



## Arrêt

**n° 205 269 du 13 juin 2018**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. PHILIPPE**  
**Avenue de la Jonction, 27**  
**1060 BRUXELLES**

**contre:**

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

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 29 décembre 2017, par X, qui déclare être de nationalité togolaise, tendant à l'annulation d'une décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 22 novembre 2017.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'arrêt n° X du 30 janvier 2018.

Vu la demande de poursuite de la procédure.

Vu l'ordonnance du 13 mars 2018 convoquant les parties à l'audience du 18 avril 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me A. PHILIPPE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1 Le requérant, qui déclare être arrivé sur le territoire belge le 7 novembre 2009, a introduit, le 9 novembre 2009, une demande d'asile qui s'est clôturée par un arrêt n°48 101 du 14 septembre 2010 par lequel le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 14 septembre 2010, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> 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). Il a complété sa demande le 15 février 2011, le 21 juillet 2011, le 7 octobre 2011 et le 4 novembre 2011. Le 24 janvier 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande d'autorisation de séjour non fondée par une décision qui a été retirée le 8 mars 2012. Ce retrait a été constaté dans un arrêt du Conseil n°80 912 du 10 mai 2012. Le 8 mars 2012, le requérant a complété sa demande.

1.3 Le 14 décembre 2012, la partie défenderesse a pris une deuxième décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2, décision qu'elle a de nouveau retirée le 8 février 2013. Ce retrait a été constaté dans l'arrêt du Conseil n°100 218 du 29 mars 2013.

1.4 Le 14 février 2013, la partie défenderesse a pris une troisième décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2 et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Ces décisions ayant à nouveau été retirées, le recours introduit à leur encontre a été rejeté par un arrêt du Conseil n° 108 395 du 22 août 2013.

1.5 Le 21 mai 2013, le requérant a introduit une seconde demande d'asile qui s'est clôturée par un arrêt n°113 656 du 12 novembre 2013 par lequel le Conseil a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.6 Le 5 avril 2013, la partie défenderesse a pris une quatrième décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2. Le Conseil a annulé cette décision dans son arrêt n°162 172 du 16 février 2016.

1.7 Le 21 janvier 2015, le requérant a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9<sup>bis</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

1.8 Le 22 février 2016, les 5 et 14 juin 2016, les 6 et 12 octobre 2016 et le 7 décembre 2016, le requérant a complété sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2.

1.9 Le 16 janvier 2017, la partie défenderesse a pris une cinquième décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2. Le Conseil a annulé cette décision dans son arrêt n°193 305 du 9 octobre 2017.

1.10 Le 6 février 2017, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.7 et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Ce dernier a introduit un recours à l'encontre de ces décisions, enrôlé sous le numéro 201 902.

1.11 Le 22 novembre 2017, la partie défenderesse a pris une sixième décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2 et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 5 décembre 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour (ci-après : la première décision attaquée) :

*« 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.*

*[Le requérant] 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 Brésil pays d'origine du requérant.*

*Dans son rapport du 16/11/2017 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Togo.*

*Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

*Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé 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 il séjourne.»*

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : la seconde décision attaquée) :

*« 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<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :*

*Le requérant n'est pas porteur d'un passeport revêtu d'un visa valable. »*

1.12 Le 29 décembre 2017, le requérant a introduit un recours en annulation et en suspension devant le Conseil à l'encontre des deux décisions visées au point 1.11. Le 28 janvier 2018, la partie requérante a demandé, par la voie de mesures provisoires, que soit examinée en extrême urgence la demande de suspension du 29 décembre 2017 encore pendante à l'encontre de ces dernières. Dans son arrêt n° 198 980 du 30 janvier 2018, le Conseil a accueilli cette demande et ordonné la suspension de l'exécution des décisions visées au point 1.11.

1.13 Le 25 janvier 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies) à l'encontre du requérant. Dans son arrêt n° 199 095 du 31 janvier 2018, le Conseil, saisi d'un recours en suspension selon la procédure de l'extrême urgence, a suspendu l'exécution de cette décision.

1.14 Le 25 janvier 2018, la partie défenderesse a pris une interdiction d'entrée (annexe 13sexies) de trois ans à l'encontre du requérant. Ce dernier a introduit un recours en annulation à l'encontre de cette décision, recours enrôlé sous le numéro 216 396.

