° 258 735 du 27 juillet 2021.

1.7. Le 28 mai 2020, la requérante a introduit une demande de protection internationale au nom de son enfant mineur.

Le 26 novembre 2020, elle a introduit une troisième demande de protection internationale en son nom propre. Le 22 avril 2021, le CGRA a pris une décision d'irrecevabilité (demande ultérieure). Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil au terme d'un arrêt n° 264 227 du 25 novembre 2021.

1.8. Le 29 décembre 2021, la requérante 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 16 janvier 2023, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions, notifiées le 15 février 2023, 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:

l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

L'intéressée ([B.I.]) 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 Médecin 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 16.01.2023, 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 apparaît que 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 pour sa vie ou son intégrité physique ou que 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:

- *En vertu de l'article 7,alinéa 1^{er},1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2. La requérante n'est pas en possession d'un visa valable.*

ARTICLE 74/13

Unité familiale et vie de famille : la décision concerne la requérante et son fils. Aucune atteinte à l'unité familiale ne saurait être constatée. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité familiale et la vie de famille.).

Intérêt supérieur : Un éloignement ne porte nullement atteinte à l'intérêt supérieur de l'enfant. Il va par contre de l'intérêt de l'enfant que la cellule familiale ne soit pas brisée et qu'il donne suite à un ordre de quitter le territoire en même temps que son père et/ou sa mère, avec qui il forme une unité familiale.

L'état de santé : voir l'avis du 16.01.2023.

Si vous ne donnez pas suite à cet ordre de quitter le territoire dans le délai imparti, ou si cet ordre n'est pas prolongé sur instruction de l'Office des Étrangers, les services de police compétents peuvent se rendre à votre adresse. Ils pourront alors contrôler et déterminer si vous êtes effectivement parti dès l'expiration du délai de l'ordre de quitter le territoire ou de sa prolongation. Si vous séjournez toujours à cette adresse, cela peut entraîner un transfert au commissariat de police et une détention en vue d'un éloignement. »

2. Questions préalables

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève une exception d'irrecevabilité du recours pour défaut de capacité à agir. Elle relève qu'en « *l'espèce, le second requérant est mineur et n'a pas la capacité d'ester seul devant Votre Conseil. Il n'est représenté à la cause que par sa mère, première requérante, qui n'indique pas quelle circonstance de fait ni quelle base légale lui permettent d'agir seule à cette fin et qui, partant, ne démontre pas sa qualité à agir [...] Il s'ensuit que le recours, en tant qu'il est introduit pour compte du second requérant, est irrecevable* ».

2.2. En l'occurrence, il n'est pas contesté que [B.lb.], mineur né le 28 novembre 2016, au nom duquel sa mère agit en qualité de représentante légale, n'a pas le discernement ni la capacité d'agir requis pour former seul un recours en annulation devant le Conseil.

A cet égard, le Conseil rappelle que l'article 35, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du Code de droit international privé dispose comme suit : « *L'autorité parentale, la tutelle et la protection de la personne et des biens d'une personne âgée de moins de dix-huit ans sont régies par Convention concernant la compétence, la loi applicable, la reconnaissance, l'exécution et la coopération en matière de responsabilité parentale et de mesures de protection des enfants, conclue à La Haye le 19 octobre 1996.* »

L'article 16 de ladite convention précise que « *1. L'attribution ou l'extinction de plein droit d'une responsabilité parentale, sans intervention d'une autorité judiciaire ou administrative, est régie par la loi de l'Etat de la résidence habituelle de l'enfant.*

2. L'attribution ou l'extinction d'une responsabilité parentale par un accord ou un acte unilatéral, sans intervention d'une autorité judiciaire ou administrative, est régie par la loi de l'Etat de la résidence habituelle de l'enfant au moment où l'accord ou l'acte unilatéral prend effet.

3. La responsabilité parentale existant selon la loi de l'Etat de la résidence habituelle de l'enfant subsiste après le changement de cette résidence habituelle dans un autre Etat.

4. En cas de changement de la résidence habituelle de l'enfant, l'attribution de plein droit de la responsabilité parentale à une personne qui n'est pas déjà investie de cette responsabilité est régie par la loi de l'Etat de la nouvelle résidence habituelle ».

L'article 17 de cette même convention déclare que « *L'exercice de la responsabilité parentale est régi par la loi de l'Etat de la résidence habituelle de l'enfant. En cas de changement de la résidence habituelle de l'enfant, il est régi par la loi de l'Etat de la nouvelle résidence habituelle* ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil constate qu'il convient, en l'occurrence, de faire application du droit belge, l'enfant mineur de la partie requérante ayant sa résidence habituelle sur le territoire du Royaume au moment de l'introduction du recours.

