



Arrêt

**n°229 399 du 28 novembre 2019
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. DELFORGE
 Avenue Henri Jaspar, 109
 1060 BRUXELLES**

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à 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 VIII^E CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 28 mars 2013, par X, qui déclare être de nationalité tanzanienne, tendant à 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 1 février 2013 et notifiée le 26 février 2013.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 9 octobre 2019 convoquant les parties à l'audience du 5 novembre 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me L. DELFORGE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK loco Me F. MOTULSKY avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 26 mai 2009.

1.2. Elle a ensuite introduit diverses demandes d'asile (actuelle protection internationale), dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 17 juillet 2009, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 28 octobre 2009

1.4. Le 21 janvier 2013, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 1^{er} février 2013, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif (s) :

Madame [S.L.N.] de nationalité Tanzanie (Rép.Unie de), 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 (Rép.Unie de), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 21.01.2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de la requérante, que ces soins médicaux sont accessibles à l'intéressée, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication du point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Les informations du pays d'origine se trouvent dans le dossier de la requérante auprès de notre administration.

Dès lors,

1) il n'apparaît pas 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

2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lors qu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également donner instruction au Registre National de radier l'intéressée du Registre des Etrangers et le réinscrire dans le Registre d'Attente ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « de la violation

- de 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, transposant l'article 15 de la Directive dite « qualification », tel que remplacé par l'article 187 de la loi du 29 décembre 2010 (violation de la loi et erreur manifeste d'appréciation)

- des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs (motivation défaillante)

- du principe général de prudence (défaut d'examen de la demande de protection et des risques en cas de retour)

- du principe général de bonne administration (absence d'examen approprié de la demande conformément aux dispositions légales et à tous les éléments pertinents) notamment consacré par le droit national mais également à l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE, ce compris le respect des droits de la défense comme principe général du droit de l'UE (notamment le droit d'être entendu avant toute décision faisant grief au requérant)

- de l'article 3 de la Convention Européenne des droits de l'homme (mauvais traitements y compris médicaux, examen rigoureux des griefs tirés de l'article 3 CEDH) ».

2.2. Elle soulève qu' « A titre introductif, une observation importante doit être faite quant à la pertinence de l'avis médical rendu par le médecin attaché de l'Office des étrangers dans le mesure où, après recherches effectuées sur le site internet de l'Ordre des médecins, il apparaît que le Dr [B.] est médecin généraliste ; qu'il n'est donc nullement spécialisé dans les pathologies infectieuses, au contraire des Dr [L.] et [D.], qui ont suivi ou suivent la requérante. Que l'on doit mettre en l'espèce en balance la pertinence et l'importance de l'avis rendu par des médecins spécialistes de la pathologie visée par le

dossier et l'avis d'un autre médecin non-spécialisé. L'avis du médecin de l'OE, sans avoir procédé à l'examen de la requérante et sans avoir sollicité l'avis d'un médecin expert, ne peut être valablement retenu. En l'espèce, il est manifeste que les constatations et diagnostic des Dr [L.] et [D.] doivent primer, s'agissant par ailleurs de médecins suivant la requérante depuis plusieurs années, et ceci d'autant plus que dans le certificat établi par le Dr [D.] en réaction à la décision querellée, il mentionne des inexactitudes commises par le médecin de l'Office des étrangers ».

2.3. Elle explicite en substance la teneur et la portée de l'article 9 *ter* de la Loi et de l'article 3 de la CEDH et elle a égard à la notion de traitement « adéquat » en se référant aux documents parlementaires et à de la jurisprudence. Elle rappelle la portée de l'article 62 de la Loi et de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse et elle a trait aux implications dans ce cadre de l'article 9 *ter*, §§ 1 et 3, 4°, de la Loi. Elle s'attarde sur la portée du principe général de bonne administration ainsi que sur l'article 41 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne, le respect des droits de la défense et le droit d'être entendu.

2.4. Elle avance que « Tout d'abord, la décision prise par l'Office des étrangers apparaît totalement stéréotypée ; elle ne mentionne pas même les pathologies dont souffre la requérante ; elle ne les identifie pas, ne les nomme pas. La décision se réfère intégralement à l'avis du médecin conseil en manière telle que la décision querellée ne fait apparaître aucun réel examen de la demande formulée par la requérante de la part de l'attaché de l'office des étrangers. En cela déjà la décision querellée viole les dispositions visées au moyen ».

