



Arrêt

**n°214 947 du 10 janvier 2019
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître B. VRIJENS
Kortrijksesteenweg, 641
9000 GAND**

contre :

**l'Etat belge, représenté par le Ministre de la Justice, chargée de l'Asile et la Migration,
de l'Intégration sociale et de la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre
des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 23 octobre 2014, par X, qui déclare être de nationalité tanzanienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 31 juillet 2014 et notifiée le 25 septembre 2014, ainsi que de l'ordre de quitter le territoire, pris et notifié les mêmes jours.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 13 novembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 4 décembre 2018.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN loco Me B. VRIJENS, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 7 novembre 2010.

1.2. Le 8 novembre 2010, elle a introduit une première demande d'asile (actuelle protection internationale) laquelle s'est clôturée par l'arrêt du Conseil de céans n° 65 285 prononcé le 29 juillet 2011 et refusant d'accorder la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.3. Le 16 septembre 2011, elle a introduit une seconde demande d'asile (actuelle protection internationale) laquelle s'est clôturée par l'arrêt du Conseil de céans n° 83 514 prononcé le 22 juin 2012 refusant d'accorder la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.4. Le 19 juillet 2011, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 19 mars 2012 mais ensuite rejetée dans une décision du 14 août 2012. Dans son arrêt n° 99 637 du 25 mars 2013, le Conseil de céans a annulé ce dernier acte. Le 11 juillet 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 118 713 prononcé le 11 février 2014, le Conseil de céans a annulé ces actes.

1.5. Le 30 juillet 2014, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.6. Le lendemain, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle décision de rejet de la demande visée au point 1.4. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

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.

Madame [K.C.] 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 la Tanzanie, pays d'origine de la requérante.

Dans son rapport du 30 juillet 2014 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante 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, la Tanzanie.

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

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH ».

1.7. Le même jour, la partie défenderesse a pris à son encontre un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième acte attaqué, est motivée comme suit :

« **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 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 des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un premier moyen de la violation de « l'autorité de chose jugée attachée à l'Arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers n° 118 713 du 11.02.2014 rendu dans la même affaire » et d'une « une irrégularité substantielle ».

2.2. Elle expose que « Saisi en date du 05.09.2013 d'un précédent recours contre la décision de la partie adverse du 11.07.2013 concernant la même demande de régularisation médicale, Votre Conseil a pris en date du 11.02.2014 un arrêt n° 118 713 par lequel il a annulé la décision du 11.07.2013. Pourtant, le 31.07.2014, soit un peu plus d'un an après la décision du 11.07.2013 et après que la requérante ait complété son dossier en y ajoutant des nouveaux éléments médicaux (voir le long courrier adressé avec de nombreuses annexes à l'Office des Etrangers en date du 05.03.2014) la partie adverse a pris une décision rigoureusement et mot pour mot identique à la décision du 11.07.2013. Seules les dates ont été modifiées, au mépris le plus total pour l'autorité de chose jugée qui couvre l'annulation de la décision du 11.07.2013. Certes, les décisions du 11.07.2013 et du 31.07.2014 s'appuient sur des avis légèrement différents, rendus en date du 28.06.2013 par le Dr. [C.] et le 30.07.2014 par le Dr. [D.]. Toutefois, ces avis sont extrêmement proches et surtout, l'avis du 30.07.2014 ne répond pas à la critique soulevée dans l'arrêt n° 118 713 de Votre Conseil. En effet, l'arrêt 118 713 de Votre Conseil annulait la décision de refus du 11.07.2013 pour le motif suivant [...] : « [...] » Or, dans son avis rendu en date du 30.07.2014, le Docteur [D.], précisément comme le Dr. [C.] l'avait fait avant lui dans l'avis du 28.06.2013, se contente de lister des sources prétendant à la disponibilité en Tanzanie des trois composants repris dans l'arrêt susmentionné : co-trimoxazole, éfavirenz et ténofovir. La disponibilité de ces trois composants en Tanzanie n'était pas en tant que telle mise en doute par Votre Conseil dans son arrêt n° 118 713. Ce qui a justifié l'annulation de la décision précédente est justement que la partie adverse se contentait de vérifier la disponibilité de ces trois composants, sans avoir vérifié la disponibilité des autres soins médicaux nécessaires au traitement de la requérante. Quant à la disponibilité des soins, l'avis ne cite exclusivement que des sources qui étaient déjà citées dans l'avis du Dr. [C.] du 28.06.2013, sources estimées insuffisantes par l'arrêt 118 713 : 1. Les « National Treatment Guidelines » de 2009 (document qui constitue donc des « guidelines », c'est-à-dire des lignes directrices, et qui constitue par conséquent un rapport d'intentions et en aucun cas d'un rapport de la situation objective actuelle !) 2. La base de données MedCOI, référence BMA-2w-BMA3481 du 24.06.2011 Dès lors que ces sources ont été jugées insuffisantes par Votre Conseil en date du 11.02.2014 (voir la citation soulignée ci-dessus), la décision nouvelle du 31.07.2014 doit être considérée, tout comme l'a été celle du 11.07.2013, également insuffisamment motivée. L'avis du 30.07.2014 ne remédie pas à la carence sanctionnée par Votre Conseil dans son arrêt du 11.02.2014, et il convient, dans le respect de l'autorité de la chose jugée et en raison de cette carence, d'annuler la nouvelle décision prise par la partie adverse en date du 31.07.2014. Par conséquent, la décision contestée par le présent recours viole l'autorité de chose jugée attachée à l'arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers n° 118 713 du 11.02.2014 rendu dans la même affaire et est dès lors entaché d'une irrégularité substantielle, qui justifie son annulation ».