A cet égard, le Conseil observe que le droit belge prévoit que l'autorité parentale est régie par les articles 371 et suivants du Code civil. Il ressort plus particulièrement des articles 373 et 374 dudit Code que les parents exercent une autorité parentale conjointe sur les enfants qu'ils vivent ensemble ou non. S'agissant de la représentation du mineur, le législateur a instauré une présomption réfragable vis-à-vis des tiers de bonne foi, ce qui permet à chaque parent d'agir seul, l'accord de l'autre parent étant présumé. Cette présomption ne concerne toutefois que les actes relatifs à l'autorité sur la personne (art. 373, alinéa 2) et la gestion des biens (article 376, alinéa 2), et ne concerne pas le pouvoir de représentation dans le cadre d'un acte procédural (en ce sens: C.E. 18 septembre 2006, n° 162.503; C.E. 4 décembre 2006, n°165.512; C.E. 9 mars 2009, n°191.171).

Il s'en déduit que, dans le cadre d'un recours contre un acte administratif, les parents doivent agir conjointement en qualité de représentants légaux de leur enfant sauf si l'un d'eux démontre exercer l'autorité parentale de manière exclusive, ce que la partie requérante ne soutient pas en termes de requête.

2.3. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de conclure que l'application du droit belge conduit à déclarer la requête irrecevable en tant qu'elle est introduite par la partie requérante en sa qualité de représentante légale de son enfant mineur alors qu'elle ne justifie pas être dans les conditions pour pouvoir accomplir seule cet acte en son nom.

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : la CEDH), des « principes généraux de droit et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives », de l'article 24 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation, la contrariété, l'insuffisance dans les causes et les motifs ».

3.2. Sous une première branche, elle se réfère à l'avis médical, et plus particulièrement à l'examen de la disponibilité des traitements. A cet égard, elle soutient que les informations sont laconiques et ne permettent pas d'affirmer que les suivis, ainsi que les équipements, dont elle a besoin de manière vitale sont disponibles. Elle relève que « *la décision énumère cette liste et mentionne qu'il s'agit d' "Example of facility". Or, le fait de ne citer que deux hôpitaux (Clinique Pasteur et Clinique Ambroise Paré) – hôpitaux privés de surcroît - pour le traitement du diabète, dont l'un comportant un médecin généraliste de première ligne et l'autre un médecin interniste, sans autres explications, ne permet pas de déterminer réellement et effectivement si ces cliniques ont une capacité suffisante pour faire face aux besoins de traitements des malades du diabète à Conakry en terme de chiffres (nombre de médecins par malades et si ces institutions de soins ont les infrastructures et équipements nécessaires pour traiter les malades, ceci d'autant plus que dans sa demande de régularisation, la requérante expliquait – avec rapports à l'appui - que les infrastructures médicales sont délabrées et les professionnels de la santé en nombre insuffisants* ». Elle se réfère au « rapport Asilos » - dont elle cite un extrait – et estime qu'en ne citant que deux cliniques, la partie défenderesse ne permet pas de déterminer si les soins sont réellement disponibles. Elle précise qu'il « *n'est pas possible de savoir s'il n'y a que 2 structures à Conakry pouvant soigner la requérante du diabète ou s'il y en a plus que deux, ni de connaître leur capacité en terme de lits, de nombre de consultations par jour, etc, afin de pouvoir examiner concrètement si les effectifs sont suffisants en terme de personnel, de matériel et de lits, ainsi que de déterminer si les appareils répondent aux normes ou non. Il ne s'agit dès lors pas d'un examen rigoureux de la disponibilité effective des soins* ». Elle reproduit ensuite un extrait de la demande d'autorisation de séjour, et rappelle que le diabète est une maladie chronique pouvant mener à la mort du patient s'il n'est pas correctement traité. Elle précise que son diabète nécessite un traitement complexe, ainsi qu'un suivi pluridisciplinaire, et affirme que les

rapports joints à sa demande font état de l'insuffisance de personnel de santé dans son pays d'origine et du délabrement des infrastructures. Elle en déduit que la partie défenderesse se devait de répondre de manière plus précise et complète concernant la disponibilité des soins, et souligne que *« La mention "available" et la mention qu'il s'agit d'un exemple, sans autre explication, ne permet pas de répondre adéquatement aux rapports produits par la requérante qui pointent la caractéristique défaillant du système de soins de santé guinéen, la pénurie de personnel et le délabrement des infrastructures. Le résultat des requête Medcoi ne permet dès lors pas d'établir que les soins sont disponibles concrètement en Guinée »*. Elle conclut à la violation des dispositions visées au moyen, et renvoie à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et du Conseil.