2.5. Elle expose que « La procédure à l'issue de laquelle la partie adverse a pris cette décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour n'a comporté aucune possibilité pour la requérante d'être entendue, ce qui semble contraire aux principes généraux du droit et plus précisément du droit de l'UE. Dans son récent arrêt M.M. contre Irlande, suivant les conclusions de l'Avocat général, la CJUE a rappelé que le droit d'être entendu constitue un principe général du droit de l'UE et a reconnu aux demandeurs de protection subsidiaire le droit d'être entendu. Elle souligne que le droit d'être entendu relève du droit à une bonne administration, consacré par l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE, lequel est « d'application générale » (CJUE, C-277/11, M. M. contre Irlande, point 84). Or, l'article 9 *ter* de la [Loi] est une transposition de l'article 15 de la directive « Qualification » n°2004/83/CE du 29 avril 2004 qui définit les atteintes graves justifiant le droit de la protection subsidiaire. Elles visent en effet « la torture ou des traitements ou sanctions inhumains ou dégradants infligés à un demandeur d'asile dans son pays d'origine ». Comme rappelé supra, le principe général de bonne administration est aussi consacré à l'article 41 de la Charte de l'UE, et le respect des droits de la défense, et le respect des droits de la défense constitue un principe général du droit de l'UE, « dès lors que l'administration se propose de prendre à l'encontre d'une personne un acte qui lui fait grief » (CJUE, SOPROPE, 18/12/2008, C-349/07, points 36 et 37). En l'espèce, la décision négative prise par la partie adverse fait grief à la requérante puisqu'elle a pour conséquence, d'une part, qu'il n'y aura aucun examen des risques médicaux mais aussi tirés de l'article 3 CEDH en cas de retour dans son pays d'origine et, d'autre part, elle place la requérante dans une situation où elle n'est pas autorisée à séjourner sur le territoire belge. Force est de souligner qu'à aucun moment de la procédure, la partie adverse n'a entendu ou convoqué la requérante pour consultation médicale. L'Avocat général, Yves BOT, dans l'affaire CJUE M.M. précité venait préciser que le droit d'être entendu « constitue un principe général du droit de l'Union » et « doit s'appliquer à toute procédure susceptible d'aboutir à une décision de nature administrative ou juridictionnelle affectant d'une manière défavorable les intérêts d'une personne. Le respect de ce droit s'impose non seulement aux institutions de l'Union, en vertu de l'article 41, paragraphe 2, sous a), de la Charte, mais également, parce qu'il constitue un principe général du droit de l'Union, aux administrations de chacun des Etats membres lorsqu'elles adoptent des décisions entrant dans le champ d'application du droit de l'Union, et ce même lorsque la réglementation applicable ne prévoit pas expressément une telle formalité. Par conséquent, le droit d'être entendu doit s'appliquer à la procédure d'examen d'une demande de protection internationale conduite par l'autorité nationale compétente conformément aux règles adoptées dans le cadre du régime d'asile européen commun » (Conclusions précitées, présentées le 26 avril 2012, dans l'affaire CJUE, C-277/11, M. M. contre Irlande). Partant, l'Office des étrangers devait prévoir une telle possibilité d'être entendue avant de prendre cette décision faisant grief, même si la réglementation applicable ne le prévoit pas expressément. A défaut, le principe général visé au moyen est violé et la procédure qui mène à la décision contestée est entachée d'une irrégularité à laquelle il ne peut être remédié. En l'espèce, la requérante n'a pas été mise en mesure « de présenter ses observations, écrites ou orales, quant aux éléments sur lesquels l'administration entend fonder une décision susceptible de lui faire grief » ni « de prendre connaissance de ces éléments au cours de la procédure et de faire connaître utilement et

effectivement son point de vue. Il implique également que l'administration prenne connaissance des observations de l'intéressé avec toute l'attention requise » (Conclusions précitées, présentées le 26 avril 2012, dans l'affaire CJUE, C-277/11, M. M. contre Irlande (§ 81 et suivants)). Entendre la requérante aurait permis de tenir compte de tous les aspects intervenus au cours de la procédure mais également d'apporter des précisions le cas échéant. Il en résulte que la procédure dont est issue la décision litigieuse est entachée d'illégalité, pour violation des principes généraux du droit de l'UE visés au moyen, et doit être annulée de ce chef ».