## **2. Exposé des moyens d'annulation**

La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 3 et 13 de la CEDH, des articles 9<sup>ter</sup> et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe de la foi due aux actes, des articles 1319, 1320 et 1322 du Code Civil, du principe général de droit national et européen à être entendu et du principe de l'autorité de la chose jugée, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

Dans une première branche, elle fait valoir qu' « [en ce que] l'avis du médecin conseil de l'Office des Etrangers sur lequel se base la décision estime que la disponibilité des suivis psychiatriques et infectiologiques est rapportée, ainsi que la disponibilité des ARV et de la mesure de la charge virale, sans risque de rupture de stocks [alors que] il ressort de l'analyse précise du dossier administratif plusieurs difficultés qui viennent contredire les affirmations de la partie adverse ».

Dans un premier point, intitulé « La disponibilité des soins n'est pas rapportée », après un « Rappel des principes », elle estime que « [l]a décision de la partie adverse estime que les soins et médicaments dont a besoin le requérant sont disponibles. Le requérant souffre de problèmes psychiatriques et est atteint du VIH de sorte qu'il doit suivre deux traitements distincts et compatibles. [...] Concernant la disponibilité des soins, des médicaments et de la possibilité de mesurer la charge virale au sujet du VIH dont souffre le requérant, le dossier administratif n'est pas non plus explicite, ou à tout le moins, la partie adverse en fait une lecture parcellaire erronée en estimant que le VIH est correctement traité au Togo. [...] Par ailleurs, la partie adverse indique dans son avis médical qu'en 2015, la mesure de la charge

virale et du taux de CD4 est disponible et que les antirétroviraux (ARV) sont disponibles. Elle ajoute que les stocks d'ARV sont tels qu'il n'existe pas de risque de rupture de stocks. Pour affirmer ses dires, elle s'appuie sur les requêtes Medcoi citées dans l'avis et sur le rapport d'activité 2015 du programme national de lutte contre le SIDA et les IST dont elle précise le lien internet. Il ressort d'une lecture objective de ce rapport 2015 du programme national de lutte contre le SIDA que la question de la disponibilité des ARV et de la possibilité de mesurer la charge virale n'est pas sans poser de réelles difficultés au Togo. [...] En outre, la lecture du rapport 2015 permet de considérer que le Togo fait bien face à de réels problèmes de stocks en ARV et que la mesure de la charge virale n'est pas acquise au Togo alors qu'il s'agit précisément, par le biais de cette charge, non seulement de déterminer le traitement médical adéquat mais aussi de vérifier son efficacité sur le patient. Il ressort de la lecture de ce rapport que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) n'ont pour ainsi dire par accès à la mesure de la charge virale, mesure essentielle à la détermination des ARV et du traitement adéquat. Ainsi, le rapport 2015 auquel fait référence la partie adverse sans plus de références indique qu'environ 2 % des PVVIH ont accès à la charge virale. En page 54 du rapport, est définie la charge virale : « la charge virale est le critère biomédical objectif dominant dans le traitement du VIH et permet de définir le succès ou l'échec du traitement. En 2015, seuls 2 % des PVVIH sous TAR ont bénéficié de la charge virale [»]. Le requérant entend ainsi rappeler quelques extraits de ce rapport 2015 qui met en avant les difficultés énoncées : En page 54 dudit rapport figure le tableau récapitulatif suivant au sujet de la charge virale : [...] En conclusion, page 87 de ce rapport, il est indiqué ce qui suit : « Cependant, on ne doit pas perdre de vue avec cette augmentation que beaucoup d'efforts restent à faire quand on sait qu'à l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH doivent recevoir un traitement anti rétroviral durable et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral doivent avoir une charge virale durablement supprimée. L'enjeu est de taille surtout avec le troisième objectif où 2% seulement des patients sous traitement antirétroviral ont bénéficié de la charge virale en 2015. » Partant, lorsque la partie adverse, sur base de ce rapport, indique que la mesure de la charge virale est disponible, force est de constater qu'elle commet une erreur manifeste d'appréciation : au Togo, seuls 2 % des patients sous traitement antirétroviral (TAR) ont bénéficié de la charge virale. Autrement dit, seuls 2 % des patients ont pu déterminer si leur traitement antirétroviral était efficace ou non. Ce chiffre est alarmant et à lui seul permet de considérer que la prise en charge médicale est totalement insuffisante au Togo pour le traitement du VIH. En indiquant que la charge virale est opérationnelle au Togo, la partie adverse viole la foi due à ce rapport 2015 et précisément à ce tableau page 54 et à cette conclusion page 87 puisque le rapport précise bien qu'il s'agit bien d'un des défis à relever dans ce pays concernant le VIH, preuve que la prise en charge et la disponibilité des soins n'est pas acquise. Manifestement, le principe de la foi due aux actes et les articles 1319, 1320 et 1322 du Code Civil ont été violés tout comme l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 puisque le dossier administratif ne permet pas de considérer que le traitement est disponible au Togo. S'en suit également une violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 puisque la partie adverse motive erronément sa décision au sujet de la disponibilité de la charge virale en estimant que cette dernière est disponible. Partant, il y a lieu d'annuler la décision litigieuse et, à sa suite, l'ordre de quitter le territoire. »