3.3. Sous une deuxième branche, elle observe que la partie défenderesse ne cite que les hôpitaux de Conakry, et rappelle qu'elle est originaire de Dalaba, qui se trouve à plusieurs centaines de kilomètres de Conakry. Elle en déduit qu'il ne ressort pas de la première décision attaquée qu'un traitement médical serait disponible à Dalaba qui se trouve à 264 km de Conakry.

3.4. Sous une troisième branche, la partie requérante fait valoir que les hôpitaux cités par la partie défenderesse *« pour traiter le diabète (à l'exception de l'hôpital de Donka qui est cité pour le suivi psychiatrique) sont des cliniques privées. A supposer que les soins sont disponibles à Conakry pour le traitement du diabète, la partie adverse n'explique pas comment la requérante pourrait, en cas de retour dans son pays d'origine, financer les soins de santé dans des cliniques privées, d'autant plus que ceux-ci sont, d'après son médecin, très coûteux »*.

3.5. Sous une quatrième branche, elles soutient que la partie défenderesse n'a pas pris en considération son profil spécifique, soit le fait qu'elle soit une femme d'origine ethnique peule, seule, avec enfant en bas âge, né hors mariage, situation qui entraîne des discriminations. Elle constate que la partie défenderesse refuse de tenir compte de ces discriminations au motif qu'elle ne s'est pas vue reconnaître le statut de réfugié, et souligne que *« le fait qu'elle ait mis un enfant au monde hors mariage n'a pas été remis en question par le CGRA puisqu'elle a eu son enfant en Belgique. Dès lors, à partir du moment où il n'est pas non plus contesté qu'il est mal vu dans la communauté peule de Guinée d'avoir un enfant hors mariage (rapport Cédoca), celui-ci étant considéré comme bâtard et la mère de celui-ci comme une femme de mauvaise vie, il est évident que la requérante, en cas de retour, sera confrontée au jugement social et risque d'être discriminée dans sa capacité à trouver un emploi qui lui permettrait de financer son traitement médical »*. Elle en conclut que ce n'est pas parce que le CGRA a considéré que sa vie et sa sécurité n'étaient pas menacées en cas de retour que la requérante ne sera pas victime de discriminations sur le plan économique et social, et affirme qu'il s'agit dès lors d'éléments de vulnérabilité dont la partie défenderesse devait tenir compte.

3.6. Sous une cinquième branche, en ce que la partie défenderesse lui reproche de produire des rapports qui ont un caractère général et ne la visent pas personnellement, la partie requérante se réfère à l'arrêt n° 264 427 du 29 novembre 2021 du Conseil.

3.7. Sous une sixième branche, concernant le système de sécurité sociale, elle constate que la partie défenderesse n'explique pas comment elle pourrait accéder aux soins adéquats dès lors que le système de sécurité sociale guinéen ne prévoit pas de couverture sociale universelle aux personnes indigentes. Elle fait valoir que la partie défenderesse n'explique pas comment elle pourrait *« être protégée par le système de sécurité sociale guinéen en cas de retour étant donné le fait qu'elle ne travaille pas, qu'elle revient dans un pays qu'elle a quitté il y a plusieurs années, et qu'elle est mère célibataire avec enfant à charge »*. Elle se réfère en ce sens au « rapport d'Osar », mentionné en termes de demande, et estime qu'il ressort de ces informations que le traitement n'est pas accessible et qu'elle ne pourra pas bénéficier de la sécurité sociale, d'autant plus que cette documentation met en avant le coût exorbitant des médicaments et que son médecin affirme que son traitement est coûteux. Elle affirme que l'ensemble de ces éléments a pour conséquence qu'il lui serait impossible d'avoir accès au soin de santé en Guinée et ce d'autant plus qu'elle est une mère célibataire, malade et sans aucune ressource.

3.8. Sous une septième branche, quant au dispensaire Saint-Gabriel, elle observe qu'il ne ressort pas du site de la « Fidesco », que des soins aux démunis diabétiques nécessitant un traitement complexe et pluridisciplinaire pourront y être donnés. Elle rappelle qu'il s'agit d'un projet composé de bénévoles, qui ont des missions de deux ans, et soutient qu'il *« n'est pas possible de se rendre compte, à la lecture de ce qui est mentionné sur le site – et repris ci-dessus – que les soins complexes et le traitement coûteux (cfr certificat médical) dont la requérante a besoin y sont disponibles »*. Elle conclut à la violation des dispositions et principes visés au moyen.