2.3. La partie requérante prend un second moyen de la « Violation des articles 1 à 4 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 62 de la loi du 25.12.1980 et du principe général de motivation adéquate des décisions », de la « Violation des principes de bonne administration (devoir de soin et principe de légitime confiance) » de l'« Erreur manifeste d'appréciation » et de la « Violation de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980 ».

2.4. Dans une première branche, elle soulève que « la décision attaquée se base sur un avis du Docteur [D.] du 30.07.2014 qui reprend, dans la partie intitulée « histoire clinique », mot pour mot les termes de l'avis du 28.06.2013 sur lequel se basait la précédente décision de refus, sans avoir [égard] aux nombreux éléments produits par la requérante pour compléter et mettre à jour régulièrement son dossier, y compris postérieurement à l'avis du 28.06.2013 ; Alors que les règles et principes exposés ci-dessus impliquent l'obligation pour la partie adverse de tenir compte de l'ensemble des éléments apportés en temps et heure à sa connaissance pour prendre une décision adéquate et conforme à une situation concrète qui lui est exposée ». Elle souligne que « Dans l'avis du médecin-conseiller de l'Office des Etrangers du 30.07.2014, sur lequel la décision contestée prétend se baser, le Docteur [D.] prétend procéder à un récapitulatif des certificats et bilans déposés par la requérante à l'appui de sa demande. En réalité, ce récapitulatif est une réplique exacte du récapitulatif qui avait été mené par le Docteur [C.] en date du 28.06.2013, dans l'avis sur lequel se basait la décision précédente (annulée) du 11.07.2013. Or, la requérante a pris le soin, régulièrement, de mettre à jour et de compléter les informations médicales produites à l'Office des Etrangers, afin de permettre à la partie adverse de prendre une décision en pleine connaissance de tous les tenants et aboutissants du dossier. Un nombre important de ces informations n'ont pas été prises en considération par la partie adverse : - Le 11.03.2011 : lettre du Dr. [Gh.], gynécologue du Centre Hospitalier de Dinant, au Dr. [De], contenant des analyses cliniques et concluant à la présence d'un kyste et d'une vaginite et exposant les suites et traitement nécessaires - Le 06.02.2012 : analyse d'hématologie, de biochimie et d'immunologie établie au CHU Saint-Pierre à la demande du Dr. [Gu.] - Le 07.06.2012 : suivi virologique par le laboratoire de référence SIDA du CHU