### **3. Discussion**

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de

gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

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

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

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2 En l'espèce, la motivation de la première décision attaquée est fondée sur le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 16 novembre 2017, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'« [i]nfection par le virus d'immunodéficience humaine » et de « [d]épresseion », pathologies pour lesquelles le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le médecin conseil de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « Truvada (*emtricitabine / tenofovir – inhibiteur nucléosidique / inhibiteur nucléotidique de la transcriptase virale – antirétroviraux*) », de « Viramune (*nevirapine – inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase virale – antirétroviral*) », de « Mianserine (*antidépresseur agissant sur les neurorécepteurs*) » et que le requérant doit bénéficier d'un suivi infectiologique et psychiatrique.

S'agissant des informations concernant la disponibilité du suivi infectiologique dans le pays d'origine du requérant, le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué s'être basé sur quatre résultats de

demandes faites à la base de données MedCOI ainsi que sur le *Rapport annuel 2015 des activités du PNLs – IST [Programme national de lutte contre le Sida et les IST]* pour estimer que ledit suivi était disponible.

Le médecin conseil de la partie défenderesse vise notamment, dans le suivi infectiologique, la mesure de la charge virale.

En ce qui concerne la base de données MedCOI, la réponse à la troisième requête (BMA 8783 du 18 octobre 2016) et celle à la quatrième requête (BMA 8858 du 1<sup>er</sup> décembre 2016) mentionnent que la mesure de la charge virale est disponible au CHU de Lomé.

Le *Rapport annuel 2015 des activités du PNLs – IST* précise, en page 54, que « La charge virale est le critère biomédical objectif déterminant dans le traitement du VIH et permet de définir le succès ou l'échec du traitement. En 2015, seulement 2% des PVVIH [Personne Vivant avec le VIH] sous TAR [Thérapie Antirétrovirale] ont bénéficié de la charge virale. Par rapport aux différentes régions, 4% ont bénéficié de la charge virale dans les régions des Plateaux et Kara suivie de la région de savanes 3 %. Par contre les régions Lomé commune et Maritime qui représentent à elles seules 75 % de la file sous TAR ont réalisé respectivement 2 % et 1 % » (le Conseil souligne) et insère un tableau XVII récapitulatif. Une « figure 145 » insérée en page 55 vise le « gap à combler jusqu'à l'horizon 2020 » qui, en ce qui concerne le PVVIH ayant bénéficié de la CV [Charge virale], est de 99%, seul 1 des PVVIH ayant bénéficié de la CV.

Le *Rapport annuel 2015 des activités du PNLs – IST* explique, en page 62, que « Le Centre National de Référence pour les tests VIH coordonne les activités d'un réseau de 57 laboratoires. Ce réseau est constitué de :

- 2 laboratoires au niveau central : Les laboratoires de Biologie Moléculaire et d'Immunologie de l'Université de Lomé et de Kara (BIOLIM/UL et BIOLIM/UK).
- 5 laboratoires des districts de Lomé-commune
- 6 laboratoires au niveau régional : les laboratoires des centres hospitaliers régionaux,
- 40 laboratoires au niveau des districts : les laboratoires des directions préfectorales de la santé des régions Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes,
- 4 laboratoires d'hôpitaux confessionnels

