



Arrêt

n° 235 625 du 28 avril 2020
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître B. VAN OVERDIJN
Avenue de Messidor 330/1
1180 BRUXELLES

contre:

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

Vu la requête introduite le 4 janvier 2019, par X, qui déclare être de nationalité togolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 7 décembre 2018.

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° 222 419 du 7 juin 2019.

Vu la demande de poursuite de la procédure.

Vu le mémoire de synthèse.

Vu l'ordonnance du 7 janvier 2020 convoquant les parties à l'audience du 23 janvier 2020.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me B. VAN OVERDIJN, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La partie requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 15 décembre 2009.

Le lendemain, la partie requérante a introduit une demande de protection internationale, laquelle a été clôturée par l'arrêt n° 69 258 du 27 octobre 2011 du Conseil, lui refusant la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

Par courrier recommandé du 21 janvier 2011, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée par télécopies des 15 juin 2011, 28 mars 2012, 6 août 2012 et 11 décembre 2012.

Cette demande a été déclarée recevable par la partie défenderesse en date du 15 février 2011. Le 17 janvier 2013, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un avis quant à l'état de santé de la partie requérante.

Par courrier daté du 14 décembre 2012, la partie requérante a également introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été complétée par courriel du 3 avril 2013.

Le 25 janvier 2013, la partie défenderesse a pris à son égard une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour formulée en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, lui notifiée le 8 février 2013. Cette décision a été annulée par l'arrêt n° 207 628, prononcé le 10 août 2018 par le Conseil.

Le 22 septembre 2017, la partie défenderesse a pris à l'égard de la partie requérante une décision déclarant irrecevable la demande d'autorisation de séjour formulée en application de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Cette décision lui a été notifiée le 17 octobre 2017. Cette décision a été annulée par l'arrêt n° 210 005 prononcé le 25 septembre 2018 par le Conseil.

Le 13 décembre 2017, un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile a été pris à l'encontre de la partie requérante. Il a été annulé par un arrêt du Conseil n° 210 006 du 25 septembre 2018.

1.2. Le 9 octobre 2018, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un avis quant à l'état de santé de la partie requérante. Une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 a été prise le 11 octobre 2018. Le 5 novembre 2018, la partie requérante a introduit devant le Conseil une requête en suspension et annulation de cette décision. Celle-ci a toutefois été retirée par la partie défenderesse, ce qui a donné lieu à un arrêt de rejet du recours du 24 janvier 2019 n° 215 588.

1.3. Le 22 octobre 2018, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision d'irrecevabilité de la demande du 20 décembre 2012 d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 5 novembre 2018, la partie requérante a introduit devant le Conseil une requête en suspension et annulation de cette décision (CCE 225 915).

1.4. Le 4 décembre 2018, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un avis quant à l'état de santé de la partie requérante. Le 7 décembre 2018, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 non fondée et un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Le 4 janvier 2019, la partie requérante a introduit devant le Conseil une requête en suspension et annulation de ces deux décisions (CCE 227 832).

1.5. Le 29 mai 2019, la partie requérante a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies). Le 3 juin 2019, la partie requérante a introduit un recours en suspension d'extrême urgence à l'encontre de cet ordre de quitter le territoire (affaire attribuée au rôle linguistique néerlandophone). Par arrêt n° 222 420 du 7 juin 2019, le Conseil a suspendu cet ordre de quitter le territoire. Par arrêt n° 225 130 du 23 août 2019, le Conseil l'a annulé.

1.6. Concomitamment à cette demande de suspension, le 3 juin 2019, la partie requérante a notamment introduit une demande de mesures provisoires d'extrême urgence en vue de voir statuer sur la demande de suspension introduite le 4 janvier 2019 (CCE 227 832 - cf. point 1.4. ci-dessus) contre :

- la décision du 7 décembre 2018 déclarant non fondée sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ;
- l'ordre de quitter le territoire (annexe 13) du 7 décembre 2018.