2.6. Elle soutient que « Par ailleurs, sans remettre en question les pathologies dont souffre la requérante, le médecin de l'Office des étrangers prétend que les médicaments dont a besoin la requérante de même que le suivi médical nécessité par son état sont disponibles et accessibles en Tanzanie. De ce point de vue, la décision est incorrecte puisqu'elle repose sur un avis qui n'a pas pris en compte l'ensemble des éléments du dossier et notamment les précisions apportées par les médecins de la requérante dans le cadre de l'actualisation de sa demande. Dans un courrier du 1er juin 2010 transmettant un certificat du Dr [L.] il était précisé ceci : « Le Docteur [L.] précise quant à l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine que le traitement qui lui a été prescrit était clairement inefficace « au vu des résistances mises en évidence par la génotypie. Même si les traitements de deuxième ligne commencent à être disponibles, les traitements de troisième ligne comme reçoit maintenant la patiente ne sont pas disponibles. De plus l'imagerie médicale n'est pas non plus disponible. Le contrôle et l'éventuel traitement chirurgical de la dysplasie du col est peu accessible. ». Il précise que les risques pour la santé de sa patiente en cas de retour au pays d'origine sont l'évolution vers le sida et le décès ainsi que l'évolution vers le cancer du col et le décès. Il est clair que compte tenu des maladies graves dont souffre Madame [S.L.], les traitements qu'elle reçoit actuellement ne peuvent être interrompus. Le Docteur [L.] précise encore que le pronostic sans traitement est l'évolution péjorative dans les années à venir. » Dans un courrier du 13 octobre 2010, il est précisé : « Le Docteur [D.] précise, quant à l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine, que le traitement anti-rétroviral que reçoit Madame [S.], et qui est indispensable, n'est pas disponible dans le pays d'origine, étant un traitement de 3ème ligne. Il précise que les risques pour la santé de sa patiente en cas de retour au pays d'origine sont l'évolution vers le sida et le décès ainsi que l'évolution vers le cancer du col et le décès. » Dans un courrier du 1er novembre 2011, il est expliqué : « Vous trouverez en annexe un certificat d'actualisation établi par le Dr [L.]. Il précise que les risques pour la santé de sa patiente en cas d'arrêt du traitement sont l'évolution vers le sida et le décès ainsi que l'évolution vers le cancer du col et le décès. (...) Le pronostic sans traitement est le décès. L'inefficacité du traitement reçu auparavant en Afrique a été objectivée en Belgique par une génotypie montrant une résistance aux médicaments reçus. Le traitement reçu en Belgique montre quant à lui un résultat qualifié de « suboptimal ». » Il apparaît dans ces conditions totalement erroné de prétendre que les soins nécessités par l'état de la requérante sont disponibles dans son pays d'origine. Il est médicalement établi que les traitements qu'elle y a reçus avant son arrivée sur le territoire belge ont été un échec, n'étant pas adaptés à sa maladie. D'autre part, l'accessibilité réelle des soins n'est pas examinée notamment sur le plan financier. On peut relever que la décision querellée se réfère à une base de données MedCOI. Il est précisé que le projet MedCOI est "un projet sur les changements d'information existants, meilleures pratiques et développement d'une approche commune pour la collection et l'utilisation de COI médical... Les informations fournies se limitent à la [disponibilité] des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'information fournie au sujet de l'accessibilité aux soins". Deux difficultés se posent par rapport à la base de données MedCOI. D'un côté, la requérante n'y a nullement accès de sorte qu'elle ne peut contrôler si la lecture qu'en fait le médecin conseil de l'Office des étrangers est fidèle à la source originale. L'égalité des armes et les droits de la défense ainsi que le caractère absolu de l'article 3 qui suppose un examen attentif, rigoureux et minutieux, ne permettent pas que l'on se fonde sur une information indirectement rapportée sans que l'on puisse avoir accès à la source directe de celle-ci. Les références figurant dans l'avis du médecin conseil de l'Office des étrangers ne sont pas suffisantes à cet effet. D'un autre côté, la note de bas de page indique que les informations fournies dans cette base de données se limitent à la disponibilité des soins médicaux et ne traitent pas de la question de leur accessibilité. Enfin, en réaction à la décision querellée, le Dr [D.] a rédigé un document particulièrement pertinent qui fait état d'un tout autre point de vue, de spécialiste, et qui remet en cause les affirmations contenues dans le rapport du médecin de l'Office des étrangers. Une lecture particulièrement attentive de ce document et de ses annexes est indispensable ; il permet d'établir l'inexactitude des informations livrées par l'OE dans la décision querellée et établit dès lors également son défaut de motivation. Le Dr [D.] écrit ceci : « Après une lecture attentive du courrier du confrère le Dr [A.B.], ainsi que des sources auxquelles il fait référence, il m'est impossible de partager son opinion. En effet, pour les raisons que je développe ci-dessous, l'entrave à l'accessibilité de soins médicaux