4. Discussion

4.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat et du Conseil, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par la décision attaquée (cf. notamment C.E., 8 novembre 2006, n° 164.482 et C.C.E., 29 mai 2008, n° 12 076).

Le Conseil constate en l'occurrence que, dans son moyen unique, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière les décisions attaquées violeraient l'article 24 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et le « principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives ». Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces principes et dispositions.

4.2.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 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 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} 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 9^{ter} 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.

4.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 16 janvier 2023, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *Diabète de type 2 insulino-dépendant. Séquelles psychologiques non traitées de maltraitements qui auraient été infligées au pays d'origine* » pour lesquelles les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

4.2.3. S'agissant de l'examen de l'accessibilité des traitements et suivis requis, le fonctionnaire médecin indique que « Le conseil de la requérante affirme que les soins sont inaccessibles au pays d'origine Afin d'étayer ses dires, il apporte plusieurs documents repris dans l'annexe des pièces de la demande de la pièce n°12 au n° 13.

À la lecture de ces rapports, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés : aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au manque de financement, au manque de personnel qualifié, à l'effet de l'Ebola, aux discriminations ...

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).

En effet il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux pour établir discriminations des soins. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable à la requérante.

Notons qu'un manque d'infrastructures adaptées ou encore l'absence de qualité des soins ne suffisent pas à démontrer des discriminations dans un pays.

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 stock des médicaments, le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné » (CCE n°57372 du 04.03.2011).

Par ailleurs, la République de Guinée reconnaît dans sa Constitution la santé comme un droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Santé qui est l'instrument de la mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle et qui s'intègre dans la politique globale du développement du pays. Cette nouvelle Politique repose sur les soins de santé primaires et le renforcement du système de santé qui visent l'accès universel aux services et soins essentiels de santé. L'instrument de mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé à l'horizon 2024, est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. Ce plan stratégique vise à contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers des actions de promotion de la santé de la mère et l'enfant, la prévention et la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé. Pour atteindre ces finalités, des axes d'interventions et des actions prioritaires ont été définis.

D'autre part, le site Internet « Social Security Online » nous apprend que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles et les prestations familiales.

Signalons l'existence du dispensaire Saint Gabriel, situé à Matoto, une grosse commune populaire de Conakry. Ce Centre permet l'accès aux soins aux plus démunis en ne faisant payer qu'une somme forfaitaire modeste (5000 francs guinéens soit moins de 1 euros, le prix du transport pour venir au dispensaire). Ce forfait comprend la consultation, les soins, les examens de laboratoires et les médicaments. St Gabriel est aujourd'hui une des plus grosses structures médicales de Conakry avec plus de 300 consultations parjour soit 80 000 personnes soignées chaque année et plus de 1 000 accouchements par an à la maternité. La qualité des soins est reconnue tant par les services de santé de l'Etat guinéen que par des ONG internationales qui ont noué des partenariats durables avec le dispensaire. Le dispensaire5 a donc toujours su évoluer et s'adapter aux besoins / contextes locaux tout en gardant la même vocation : offrir des soins de qualité, accessibles aux plus pauvres.

Si l'intéressée estime ne pas disposer d'assez de moyens financiers au pays d'origine, le mieux serait de s'enregistrer auprès du dispensaire Saint Gabriel.

De plus, la France, l'Allemagne et l'Union européenne soutiennent depuis longtemps les efforts de la Guinée à délivrer des soins de santé de qualité à la population. L'Allemagne appuie le ministère de la santé dans le renforcement du système de santé depuis 1983. et notamment en matière d'amélioration de l'offre et d'augmentation de la demande de soins de santé primaire, reproductive et familiale.

La France a soutenu trois programmes d'envergure en République de Guinée avec pour objectif : de renforcer les capacités de préparation, de prévention et de réponse aux épidémies par l'appui à la mise en œuvre de huit équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte, en cofinancement avec l'union européenne; de renforcer la capacité des hôpitaux nationaux et régionaux et des centres de santé communautaire en matière d'hygiène et de gestion des risques infectieux et d'appuyer la mise en place d'un réseau de laboratoires pour une surveillance des pathogènes prioritaires.

Quant à l'Union européenne, il soutient en partenariat avec la France - par le biais du Projet d'Appui à la santé (PASA) : le ministère de la santé dans son fonctionnement institutionnel au niveau national et régional ; la Pharmacie centrale de Guinée dans sa mission de fournir les médicaments essentiels aux formations sanitaires publiques, ainsi que le renforcement du système de santé (offres de soins de qualité, santé communautaire, infrastructures sanitaires) dans la région administrative de Nzérékoré.