Par arrêt n° 222 419 du 7 juin 2019, le Conseil a ordonné la suspension de l'exécution de ces deux décisions.

Ces décisions constituent les actes dont la partie requérante demande l'annulation.

Elles sont motivées comme suit :

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

« Motifs :

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le Médecin de l'Office des Étrangers (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 Togo, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 04.12.2018, (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 du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

1) 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 pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette affection médicale n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Togo.

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.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Il est important de signaler que l'Office des Étrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Étrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prises en considération. »

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

« 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'intéressé n'est en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable.

[...] ».

1.7. Le 3 juin 2019, la partie requérante a également introduit une demande de mesures provisoires d'extrême urgence en vue de voir statuer sur la demande de suspension introduite le 5 novembre 2018 (CCE 225 915 - cf. point 1.3. ci-dessus) contre la nouvelle décision du 22 octobre 2018 d'irrecevabilité

de la demande du 20 décembre 2012 d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Par un arrêt n° 222 795 du 18 juin 2019, la demande de suspension a été rejetée.

2. Questions préalables.

La demande de suspension ayant été accueillie dans le cadre de la demande de mesures urgentes et provisoires du 3 juin 2019, il n'y a plus lieu que de statuer sur la demande d'annulation.

3. Exposé des moyens d'annulation.

3.1. La partie requérante prend notamment un premier moyen

*« - de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et
- des articles 9 ter §1er, alinéa 1er et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers,
- de la violation de principes généraux de bonne administration, dont le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause,
- de la violation de l'autorité de la chose jugée. »*

3.2. Dans son mémoire de synthèse, la partie requérante développe ce moyen dans les termes suivants :

« La requête introductive rappelait que l'article 9 ter §1er de la loi du 15 décembre 1980 dispose :

« L'étranger qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité conformément au §2 et souffre d'une maladie dans un état tel 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 au ministre ou à son délégué.

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois² 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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqué 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.»

La requête rappelait également que les travaux préparatoires ayant introduit l'article demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 énonce 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 » et qu'il en résulte que pour être « , adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande ;

La requête synthétisait ainsi les trois hypothèses de régularisation médicale, à savoir :

-celles qui entraînent un risque réel pour la vie ;

-celles qui entraînent un risque réel pour l'intégrité physique ;
-celles qui entraînent un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays de résidence ;

Il s'ensuit que le texte même de l'article 9 ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne permet pas une interprétation qui conduirait à l'exigence systématique d'un risque « pour la vie » du demandeur puisqu'il envisage, au côté du risque vital, deux autres hypothèses et pour justifier qu'il rentrait bien dans les conditions de l'article 9 ter, alinéa 1er de la loi du 15 décembre 1980, le requérant avait dans sa demande de régularisation humanitaire introduite le 21 janvier 2011 signalé qu'il souffre du VIH.

Le requérant avait produit à plusieurs reprises des certificats médicaux et rapports médicaux actualisés et qu'ainsi le rapport dressé par le Docteur [R.] en date du 11 septembre 2018, envoyé à la partie défenderesse le 27 septembre 2018 renseigne pourtant ce qui suit : « donc patient VIH + sous antirétroviraux, changement en triumeq récemment car diarrhées sur kaletra, douleurs thoraciques atypiques, avis cardio demandé af/ revoir dans 6 mois »;

Dans ce contexte, Monsieur [K.] est étroitement suivi sur le plan médical.