Saint-Pierre - Le 07.06.2012 : analyse d'hématologie, de biochimie et d'immunologie établie au CHU Saint-Pierre à la demande du Dr. [Gu.] - Le 17.07.2012 : lettre du Dr. [B.], psychologue au CHU Saint-Pierre, concernant l'état général de la patiente et le contexte tanzanien - Le 26.07.2012 : attestation du Dr. [T.], échographe au CHU Saint-Pierre, concernant une suspicion d'adhérences pelviennes - Le 26.07.2012 : nouveau certificat médical type complété par le Docteur [Gu.] – mise à jour importante - Le 12.11.2012 : nouveau certificat médical type complété par le Dr. [Gu.] – mise à jour importante - Le 13.11.2012 : lettre du Dr. [Gu.] au Dr. [C.] (médecin-conseiller de l'Office des Etrangers) concernant sa première analyse de la gravité de la maladie de la requérante, suite au premier avis rendu en date du 31.07.2012) - Le 11.02.2013 : attestation de prise en charge par le Dr. [D.R.], psychologue au SSM Ulysse, concernant l'état psychologique de la requérante - Le 27.08.2013 : attestation de prise en charge par le Dr. [B.], psychologue au SSM Ulysse, concernant l'évolution de l'état psychologique de la requérante - Le 03.03.2014 : nouveau certificat médical type du Dr. [Gu.] avec en annexe les derniers résultats sanguins de sa patiente – mise à jour importante[.] Ces informations ont été dûment transmises à la partie adverse et figurent à son dossier, mais le Dr. [D.], dans son avis rendu en date du 30.07.2014, n'y fait pas la moindre allusion, se contentant de reproduire le résumé effectué par le Dr. [C.] dans son avis du 28.06.2013, incomplet déjà et s'arrêtant de surcroît à la date du 20.04.2012, alors même que la requérante a pris soin de compléter depuis son dossier, par courriers adressés à l'Office des Etrangers en date du 29.05.2012 et du 05.03.2014. Par conséquent, puisqu'elle refuse d'avoir égard à des informations essentielles transmises en temps et heure par la requérante, la décision prise par la partie adverse ne répond pas de manière adéquate et complète aux éléments de la demande qui a été soumise pour analyse à la partie adverse. Ce faisant, elle viole les articles 1 à 4 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, l'article 62 de la [Loi] et du principe général de motivation adéquate des décisions. Ce faisant, elle viole aussi et surtout deux principes essentiels de bonne administration, le devoir de soin et le principe de légitime confiance, en prenant une décision stéréotypée sans avoir égard à l'ensemble des éléments soumis à son analyse. Cette décision ne permet donc pas à la requérante de comprendre les motifs sur lesquels se base réellement la décision contestée, puisqu'elle a été prise en méconnaissance d'éléments essentiels. La partie adverse a donc commis une erreur manifeste d'appréciation en se permettant d'écarter des attestations médicales et autres rapports d'analyse pertinents et essentiels. Ce faisant, elle a violé l'article 9 ter de la [Loi], qui protège le séjour en Belgique des personnes gravement malades sur base des informations concernant leur état de santé qu'elles produisent ».

2.5. Dans une deuxième branche, elle soutient que « la partie adverse déclare disponible le traitement médicamenteux de la requérante en citant des sources vagues, qui ne font pas réellement état de cette disponibilité ; Alors qu'il n'est plus formellement contesté, depuis l'arrêt n° 99 637 de Votre Conseil du 25.03.2013, que la disponibilité du traitement en Tanzanie est une condition de survie de la requérante en cas de retour ». Elle argumente que « L'état de santé et la gravité de la maladie de la requérante, clairement établis par les certificats médicaux déposés à l'appui de sa demande, ne sont plus réellement remis en question depuis l'arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers du 25.03.2013 (arrêt n° 99.637). Dès lors, la partie adverse refuse la régularisation médicale de Madame [K.] non plus en mettant en cause son état de santé, mais uniquement sur base du fait que, selon elle, l'ensemble des traitements nécessaires à sa survie seraient disponible et accessible en Tanzanie. Pourtant, quant à la disponibilité de ce traitement médicamenteux, la motivation de la décision contestée est pour le moins lacunaire : elle cite les trois composantes de la trithérapie suivie par Madame [K.] et affirme disponible chacune de ces composantes (ou un équivalent) disponible de manière individuelle et sur base de sources plus que douteuses. En effet, pour démontrer la disponibilité de l'Emcitrabine, de l'Efavirenz, du Ténofovir et du Co-trimoxazole (dont il faut admettre semble-t-il qu'il s'agit d'équivalents parfaits du Eusaprim et du Truvada) la partie adverse se base exclusivement un document intitulé « National Guidelines for the management of HIV and AIDS » de 2009. Ce document est issu (sic) du site internet « AIDSTAR-ONE », un site américain qui affirme apporter une assistance technique rapide à l'Agence américaine de Développement International (USAID) et au Gouvernement américain pour construire des programmes effectifs et adéquats dans le cadre de la campagne globale de lutte contre le HIV. Comme son nom l'indique (« guidelines » signifie « lignes directrices », ou « lignes de conduite ») le document auquel se réfère le Dr. [D.] dans son avis du constitue finalement un guide des bonnes pratiques, un rapport d'intentions et d'objectifs à l'attention des praticiens locaux et non une analyse objective et documentée de la situation telle qu'elle existe réellement et effectivement sur le terrain ! Ces « Guidelines » - qui datent de 2009 - devaient permettre à l'USAID et au Gouvernement américain de cibler adéquatement leur aide. L'usage qu'en fait le Dr. [D.] en prétendant en tirer des informations effectives et à jour quant à la disponibilité réelle et actuelle de ces composants est donc tout à fait abusif et contraire à leur objectif même, alors même que les conclusions qu'en tire le Dr. [D.] constituent la base de la décision contestée. Plus grave, l'avis du médecin-conseil invite également à se référer « aux