adaptés est plus que probable si Mme [S.] retourne en Tanzanie et elle ne sera pas en mesure de se soigner suffisamment adéquatement pour rester en vie. 1. La Tanzanie compte 1 600 000 séropositifs pour une population de 46 218 000 habitants (= 3,5% de la population) alors que la Belgique compte moins de 20 000 séropositifs pour 11 000 000 habitants (< 0,18%). Le produit national brut de la Tanzanie par an par habitant est de 530 \$, contre 38 000 \$/an/habitant en Belgique. Le budget alloué à la santé par an par habitant en Tanzanie est de 83 \$, alors qu'il est de 4025 \$/an/habitant en Belgique. 277 000 reçoivent un traitement antirétroviral en Tanzanie, c'est-à-dire seulement 40% des séropositifs qui en ont besoin pour survivre, alors que la Belgique traite 12000 personnes. Environ 84 000 personnes sont mortes du SIDA en Tanzanie en 2011, alors que moins de 100 séropositifs meurent en Belgique chaque année, et rarement d'infections opportunistes. La Tanzanie compte 1 médecin pour 50000 habitants, alors que la Belgique compte 1 médecin pour 250 habitants, c'est-à-dire proportionnellement 200 fois plus. La charge virale, élément indispensable du suivi d'un patient avec un virus multi résistant n'est pas disponible en Tanzanie pour la toute grande majorité des patients contrairement à ce qu'a écrit le Dr [B.]. Est-il dès lors réaliste que Mme [S.], qui présente un virus multi résistant puisse être suivie et traitée adéquatement pour ses différents problèmes de santé, tel qu'elle l'est actuellement en Belgique ? Ni la Tanzanie, ni elle-même n'ont les moyens de payer ce traitement et ce suivi au vu de la situation socioéconomique de ce pays et de l'importance de l'épidémie du VIH/SIDA en Tanzanie, (références 1, 2, 3, 4, 5). 2. Les traitements de première ligne en Tanzanie sont les suivants : Stavudine ou zidovudine + lamivudine + nevirapine ou efavirenz. Mme [S.] présentait en 2009 déjà, un virus résistant à la lamivudine, à la nevirapine et à Vefavirenz. Ce traitement de première ligne n'est donc plus efficace. Le Traitement de 2eme ligne consiste en Abacavir + lopinavir ou saquinavir/ritonavir + didanosine. Le Lopinavir est souvent mal toléré sur le plan digestif, le saquinavir n'est quasi plus utilisé chez nous vu la faible tolérance, et la didanosine provoque de multiples effets secondaires à long terme (polynévrite, lipodystrophies, acidose métabolique, hyperplasie nodulaire focale) raison pour laquelle il n'est quasi plus utilisé en Belgique. De plus Mme [S.] a présenté une hépatite médicamenteuse sur un médicament de la même famille que le Saquinavir et le lopinavir et elle présente une charge virale actuellement détectable sous un traitement plus puissant que ce traitement de 2eme ligne. Aucun traitement adapté ne pourra dès lors lui être proposé. Dans le document référencé par le Dr [B.] il n'est pas fait mention de la disponibilité du Tenofovir en Tanzanie. Contrairement à ce que le Dr [B.] écrit, il n'y a pas d'antirétroviraux d'autres classes thérapeutiques disponibles en Tanzanie. Sa phrase « de toute manière, de nombreux autres antirétroviraux de toutes les classes thérapeutiques usuelles sont disponibles en Tanzanie » est parfaitement inexacte, (référence 7). 3. Un rapport de la commission des Droits de l'Homme des Nations Unies rapporte que la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA est fréquente en Tanzanie, même parmi le personnel médical. Ceci se manifeste par l'administration de soins suboptimaux, par une discrimination financière, un refus d'accès aux soins, en particulier vis-à-vis des femmes. Alors que les traitements antirétroviraux de première ligne sont censés être délivrés gratuitement, il est fréquent que les femmes doivent les payer. Cette discrimination à laquelle sera confrontée Mme [S.] est un obstacle évident à l'accès aux soins et entraînera des frais qu'elle ne pourra pas assumer, (référence 8). 4. Le Dr [B.] fait référence à différents système d'assurance santé en Tanzanie. En lisant le document auquel il se rapporte, il s'avère que le National Health Insurance Fund couvre moins de 3% de la population Tanzanienne, et principalement des agents de l'état et leur famille. D'autres initiatives existent depuis seulement quelques années (community health fund) ; peu de gens s'y affilient, faute de moyens, faute de confiance dans ce système et du fait de services de faible qualité. Par ailleurs, comme pour toute assurance, il serait logique qu'étant donné que le diagnostic de SIDA ayant déjà été posé avant sa demande d'affiliation, les soins liés à ce problème ne soient pas remboursés à Mme [S.]. (référence 9). Au vu de ces informations, il apparaît clairement que Mme [S.] ne sera pas en mesure de bénéficier en Tanzanie de soins médicaux lui permettant d'assurer sa survie. Elle mourra, au mieux au bout de quelques années après une lente déchéance. Les visages émaciés auxquels nous étions familiers dans les années 80 et 90 lorsqu'aucuns traitements n'étaient disponibles pour traiter le SIDA, sont encore monnaie courante en Afrique. C'est ce qui attend Mme [S.] si la Belgique prend la décision de la renvoyer en Tanzanie. Quoi de plus dégradant et inhumain que de mourir faute de traitement adéquat alors que le mal est connu et traitable ? Michel Rocard disait « La France ne peut pas accueillir toute la misère du monde, mais elle doit savoir en prendre fidèlement sa part ». La Belgique devrait également prendre sa part. Mme [S.] en fait partie, c'est une question d'humanité, en particulier de la part d'un pays riche qui se réclame être un âpre défenseur des Droits de l'Homme[.] J'espère que ce recours permettra à l'Office des Etrangers de revoir sa position et de permettre à Mme [S.] de rester en vie. G/Nombre d'annexes jointes au présent certificat : 1 Références [...] Que compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il paraît difficile de prétendre que la requérante pourra bénéficier adéquatement des médicaments et des soins dont elle a besoin dans son pays d'origine. Les médicaments et soins nécessités par son état n'apparaissent pas accessibles et