Notons que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que la requérante est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

La requérante déclare être en rupture par rapport à sa famille en raisons de persécutions familiales. Elle affirme qu'elle est vulnérable. Or le CGRA a pris une décision de refus du statut de réfugié aux motifs que le contexte familial dans lequel elle avait planté son récit n'était pas établi et que ses déclarations concernant son oncle et son traditionalisme religieux n'emportaient pas la conviction. Il avait relevé également que ses déclarations quant aux faits de persécution subis manquaient de crédibilité.

Dès lors, rien ne nous permet de constater que la requérante ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe à la requérante d'étayer son argumentation (C E, du 13 juil.2001 n° 97.866).

La requérante déclare qu'elle n'a jamais travaillé. Bien que la charge de la preuve lui incombe, elle n'apporte aucun élément pour étayer ses dires. En effet elle lui appartient de démontrer qu'elle n'a pas les moyens de payer ses soins.

Il résulte de ces informations que le requérant peut prétendre à un traitement médical en Guinée. Le fait que la situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, *Affaire Bensaid c. Royaume Unis* du 06 février 2001, §38).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine ou de reprise ».

4.2.4. En termes de requête, la partie requérante fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte, dans l'examen de sa demande, des discriminations dont font l'objet les femmes d'origine ethnique peule, seules, avec un enfant en bas âge né hors mariage, qui réduisent considérablement l'accessibilité des soins médicaux nécessaires à la partie requérante.

A cet égard, le Conseil observe que, dans sa demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.8. du présent arrêt, la partie requérante a fait valoir qu'elle « est en rupture avec sa famille. Elle est en outre mère célibataire, ayant accouché d'un enfant en Belgique. En cas de retour en Guinée, elle cumulerait les discriminations et obstacles sociaux, facteurs également à prendre en considération dans Dévaluation de sa capacité à supporter financièrement ses soins de santé : Discrimination en tant que femme : « L'accès des femmes à l'emploi n'est pas égal à celui des hommes, si bien qu'elles sont sur-représentées dans le secteur informel qui ne fournit aucune protection sociale (...). Les femmes guinéennes, particulièrement dans les campagnes, peinent à accéder aux services de santé adéquats » ("L'Afrique pour les droits des femmes : ratifier et respecter!", initiative de la FIDH) [...] Ainsi qu'il est déjà expliqué ci-dessus, la requérante est en rupture vis-à-vis d'une famille maltraitante. 11 est mal vu en Guinée qu'une femme se sépare de sa famille et aille vivre seule. Refworld a publié une note d'information concernant la Guinée, sur les femmes célibataires et sans soutien familial, y compris sur la possibilité qu'ont ces femmes de vivre seules et de se trouver un logement et un emploi sans avoir besoin de l'approbation d'un homme (2013-mars 2015) [...] On y lit qu'il y a « peu de reconnaissance sociale aux femmes vivant seules »(...)« La directrice de programmes à Wafrica Guinée, une "ONG internationale et locale qui a pour mission la promotion et la protection de la femme et de la jeune fille " guinéennes (Les Amazones s.d.), parlant en son nom propre, a signalé dans une communication écrite envoyée à la Direction des recherches qu'il était rare que les femmes célibataires demeurent seules; et ce. pour les motifs suivants : Une jeune femme qui n'a pas encore été mariée reste le plus souvent avec ses parents. Il est inadmissible pour sa famille, souvent pour des questions d'honneur, /et/ il est mal vu par la communauté qu'elle vive seule. Elle perd aussi ses chances de se marier, car elle peut être perçue comme un mauvais parti ; de mauvaise famille ou libertine. Les femmes célibataires qui sont divorcées ont, elles, des possibilités de vivre seules si elles sont financièrement stables, mais. tout comme les femmes jamais mariées, l'usage accepté est /plutôt/ de rester dans la famille. Concernant les femmes célibataires veuves. elles peuvent vivre seules si leur mari les a laissées dans une habitation dont elles ont hérité. Mais il arrive souvent que la pratique du sororat, où le frère du défunt [épouse/ la [veuve], empêche cette situation de vie solitaire pour la femme. Sinon, d'autres membres de sa famille viendront souvent s'installer pour rester avec elle pour des questions de bons usages et pour des raisons de sécurité (9 avr. 2015). De même, dans une communication écrite envoyée à la Direction des recherches, un représentant de l'Organisation guinéenne de défense des droits de l'homme (OGDH), une ONG guinéenne affiliée à la FIDH (FIDH s.d.). a déclaré

que « /1/es femmes célibataires /pouvaient/ réellement vivre seules, mais /que/ les risques liés à ce célibat féminin résidaient dans la perception que la communauté a des femmes non mariées ne vivant pas sous une autorité parentale » (OGDH 14 avr. 2015). Par ailleurs, la directrice adjointe de Human Rights Watch a déclaré que les conditions socio-économiques de la Guinée font en sorte que les femmes guinéennes ont tendance à vivre dans des unités familiales (Human Rights Watch 15 avr. 2015).