informations fournies par la base de données MedCOI », sans le moins du monde expliciter quelles informations fournies par cette base de données permettraient de vérifier la disponibilité effective des traitements nécessaires. Or, la requérante a, pour sa part, déposé au dossier des rapports et attestations alarmants faisant état de la réelle carence de soins apportés aux malades du SIDA en Tanzanie (en dépit des progrès, plus de la moitié des malades restent sans traitement actuellement), sans oublier qu'elle fait partie de la population homosexuelle, stigmatisée en Tanzanie, et objet de discriminations avérées dans l'accès aux soins (sans même mentionner les peines pénales encourues !). Par conséquent, les allusions vagues et non documentées de la partie adverse ne peuvent satisfaire à l'obligation de motivation qui pèse sur elle, obligation qui doit permettre à la requérante de comprendre les motifs de la décision qui lui a été notifiée. Ces éléments de la motivation démontrent que la partie adverse a négligé son devoir de soin et trompe la légitime confiance que la requérante pouvait avoir en l'administration, puisqu'une décision qui met en péril la poursuite de son traitement et donc sa survie est prise sur base d'informations vagues et invérifiées. Dès lors, la motivation de l'acte attaqué n'étant pas suffisamment étayée et complète, la décision viole les articles 1 à 4 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ainsi que l'article 62 de la [Loi] et le principe général de motivation adéquate des décisions. Ce faisant, la partie adverse a violé les principes de bonne administration que sont le devoir de soin dans la prise de décision et le principe de légitime confiance, qui consiste notamment pour une administration à prendre des décisions en ayant égard à l'ensemble des éléments d'un dossier. La décision contestée, enfin, viole l'article 9 ter de la [Loi], puisqu'elle ne répond pas adéquatement à la question de [a] disponibilité et de l'accessibilité des soins nécessaires à la survie de la requérante en cas de retour en Tanzanie. La décision contestée risque donc, si elle est exécutée, de mener à un éloignement d'une personne très gravement malade qui pourrait se retrouver en Tanzanie dans l'impossibilité de se soigner, ce qui mènerait à court terme à son décès, comme en attestent les certificats médicaux déposés à l'appui de sa demande ».