disponibles in concreto, au regard tant de l'indisponibilité de certains médicaments que des soins et consultations que réclame sa pathologie et cela au regard du manque de structures médicales et des coûts de ces soins. La décision querellée en ce qu'elle contraint la requérante à un retour en Tanzanie, la conduisant irrémédiablement vers une détérioration de son état de santé et la mort, constitue une violation de l'article 3 de la CEDH qui prohibe de manière absolue les traitements inhumains et dégradants. Que la décision querellée procède dès lors, compte tenu des arguments développés dans le moyen, d'un défaut manifeste de motivation. Que la décision querellée viole manifestement les prescrits des articles 9^{ter} et 62 de la [Loi] ainsi que des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ».

3.Discussion

3.1. Sur le moyen unique 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 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'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'expliciter 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 entre autres que « *sans remettre en question les pathologies dont souffre la requérante, le médecin de l'Office des étrangers prétend que les médicaments dont a besoin la requérante de même que le suivi médical nécessité par son état sont disponibles et accessibles en Tanzanie. De ce point de vue, la décision est incorrecte puisqu'elle repose sur un avis qui n'a pas pris en compte l'ensemble des éléments du dossier et notamment les précisions*

apportées par les médecins de la requérante dans le cadre de l'actualisation de sa demande. Dans un courrier du 1^{er} juin 2010 transmettant un certificat du Dr [L.] il était précisé ceci : « Le Docteur [L.] précise quant à l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine que le traitement qui lui a été prescrit était clairement inefficace » au vu des résistances mises en évidence par la génotypie. Même si les traitements de deuxième ligne commencent à être disponibles, les traitements de troisième ligne comme reçoit maintenant la patiente ne sont pas disponibles. De plus l'imagerie médicale n'est pas non plus disponible. Le contrôle et l'éventuel traitement chirurgical de la dysplasie du col est peu accessible. ». [...] Il apparaît dans ces conditions totalement erroné de prétendre que les soins nécessités par l'état de la requérante sont disponibles dans son pays d'origine » [le Conseil souligne].