Ces Laboratoires des différents niveaux en fonction de leur plateau technique, réalisent le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH au niveau de la population générale, le comptage des lymphocytes TCD4+, la mesure de la charge virale pour le suivi immunologique et virologique des PvVIH et le dépistage précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés au VIH. » et qu' « En 2015, les 2 laboratoires du niveau central (BIOLIM UL et UK) ont réalisé le diagnostic précoce de l'infection à VIH par PCR chez les enfants nés de mère VIH+, les Bilans de suivi virologique (la mesure de la charge virale) et immunologique (le comptage des lymphocytes TCD4+) pour améliorer la prise en charge des PVVIH. Ces deux structures ont effectué aussi, la sérologie rétrovirale dans le cadre du dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH et le contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale des laboratoires du réseau. BIOLIM UL et UK disposent pour leurs activités d'une plate-forme d'équipement de mesure de la charge virale en temps réel : NucliSens EasyQ (BioMerieux), Abbott real-time (Abbott) plus un extracteur automatique m2000sp à BIOLIM-FSS/UL et Abbott real-time (Abbott) à BIOLIM-UK, un Facscalibur BD à BIOLIM-FSS/UL, un facscount BD à BIOLIMUK et des chaînes ELISA. Pour les laboratoires du réseau, excepté la biologie moléculaire, ils ont réalisé le comptage des lymphocytes TCD4+ pour le suivi immunologique des PvVIH et la sérologie rétrovirale pour le diagnostic de l'infection à VIH. En outre, les laboratoires du réseau ont réalisé le 3<sup>ème</sup> test pour déterminer le statut des clients dont les résultats sont discordants au niveau des sites de dépistage volontaire et PTME. Pour mener à bien ces différentes activités, 06 laboratoires sont équipés d'ELISA ; 45 sont équipés de compteurs des LTCD4+ dont 12 Facscount BD, 01 facscalibur BD, 11 cyflow Partec, 2 apogée, 19 Pima Point of Care. Le laboratoire national a évalué des tests de dépistage de l'infection à VIH en vue de leur homologation au niveau national. » (le Conseil souligne).

En page 63, le *Rapport annuel 2015 des activités du PNLs – IST* précise que « 2. Charge virale pour le suivi des PVVIH[.] Au niveau des 2 laboratoires de biologie moléculaire les prélèvements reçus pour la mesure de la charge virale proviennent des patients sous ARV depuis au moins 6 mois. Les échantillons reçus et manipulés sont présentés dans le tableau ci-dessous. Il est à noter qu'en 2015, les 2 laboratoires ont connu un approvisionnement irrégulier en réactifs et consommables pour la mesure de la charge virale. » (le Conseil souligne)

En page 68, le *Rapport annuel 2015 des activités du PNLIS – IST* comprend un tableau XXVIII qui mentionne notamment comme Points à améliorer « Insuffisance d'Approvisionnement en réactifs et consommables » et « Insuffisance des laboratoires de biologie moléculaire pour le dépistage précoce par PCR et la mesure de la charge virale » et comme Approches de solutions « Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à l'achat des réactifs et consommables : Dépistage de la population générale, CD4 et CV. » et « Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires pour mettre l'équipement des laboratoires régionaux. »

Dans sa conclusion, en page 87, le *Rapport annuel 2015 des activités du PNLIS – IST* précise que « Cependant, on ne doit pas perdre de vue avec cette augmentation que beaucoup d'efforts restent à faire quand on sait qu'à l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH doivent recevoir un traitement anti rétroviral durable et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral doivent avoir une charge virale durablement supprimée. L'enjeu est de taille surtout avec le troisième objectif où 2% seulement des patients sous traitement antirétroviral ont bénéficié de la charge virale en 2015. » (le Conseil souligne).

Par conséquent, la lecture attentive de ce document datant de 2015 indique que seuls 2% des personnes sous traitement antirétroviral, dont le requérant fait partie, ont accès à la mesure de leur charge virale. Le niveau tellement faible de ce pourcentage ne permet pas, à l'évidence, de considérer que la disponibilité de ce suivi infectiologique soit, au vu des informations présentes au dossier administratif, disponible au Togo. A défaut d'autres informations, le Conseil est, au vu du dossier administratif, dans l'impossibilité de se prononcer positivement sur la disponibilité de la charge virale, élément relevant de l'analyse de la disponibilité du suivi infectiologique au Togo.

Par conséquent, le motif portant que l'ensemble du suivi nécessaire est disponible au pays d'origine du demandeur ne peut être considéré comme adéquatement motivé.