2.6. Dans une troisième branche, elle relève que « la partie adverse prétend se prononcer sur l'accessibilité du traitement médicamenteux en Tanzanie en citant des statistiques et en donnant une série d'information sans la moindre pertinence ni même le moindre lien avec cette question ; Alors qu'une motivation adéquate exigeait qu'elle se prononce sur l'accessibilité concrète et objective pour Madame [K.], en ayant égard à sa situation particulière, puisqu'il s'agit là d'une des conditions essentielles de l'article 9 ter sur lequel se basait la demande introduite par la requérante ». Elle fait valoir que « Pour se prononcer sur l'accessibilité des traitements nécessaires, la partie adverse – reprenant à nouveau dans l'avis du 30.07.2014 précisément les mêmes mots que ceux de l'avis du 28.06.2013 qui a mené à une décision qui a été annulée par Votre Conseil – cite comme sources : 1. Un article de Panapress du 22.08.2012 selon lequel des avancées auraient lieu en Tanzanie dans le traitement du SIDA De cet article, le Dr. [D.] tire l'information selon laquelle « la prise en charge des patients infectés par le SIDA en Tanzanie montre que la couverture du traitement est une des plus élevée d'Afrique », alors que cette information ne ressort pas de l'article en question. Dès lors, cette affirmation n'a pas le moindre fondement objectif, et la référence à l'article de Panapress du 22.08.2012 est inepte dans ce contexte. 2. Un article tiré du site des Affaires Etrangères, Commerce et Développement du Canada qui traite du SIDA comme « obstacle au développement » dans divers pays du monde et récence la participation canadienne à la lutte contre le SIDA dans ces pays. Au sujet de la Tanzanie, cet article comporte une dizaine de lignes à peine, précisant les améliorations apportées par l'apport canadien à la lutte contre le SIDA. De cet article, le Dr. [D.] ne tire aucune conclusion particulière quant à l'accessibilité des traitements nécessaires à Madame [K.], mais se contente d'affirmer qu'une deuxième phase de financement de la lutte contre le VIH en Tanzanie est en cours... Il est permis de se demander en quoi cette information a la moindre pertinence en l'espèce... 3. Un Rapport mondial de 2010 de ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du SIDA dont le Dr. [D.] tire l'information selon laquelle la Tanzanie aurait enregistré une réduction significative de la prévalence du VIH et selon laquelle les comportements sexuels à risque auraient diminué dans tous les pays. Il est permis, une fois encore, de se demander quelle est la pertinence d'une telle information sous l'intitulé : « accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », sachant que Madame [K.] est d'ores et déjà infectée par le VIH et qu'il ne s'agit donc pas ici d'évaluer son risque de contracter la maladie par un éventuel comportement sexuel à risque, mais bien d'évaluer l'accessibilité, pour elle, des soins nécessaires à sa survie... 4. Un article (mal) traduit par google translate d'un site appelé BioMed Central, dont le Dr. [D.] prétend tirer l'information selon laquelle l'acc[è]s aux ARV et aux soins serait gratuit au niveau de l'Hôpital National de « Muhilindi » à Dar-es-Salaam La lecture de cet article, qui concerne un hôpital appelé Muhimbili à Dar-es-Salaam (et non Muhilindi...) permet de constater qu'il s'agit du rapport de clôture d'une étude clinique menée dans cet hôpital, comparant des patients atteints du VIH entre juin 2004 et décembre 2005 et des patients entre 2006 et septembre 2008. Rien dans cette étude ne semble permettre de conclure que les soins que pourrait recevoir Madame [K.] - pour autant

qu'il soit admis qu'elle ait une possibilité de se rendre dans cet hôpital... - seraient gratuits dès lors qu'elle ne rentrerait pas dans les échantillons de patients étudiés dans le cadre de l'étude mentionnée!