2.2 Accès au logement

Selon la directrice des programmes, il est plus facile pour une femme célibataire de se trouver un logement si elle dispose de moyens financiers suffisants (Directrice des programmes 9 avr. 2015). Selon cette même source, le soutien d'un homme peut faciliter l'obtention d'un logement pour la femme célibataire, face aux réticences qu'auraient les propriétaires à en fournir un à celle-ci. de par son statut social et du fait qu'ils la percevraient comme incapable de se débrouiller seule (ibid.). La directrice des programmes a également déclaré que, « pour des questions de sécurité /.../, il se peut aussi que les logeurs refusent de loger une femme seule, afin d'éviter des ennuis pour eux ou la femme » (ibid.). Selon la directrice de programmes, il y aurait « plus de risques qu'elle soit harcelée ou attaquée » (ibid. 14 avr. 2015). Le représentant de l'OGDH a fourni les renseignements qui suivent : Dans de nombreux cas, [les femmes célibataires] ne peuvent bénéficier d'un logement que lorsqu'elles sont accompagnées d'un parent homme, qui a aussi l'obligation de prouver leurs liens de parenté. Lorsqu'elles accèdent aisément et sans conditions à un logement, elles peuvent être exposées au harcèlement pouvant provenir ou du logeur ou de celui qui a favorisé l'obtention du logement (OGDH 14 avr. 2015).

2.3 Accès à l'emploi

Selon le rapport alternatif de la FIDH et des autres ONG partenaires, les femmes [guinéennes] sont victimes de la « ségrégation professionnelle » du fait qu'elles exercent surtout des emplois à faibles revenus et peu qualifiés (FIDH et al. oct. 2014). Les Country Reports 2013 signalent que, « bien que la loi exige le paiement d'un salaire égal à travail égal, les femmes [sont] moins rémunérées que les hommes dans la pratique » (E.-U. 23 févr. 2014, 28). Selon le rapport alternatif « l'accès des femmes à l'emploi n'est pas égal à celui des hommes, si bien qu'elles sont sur-représentées dans le secteur informel qui ne fournit aucune protection sociale », ce qui contrevient à l'article 18 de la Constitution de la Guinée (FIDH et al. oct. 2014). Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes corrobore la faible participation des femmes à l'économie officielle, précisant qu'elle se situe à hauteur de 10 p. 100 de la population économiquement active de la Guinée (Nations Unies 14 nov. 2014, paragr. 46(c)). Selon un rapport publié par le gouvernement de la Guinée en 2013 et intitulé Document de stratégie de réduction de la pauvreté (2013- 2015), les femmes guinéennes constituent 80 p. 100 de la main-d'œuvre du secteur agricole et 27,1 p. 100 des salariées des secteurs non agricoles (Guinée mai 2013, 37) ». Les éléments entourant la situation de la requérante doivent également être pris en compte pour évaluer ses possibilités d'accès aux soins de santé (cfr infra) car déjà en amont, une femme seule en Guinée signifie déjà avoir des difficultés pour louer un logement... La requérante sera considérée comme ne pouvant pas se débrouiller seule ou comme étant de mauvaise vie, surtout qu'elle a mis au monde un enfant hors mariage, ce qui conduira le propriétaire à ne pas vouloir traiter elle.

Discrimination vis-à-vis des mères célibataires

Outre le fait qu'il est mal vu pour une femme de vivre en dehors de sa famille, il est encore plus mal vu d'être une mère célibataire. La requérante a mis au monde un enfant en Belgique et en cas de retour en Guinée, elle serait considérée comme une femme honteuse, qui a piétiné la religion, une femme de mauvaise vie, et comme son enfant serait considéré comme un bâtard. Elle serait clairement stigmatisée en cas de retour, avec tout ce que cela comporte comme difficulté pour s'intégrer dans la société et trouver du travail ».