3.3. Le Conseil observe qu'il ressort de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 21 janvier 2013, auquel cette dernière s'est référée, que les « Pathologies actives actuelles » de la requérante sont « • Infection par le VIH ; • Atypies du col utérin liées au papillomavirus ; • Kystes spléniques d'origine indéterminée » et que son « Traitement actif actuel » est « ■ Prézista (darunavir, inhibiteur de la protéase virale) : 400 mg ; ■ Norvir (ritonavir, inhibiteur de la protéase virale) 100 mg ; ■ Truvada (emtricitabine, ténofovir, association d'inhibiteurs de la transcriptase inverse) ». En outre, quant à la « Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine », le médecin précité a relevé que « 1- Le Darunavir n'est pas disponible ; il peut être remplacé par un autre inhibiteur de la protéase virale comme l'Indinavir, le Lopinavir, le Saquinavir et/ou le Ritonavir qui sont disponibles en Tanzanie. L'Emtricitabine n'est pas disponible ; elle peut être remplacée par un autre inhibiteur de la transcriptase inverse comme la Lamivudine, la Stavudine et la Zidovudine qui sont disponibles en Tanzanie. Le Ténofovir est disponible en Tanzanie. 2- De toute manière, de nombreux autres antirétroviraux de toutes les classes thérapeutiques usuelles sont disponibles en Tanzanie. 3- Notons qu'une prise en charge par des médecins spécialisés des malades infectés par le VIH est possible en Tanzanie. De nombreux gynécologues et obstétriciens sont disponibles et il existe l'association des gynécologues et obstétriciens de la Tanzanie (Le Agota). 4- D'autre part, le suivi biologique de la charge virale et des lymphocytes TCD4 est disponible en Tanzanie. Voir Informations : • Des sites : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16199e/s16199e.pdf>; <http://www.ostamyy.com/doctors/Tanzania.htm> ; <http://www.bugandomedicalcentre.go.tz/hiv.htm> ; <http://www.tanzania.go.tz/health.html> ; www.figo.org/. • Et de la base de données MedCOI : des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume des 14.06.2011 et 24.06.2011 avec les numéros de référence unique BMA-3464 et BMA-3481 ».

A la lecture du dossier administratif, le Conseil remarque que le dernier certificat médical déposé à l'appui de la demande, à savoir celui du Docteur [J-C. L.] daté du 1^{er} septembre 2011, indique « F/ Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ? Examens : Biologie répétées (sic) en fonction de l'évolution clinique avec dosages virologiques et immunologiques. Imageries médicales avec CT-Scan voir[re] résonance magnétique. Une colposcopie est prévue en septembre 2011 suivie éventuellement d'une conisation. [...] Est-ce que la proximité d'un hôpital est nécessaire ? Si oui, de quel équipement cet hôpital doit-il disposer ? Oui (cfr examens) ». A titre de précisions, la nécessité de l'imagerie médicale dans le cadre du suivi de la requérante a également été mentionnée dans des certificats médicaux datés des 30 juin 2009 et 27 avril 2010 fournis à l'appui de la demande. Enfin, le Conseil souligne effectivement que dans le certificat du 27 avril 2010, il a été expressément soulevé que l'imagerie médicale n'est pas disponible au pays d'origine.

Or, sans s'attarder sur la justesse de ce constat, le Conseil ne peut qu'observer que, dans son avis du 21 janvier 2013, le médecin-conseil de la partie défenderesse a fait état de la disponibilité au pays d'origine de la requérante du traitement médicamenteux, de médecins spécialisés des maladies infectées par le VIH, de gynécologues et obstétriciens et, enfin, du suivi biologique de la charge virale et des lymphocytes TCD4. Toutefois, ce médecin n'a aucunement repris l'imagerie médicale en tant que suivi dans le cadre du traitement actif actuel de la requérante et n'a nullement garanti la disponibilité en Tanzanie de celle-ci alors pourtant qu'elle est nécessaire à la requérante.

3.4. En conséquence, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne s'est pas assuré, à tout le moins, que le suivi dont a besoin la requérante, plus particulièrement l'imagerie médicale, 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, a commis une erreur manifeste d'appréciation et a violé l'article 9 *ter* de la Loi. Cette partie du moyen unique pris est fondée et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le reste du moyen unique qui à le supposer fondé, ne pourrait entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.6. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse ne répond aucunement à l'argumentation ayant mené à l'annulation de la décision querellée.

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

Article unique.

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 1^{er} février 2013, est annulée.

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

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOUY, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

S. DANDOUY

C. DE WREEDE