5. Les « Guidelines » déjà mentionnées ci-dessus, dont le Dr. [D.] prétend qu'elle décrivent dans le moindre détail les procédures d'accès aux ARV et à la prise en charge des soins sans que le médecin-conseiller ne se risque à en conclure que cette accès et cette prise en charge puisse être garantie (!) et étant entendu, une fois encore, que ces lignes directrices constituent au mieux un rapport d'intentions destiné à décrire, à l'attention des prestataires de soins de santé tanzaniens, les pratiques qui seraient les bonnes selon les autorités américaines, dans le cadre de la lutte contre le SIDA en Tanzanie. Ces « informations » et les documents cités ne peuvent donc en aucun cas occulter le fait qu'il y a plus d'un million et demi de personnes malades du SIDA en Tanzanie et qu'en 2011, seulement 40% de la population malade avait accès au traitement nécessaire. Ce chiffre est certes une évolution spectaculaire par rapport à 2004 (seulement 0,5% de la population malade avait alors accès au traitement) mais reste extrêmement bas et surtout extrêmement inquiétant pour Madame [K.], malade du SIDA à un stade avancé (voir la gravité de la maladie établie par les certificats joints à sa demande). Il démontre que plus de la moitié des malades du SIDA en Tanzanie n'ont pas accès au traitement nécessaire ! Dès lors, la motivation de la partie adverse, qui se base sur des éléments sans fondement et des informations non pertinentes ou invérifiables n'est pas suffisante quant à son devoir de motivation adéquate et concrète des décisions : si plus de la moitié des malades se voient exclus du traitement indispensable, comment affirmer que l'accessibilité du traitement est suffisante pour garantir que la requérante ne mettra pas en danger sa survie en cas de retour en Tanzanie ? Ceci est d'autant plus vrai que l'orientation sexuelle de la requérante [...] en fait une personne à risque accru de refus de soins, en raison des discriminations importantes à l'accès aux soins dont font l'objet les homosexuels en Tanzanie. La partie adverse cite quelques sources démontrant que les médicaments faisant partie de la trithérapie indispensable à la survie de la requérante seraient disponibles (voir toutefois la contestation de cette affirmation ci-dessus) et accessibles (idem) pour les malades grâce à d'importants efforts promis par les autorités tanzaniennes en la matière et aux subsides conséquents reçus pour mettre en oeuvre les intentions annoncées. Quelles que soient les conclusions que tirera le Conseil du Contentieux quant à l'accessibilité générale des soins sur base des rapports déposés par chacune des parties, force est de constater que la partie adverse ne fait aucun cas d'un élément central du dossier et dûment porté à sa connaissance dès l'introduction de la demande : l'orientation sexuelle de la requérante, très lourdement pénalisée en Tanzanie (la loi pénalisant les pratiques homosexuelles en Tanzanie est une des plus dures au monde) est une source de discrimination très importante quant à l'accès aux soins, au point d'alarmer les organisations Internationales sur place. Ainsi, Human Rights Watch et la coalition wake Up and Step Forward ont publié en juin 2013 un rapport intitulé "Treat Us Like Human Beings: Discrimination against Sex Workers, Sexual and Gender Minorities, and People Who Use Drugs in Tanzania" (<http://www.hrw.org/reports/2013/06/18/treat-us-human-beings-0>). Ce rapport récent de 98 pages (joint en annexe de la présente mais disponible pour une version plus lisible sur internet) dénonce les exactions subies notamment par les personnes homosexuelles, menant trop souvent à un refus de soins. Un commentaire de ce rapport joint à la présente précise que : « Les deux organisations ont constaté que la peur d'être maltraité amenait (...) les lesbiennes (...) à éviter de recourir aux services préventifs et aux traitements ». Ci-dessous, quelques extraits : « La politique du gouvernement en matière de lutte contre le VIH ne peut réussir si la police fait fuir les personnes qui ont le plus besoin de bénéficier des programmes de santé publique » « les deux organisations ont également documenté toute une série d'abus commis contre les membres des groupes à risque dans le domaine de la santé, incluant des refus de services, ... » « des prestataires de services de santé ont éconduit (...) des personnes LGBTI (...) sans leur offrir de services, ou les ont humiliées en public » « De nombreuses organisations locales croient qu'elles ne peuvent offrir leurs services à des catégories dont le comportement est considéré comme un crime » Ces informations sont évidemment essentielles dans l'appréciation de l'accessibilité aux soins nécessaires au traitement dans le cas concret de Madame [K.]. Madame [K.] est homosexuelle et fait par conséquent partie des groupes dont il est souligné qu'ils se voient exclus de l'accessibilité aux soins par les prestataires de services de santé sur le terrain. L'accessibilité de la trithérapie pour Madame [K.] doit donc faire l'objet d'un examen tout particulier au regard de son orientation sexuelle, qui a été portée à la connaissance de la partie adverse dès l'ouverture du dossier. En ne motivant pas sa décision au regard de ce particularisme du dossier, la partie adverse manque à son devoir de soin et de motivation concrète. La décision contestée, qui se contente de données générales et abstraites sur l'accessibilité économique de la trithérapie en Tanzanie, manque donc en droit sur ce point ».