Or, dans son avis médical, le fonctionnaire médecin n'a nullement apprécié l'accessibilité en Guinée des soins que nécessite l'état de santé de la partie requérante, au regard des éléments particuliers susmentionnés, que celle-ci a fait valoir, dans la demande d'autorisation de séjour, et qui tenait à sa situation de femme seule, célibataire et ayant un enfant en bas âge né hors mariage.

Le motif de l'avis du fonctionnaire médecin, selon lequel « À la lecture de ces rapports, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés : aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au manque de financement, au manque de personnel qualifié, à l'effet de l'Ebola, aux discriminations ... 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). En effet il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux pour établir discriminations des soins. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable à la requérante. Notons qu'un manque d'infrastructures adaptées ou encore l'absence de qualité des soins ne suffisent pas à démontrer des discriminations dans un pays »,

ne peut être suivi, au vu des éléments invoqués par la requérante, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, qui singularisent à suffisance sa situation.

Si 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.

4.2.5. S'agissant de la Politique Nationale de Santé, le Conseil observe, comme indiqué dans l'avis précité, qu'il s'agit d'un instrument de la mise en œuvre de l'obligation constitutionnelle reconnaissant la santé comme un droit fondamental, qu'elle s'intègre dans la politique globale de développement du pays et qu'elle a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne. Ainsi, le Conseil estime que cela ne garantit aucunement en soi l'accès concret aux soins et suivis requis au pays d'origine.

4.2.6. Quant au régime de sécurité sociale en Guinée, le Conseil observe que la partie requérante avait indiqué, en termes de demande d'autorisation de séjour, au vu du rapport « Osar », que *« depuis la privatisation des structures de santé et des pharmacies, la majorité de la population ne peut plus payer les coûts des soins de santé dont la qualité est très faible (Mohamed Camara, novembre 2015) Une très petite minorité possède une assurance-maladie publique. Selon Mohamed Camara et al., il n'existe pas à proprement parler de sécurité sociale en Guinée. Un très faible pourcentage de la population, estimé à cinq pour cents, possédaient une assurance maladie publique en 2008 et seuls 0,4 pourcents étaient couverts par une assurance-maladie privée (Mohamed Camara, janvier 2015). Selon le gouvernement guinéen, la couverture sociale est très faible. Il existe une assurance-maladie obligatoire, mais celle-ci se résume à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui ne concerne que les employé-e-s du secteur privé enregistré-e-s. Le taux de cotisation à l'assurance-maladie est de 6,5 pourcents du salaire. Il existe également un petit nombre de compagnies qui proposent des assurances - maladies privées. Dans l'ensemble, le gouvernement estime que moins de dix pourcents de la population est couvert contre le risque de maladie (République de Guinée, mars 2015) »*.

Dès lors, la motivation de la partie défenderesse selon laquelle *« le site Internet « Social Security Online » nous apprend que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles et les prestations familiales »* ne saurait suffire à répondre à l'argumentation de la partie requérante susmentionnée.

4.2.7. Quant à l'organisation de solidarité internationale FIDESCO et au dispensaire Saint-Gabriel, le Conseil rappelle que les seules références à des programmes ayant pour ambition de favoriser l'accès au plus grand nombre à des soins de santé ou la référence à un dispensaire créé par une organisation caritative sans confirmation que les soins et le suivi spécifiques nécessités par la partie requérante y sont délivrés, ne peut suffire à constater que les soins de la partie requérante lui sont accessibles. Le même raisonnement s'impose quant à la circonstance selon laquelle *« la France, l'Allemagne et l'Union européenne soutiennent depuis longtemps les efforts de la Guinée à délivrer des soins de santé de qualité à la population »*.

4.2.8. Enfin, le Conseil relève que la circonstance selon laquelle *« La requérante déclare être en rupture par rapport à sa famille en raisons de persécutions familiales. Elle affirme qu'elle est vulnérable. Or le CGRA a pris une décision de refus du statut de réfugié aux motifs que le contexte familial dans lequel elle avait planté son récit n'était pas établi et que ses déclarations concernant son oncle et son traditionalisme religieux n'emportaient pas la conviction. Il avait relevé également que ses déclarations quant aux faits de persécution subis manquaient de crédibilité.*

Dès lors, rien ne nous permet de constater que la requérante ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe à la requérante d'étayer son argumentation (C E, du 13 juil.2001 n° 97.866).