3.3 L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon laquelle « [J]e requérant conteste ensuite la disponibilité [...] de son suivi infectiologique, et plus particulièrement, la mesure de la charge virale. [...]. Le requérant critique ensuite particulièrement la référence faite au rapport d'activités 2015 du programme national de lutte contre le sida et les IST indiquant [...] et qu'en outre, il remet en cause la disponibilité de la mesure de la charge virale pour les patients atteints de VIH [...]. [...] En ce que le requérant conteste la conclusion du médecin fonctionnaire à l'égard de la disponibilité de la mesure de charge virale et de son traitement antirétroviral en se fondant sur les pages 57, 63, 68, 72 et 87 du rapport d'activités, notons à nouveau qu'il ne conteste en réalité pas la disponibilité de son traitement et suivi pour le VIH mais uniquement l'accessibilité. Ce faisant, force est de constater que le grief du requérant repose sur une lecture individuelle et partielle du rapport d'activités 2015, référencé dans l'avis médical du 16 novembre 2017. En effet, force est de rappeler que le fait que 2% des patients atteints du VIH ont, d'après le rapport d'activités 2015 (p. 54), bénéficié d'une mesure de leur charge virale ne permet pas de conclure à l'indisponibilité du suivi mais pose uniquement la question de son accessibilité. Or, il y a lieu de relever qu'une lecture globale du rapport d'activités permet de comprendre que les pourcentages figurant dans celui-ci ne sont pas représentatifs pour la totalité des patients atteints du VIH au Togo. En effet, il est expliqué, en page 46, du rapport que « Le suivi des patients vivant avec le VIH se fait dans les 140 centres accrédités par le PNLIS-IST. Au total 62 447 PPVVIH (personne vivant avec le VIH) sont suivies dans ces centres soit un taux de couverture de 57% de l'ensemble des PVVIH attendues au 31 décembre 2015 ». De plus, il appert des pages 61 à 64 du rapport que, dans le cadre de l'évaluation du programme mis en place, la mesure de la charge virale des patients suivis par celui-ci a été confiée aux deux laboratoires centraux du pays (biolim ul et uk), alors que le Togo dispose de 54 laboratoires au total dont 42 disposent d'équipement permettant de réaliser la mesure de la charge virale ainsi que le comptage des lymphocytes TCD4 (les deux laboratoires au niveau central – biolum ul et uk – et les 40 laboratoires au niveau des districts). Il s'ensuit que conclure comme le fait le requérant que 2% des personnes atteintes du VIH au TOGO ont bénéficié d'une mesure de leur charge virale est erroné en fait et relève d'une lecture partielle et individuelle du rapport d'activités que le médecin fonctionnaire a utilisé pour rendre son avis médical. Au vu des éléments qui précèdent, il convient de constater que le médecin fonctionnaire et la partie adverse n'ont pas commis d'erreur manifeste d'appréciation, ni violer la foi due au rapport d'activités en concluant que la mesure de la charge virale est bien disponible et accessible au Togo.» ne peut être suivie.

En effet, le Conseil reste sans comprendre la raison pour laquelle la partie défenderesse estime que la question de la « disponibilité de la mesure de la charge virale » relève de l'accessibilité et non de la disponibilité du suivi infectiologique, dès lors que la question concerne bien la disponibilité dudit suivi, comme le précise à juste titre le médecin conseil de la partie défenderesse.

Ensuite, le fait que « [l]e suivi des patients vivant avec le VIH se fait dans les 140 centres accrédités par le PNLIS-IST. Au total 62 447 PPVVIH (personne vivant avec le VIH) sont suivies dans ces centres soit un taux de couverture de 57% de l'ensemble des PVVIH attendues au 31 décembre 2015 » ne contredit nullement le constat qui est posé *supra*, dès lors que les 2% mentionnés font partie des 57% visés (voir à cet égard la figure 145 insérée en page 55 du *Rapport annuel 2015 des activités du PNLIS – IST*).

Enfin, la lecture du *Rapport annuel 2015 des activités du PNLIS – IST* ne permet pas d'arriver à une autre conclusion que celle selon laquelle seuls deux laboratoires effectuent la mesure de la charge virale.

La partie défenderesse n'établit donc pas que la partie requérante aurait eu une « lecture partielle et individuelle » du *Rapport annuel 2015 des activités du PNLIS – IST*.

3.4 Il résulte de ce qui précède que le moyen unique est, en sa première branche ainsi limitée, fondé et suffit à l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la première branche, ni les deuxième et troisième branches qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5 L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre du requérant, constituant l'accessoire de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée, qui lui a été notifié à la même date, il s'impose de l'annuler également.

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

**Article unique**

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 22 novembre 2017, sont annulés.

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

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

M.A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, Le président,

A.D.NYEMECK

S. GOBERT