2.7. Dans une quatrième branche, elle soutient que « la partie adverse déclare disponible et accessible le traitement nécessaire à Madame [K.] en se limitant à une vérification prima facie de l'existence de son traitement médicamenteux sur le territoire tanzanien, Alors qu'il ressort clairement des certificats

médicaux déposé par la requérante ET des informations rassemblées par la partie adverse et déposées au dossier administratif que le traitement de sa maladie nécessite également des conditions générales de vie saines, une hygiène et une alimentation soignées, et un accompagnement de la malade ». Elle expose que « Le traitement qui permet à Madame [K.] de se prémunir contre des maladies dites opportunistes (maladies même bénignes en soi qui profitent de l'immunodépression due au SIDA pour s'attaquer au malade et qui en raison de son état de santé antérieur, se révèlent, pour le patient atteint du SIDA, mortelles) consiste en deux branches également essentielles : un traitement médicamenteux lourd (la trithérapie) – qui exige lui-même une excellente alimentation du patient – et le maintien dans un logement adapté et sain dans de bonnes conditions d'hygiène. Ce double volet du traitement a été mis en avant de manière univoque et expresse dans les certificats qu'elle a déposés à l'appui de sa demande, qui précisait très clairement que : « la requérante ne doit sa relative bonne résistance actuelle qu'à un traitement extrêmement lourd ET à sa possibilité de se maintenir dans un logement adapté et sain dans de bonnes conditions d'hygiène » Or, si la partie adverse se penche sur la disponibilité et l'accessibilité en Tanzanie de la trithérapie, il n'est fait aucune mention de la possibilité pour Madame [K.] de se maintenir en Tanzanie dans un logement adapté et sain dans de bonnes conditions d'hygiène et de continuer à se nourrir de manière compatible avec son traitement. Ce volet du traitement est pourtant essentiel : la trithérapie ne peut se poursuivre utilement sans accès aux conditions de base d'une vie saine, d'une alimentation variée et équilibrée et d'une bonne hygiène générale. Sachant que le niveau de vie moyen en Tanzanie est extrêmement bas et que Madame [K.], comme homosexuelle, fera de surcroît l'objet de discriminations à tous les niveaux (accès au logement, accès aux subsides, etc...), force est de constater que ce second volet indispensable à sa survie a tout simplement été ignoré par la partie adverse. Aucun élément de motivation ne précise qu'une recherche aurait été faite quant aux possibilités concrètes pour madame [K.] – homosexuelle et rejetée de sa famille et de ses proches de surcroît – de réunir les conditions d'hygiène et de logement adéquat pour permettre de lutter efficacement contre les maladies opportunistes, qui sont les affections qui profitent de l'immunodépression des malades du SIDA et peuvent suffire à les tuer, même si elles sont bénignes sur des sujets sains. Étant admis que les conditions de logement saines, l'hygiène de vie et l'alimentation équilibrée sont une part intégrante du traitement qui permet la survie de la requérante (cfr. Les certificats médicaux joints à sa demande et qui mentionnent expressément ces deux volets distincts de son traitement), la partie adverse était également tenue de motiver sa décision en se prononçant sur l'accessibilité de ce mode de vie pour Madame [K.]. La décision attaquée manque en droit sur ce point et ne répond pas adéquatement à un élément essentiel du dossier, qui en fait partie intégrante depuis l'introduction et le dépôt du tout premier certificat médical ».

2.8. Elle conclut que « Sur base de ces différents éléments, force est donc de constater que la partie adverse ne démontre pas avoir accompli un examen scrupuleux et détaillé de la situation particulière du requérant (sic). Elle s'est contentée de reprendre telle quelle la motivation utilisée au mot près dans de très nombreuses décisions de refus de séjour pour des personnes malades du SIDA et originaires de Tanzanie, sans remettre à jour les informations recueillies, sans vérifier l'effectivité des liens internet cités et sans aucun égard à la situation concrète exposée par la requérante. Par ces motifs, la décision contestée manque à l'exigence de prudence, de bonne foi et de soin qui doit présider à sa motivation, et cette motivation insuffisante ne permet pas d'expliquer à suffisance la décision prise. La motivation est dès lors erronée et lacunaire, puisqu'elle ne tient pas compte de données, pourtant essentielles, de la cause. Ainsi, la décision entreprise perd manifestement de vue que toute décision administrative doit se caractériser par une motivation adéquate en fait comme en droit, à la suite d'un examen soigneux du dossier qui lui est soumis (J. CONRADT, « Les principes de bonne administration dans la jurisprudence du Conseil d'Etat », A.P.T., 1999, p. 268, n°8) ».