La requérante déclare qu'elle n'a jamais travaillé. Bien que la charge de la preuve lui incombe, elle n'apporte aucun élément pour étayer ses dires. En effet elle lui appartient de démontrer qu'elle n'a pas les moyens de payer ses soins », ne peut suffire à permettre d'apprécier si les traitements et le suivi

nécessaires à la pathologie de la partie requérante lui sont effectivement accessibles en Guinée, et ce d'autant plus qu'elle a expressément mentionné, en termes de demande, que « *La requérante est issue d'une famille peule de Guinée et est originaire de Dalaba. Il s'agit d'une ville guinéenne, située dans le massif montagneux du Fouta-Djalon à environ 363 kilomètres de Conakry. Son ethnie peule n'a jamais été remise en question dans le cadre de sa demande d'asile. En effet, dans le cadre de sa procédure d'asile, la requérante porte un nom typiquement peul et était assistée par un interprète parlant le Puular. Les peuls de Guinée forment une ethnie caractérisée par une forte tradition religieuse conservatrice, dans laquelle la famille prime sur l'individu. La requérante est en rupture par rapport à sa famille en raisons de persécutions familiales qu'elle a vécues. Elle joint en annexe un rapport d'expertise médicale qui fait état de plusieurs cicatrices de maltraitances (Doc.10), ainsi qu'un rapport psychologique (Doc.11) qui fait état d'un stress post-traumatique dû à ces maltraitances vécues en Guinée. Le CCE n'a pas remis en question les violences qu'elle a vécues ni son état de stress post-traumatique mais a considéré qu'en raison des incohérences faites par la requérante dans le cadre de sa procédure d'asile, il n'était pas possible de déterminer les circonstances dans lesquelles elles lui ont été infligées et par conséquent il n'était pas possible de les rattacher à la Convention de Genève. C'est la raison pour laquelle elle n'a pas pu se voir reconnaître le statut de réfugié. Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas contesté par les instances d'asile que la requérante a été victime de violences physiques et psychologiques. Elle est toujours suivie actuellement par une psychologue en raison de son stress post-traumatique et il n'est pas envisageable pour elle de retourner auprès de sa famille maltraitante en Guinée. La requérante serait par conséquent, en cas de retour en Guinée, seule car sans soutien familial. Il s'agit d'un élément important à prendre en considération pour évaluer l'accessibilité des soins en Guinée en ce qui la concerne* ».

En tout état de cause, la référence à la solidarité familiale ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des traitements et du suivi nécessaires à la partie requérante au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux de leur coût, au regard du système de santé au pays d'origine. Un tel motif, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, et dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté que la partie requérante souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écarter que cette maladie n'entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat *in specie* dès lors, qu'il s'agit notamment d'écarter un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH

4.2.9. Quant aux hôpitaux, susceptible de prendre en charge le traitement pour le diabète de la partie requérante, mis en exergue par le fonctionnaire médecin au regard des deux requêtes MedCOI citées dans son avis médical, le Conseil constate, à l'instar de la partie requérante, que « *Les hôpitaux cités par la partie adverse pour traiter le diabète (à l'exception de l'hôpital de Donka qui est cité pour le suivi psychiatrique) sont des cliniques privées. A supposer que les soins sont disponibles à Conakry pour le traitement du diabète, la partie adverse n'explique pas comment la requérante pourrait, en cas de retour dans son pays d'origine, financer les soins de santé dans des cliniques privées, d'autant plus que ceux-ci sont, d'après son médecin, très coûteux* ».

En conséquence, il ne ressort pas à suffisance de son avis que le fonctionnaire médecin, qui s'est fondé, afin de démontrer l'accessibilité des soins, sur l'aide familiale que pourrait obtenir la partie requérante, l'assistance par des ONG, les programmes relatifs aux soins de santé et l'inscription à une mutuelle de santé, aurait estimé l'accessibilité établie dans des structures privées.

4.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse n'apporte aucun élément de nature à renverser les constats qui précèdent, celle-ci se contentant de réitérer les conclusions du fonctionnaire médecin exposées *supra*.

4.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique, 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 du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4.5. Le premier acte litigieux étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour est à nouveau pendante et requiert qu'une suite lui soit donnée.

Dès lors, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, il est approprié de retirer de l'ordonnancement juridique l'ordre de quitter le territoire attaqué. En effet, celui-ci a été pris, sinon en exécution de la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, prise le même jour, en tout cas dans un lien de

dépendance étroite et ce indépendamment de la question de la légalité de ce dernier au moment où il a été pris.

5. Débats succincts

5.1. 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.

5.2. 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 16 janvier 2023, en ce qu'ils visent B. Id., sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Article 3

La requête en suspension et annulation est rejetée pour le surplus.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le neuf janvier deux mille vingt-quatre par :

E. MAERTENS, présidente de chambre,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT

E. MAERTENS