3. Discussion

3.1. Sur la deuxième branche du second moyen pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, « 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 ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « 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 ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique que l'obligation d'informer la requérante 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'intéressée. L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative 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 ses 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.

Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre 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 (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

3.2. En termes de recours, la partie requérante soutient que la disponibilité au pays d'origine des trois composantes de la trithérapie suivie par la requérante ne se vérifie pas dans les sources auxquelles s'est référée le médecin-conseil de la partie défenderesse.

3.3. Le Conseil observe qu'il ressort de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 30 juillet 2014, plus particulièrement de la disponibilité des soins et du suivi en Tanzanie, que « *Antirétroviraux Eusaprim : Co-trimoxazole (sulfaméthoxazole 800 mg + triméthoprime 80 mg) : antibactérien ; prévention des infections opportunistes. Truvada : emcitabine + ténofovir : antirétroviraux. Stocrin : éfavirenz : antirétroviral. Le gouvernement tanzanien a mis sur pied des programmes nationaux de prise en charge et traitement des malades du SIDA : http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/treatment/national_treatment_guidelines/Tanzania_2009.tagged.pdf. Le monitoring clinique et biologique est organisé en Tanzanie (voir p.155 et 157 du document). p.131 à133 du document : indiquent que l'Emcitabine, l'Efavirenz et le Ténofovir sont disponibles en Tanzanie. Le Co-trimoxazole, indiqué dans le traitement prophylactique des affections opportunistes, est également disponible : p. 98 à 99 du document ; il est prescrit chez les adultes asymptomatiques, infectés par le HIV, à partir d'un taux de CD4 < 350 cel./ml. On se référera également aux informations fournies (disponibilité traitement et suivi par spécialistes HIV) par la base de données MedCOI : référence BMA-2w-BMA3481 du 24.06.2011. Dans le cadre du projet MedCOI, des Informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une Initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 12 partenaires (11 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par le Fonds européen pour les réfugiés. Clause de non-responsabilité : les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé,*

par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier, Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation www.internationalsos.com/fr/index.htm. Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400 000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site www.allianz-global-assistance.com. Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis : être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale. Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA ».

A la lecture du dossier administratif, le Conseil relève que le site Internet « http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/treatment/national_treatment_guidelines/Tanzania_2009.tagged.pdf » mentionne expressément que l' « Emtricitabine » et l' « Efavirenz » sont disponibles en Tanzanie. Cela n'est toutefois pas le cas s'agissant du « Tenofovir » et du « Co-Trimoxazole ». En effet, ce site indique seulement que le « Tenofovir » est une nouvelle classe d'antirétroviral et que le « Co-Trimoxazole » est utilisé pour prévenir beaucoup d'infections opportunistes, dont certaines en particulier, dans divers cas. Quant à la requête Medcoi citée ci-avant, elle fait uniquement état de la disponibilité du « Tenofovir ». Ainsi, il ne résulte aucunement des documents auxquels s'est référé le médecin-conseil de la partie défenderesse dans son avis du 30 juillet 2014 que l' « Eusaprim » ou son équivalent le « Co-Trimoxazole », nécessité par la requérante, est disponible au pays d'origine de cette dernière.

3.4. En conséquence, en se référant uniquement à ces sources, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que l'ensemble des médicaments dont a besoin la requérante est disponible au pays d'origine.

3.5. Au vu de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse, en se référant à l'avis de son médecin-conseil, a manqué à son obligation de motivation et a violé l'article 9 *ter* de la Loi. La deuxième branche du second moyen pris est fondée et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le premier moyen et les autres branches du second moyen, qui à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.6. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne sont pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

3.7. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante constituant l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée, il s'impose de l'annuler également.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Les actes attaqués étant annulés, 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.

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 31 juillet 2014, est annulée.

Article 2.

L'ordre de quitter le territoire, pris le même jour, est annulé.

Article 3.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme C. DE WREEDE,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDROY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDROY

C. DE WREEDE