Les traitements médicamenteux sont en cours et qu'il est étrange que la décision attaquée passe sous silence l'accessibilité et la disponibilité des cardiologues au Togo alors que l'évolution de la pathologie du requérant nécessite une approche multidisciplinaire qui ne pourra être possible qu'en consultant également un cardiologue ;

La partie défenderesse a ainsi violé le principe de bonne administration en sa branche du devoir de minutie, qui impose de tenir compte de l'ensemble des éléments du dossier administratif (Voir en ce sens CE 221 713 du 12 décembre 2012) et dans le cas d'espèce, la violation du principe de bonne administration est établie dans le chef de la partie défenderesse ;

La requête relevait qu'il est étrange que sans avoir consulté personnellement le requérant sans l'avis préalable de son médecin-traitant, le médecin-conseil se base sur les recommandations de l'OMS pour remettre en cause le choix des molécules choisis pour le traitement du requérant alors que ces mêmes recommandations renseignent qu'elles ont été élaborées pour des personnes n'ayant jamais reçu de TAR (Traitement Antirétroviraux), ce qui n'est pas le cas pour le requérant et par précaution, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne pouvait pas se baser sur les seules recommandations de l'OMS qui du reste ne s'appliquent pas au cas du requérant ;

Que des analyses théoriques ne s'appliquant pas au cas des requérants ont déjà été rejetées par le Conseil de Céans voir arrêt CCE n°208 435 du 30 août 2018, ainsi -a-t-il été jugé : « Dès lors, le Conseil ne peut suivre l'argumentation du médecin fonctionnaire, développée dans son rapport médical en vue d'écarter le Canakinumab du traitement actif suivi par le requérant. En effet, le Conseil observe que cette argumentation se fonde sur des analyses théoriques qui ne s'appliquent pas nécessairement à la situation particulière du requérant, alors que le dossier médical du requérant est suffisamment documenté sur le fait que depuis 2014, la combinaison des deux médicaments précités améliore l'état de santé de celui-ci, de sorte qu'il serait difficilement compréhensible que le médecin fonctionnaire ignore tous les rapports médicaux produits indiquant la nécessité dudit traitement combiné, au motif que le premier requérant n'aurait pas observé les doses de Colchicine qui lui avaient été prescrites.

Le médecin fonctionnaire ne peut davantage imposer un traitement au requérant à la place de celui qui lui a été prescrit par ses médecins traitants, sans avoir examiné le patient, ni avoir, comme il l'indique dans son rapport médical précité du 20 octobre 2017, « réalisé le dépistage et le dosage sérique de la Colchicine ». En effet, dans le but d'écarter le traitement du Canakinumab prescrit au requérant, le médecin fonctionnaire a lui-même indiqué qu'il « paraît utile avant d'entreprendre un traitement aussi coûteux et non dénué de risque de s'assurer que la concentration plasmatique de la colchicine confirme que le requérant observe bien la prise du traitement prescrit ».

Le médecin-conseil pouvait en outre prendre contact avec le médecin traitant du requérant pour en savoir plus sur le traitement ARV actuel du requérant et que l'absence de contact ou de dialogue entre le médecin-conseil de la partie défenderesse et les médecins traitants des patients a été sévèrement censurée par le Conseil de Céans dans un arrêt CCE n°192 670 du 28 septembre 2017 (Voir spécifiquement le point 2.2.3 de l'arrêt).

Or aucun élément du dossier administratif ne renseigne sur un quelconque contact du médecin-conseiller de la partie défenderesse avec le médecin traitant du requérant en vue d'avoir de plus amples informations sur la possibilité pour le requérant d'avoir égard à des molécules alternatives dans le cadre du traitement de sa pathologie, sans que cela ait un impact négatif sur l'évolution de sa santé.

Il convient de rappeler que le traitement médical suivi par Monsieur [K.] est à prendre à vie (voir à cet effet le certificat médical dressé par le Docteur [R.] en date du 31 juillet 2012) et que le rapport sur la prise en charge du VIH au Togo, dressé par le Docteur [M.] en date du 17 août 2018 est particulièrement pertinent dans la mesure où il émane d'un professionnel de la santé exerçant ses activités sur le terrain au Togo, habitué et mieux renseigné sur les conditions des personnes vivant avec le VIH au Togo, ne se basant pas des supputations hypothétiques.

La partie défenderesse faisant sienne l'avis de son Médecin-conseil n'a pas apprécié les possibilités du traitement et son accessibilité au Togo ;

En l'espèce, il y a un risque que le requérant n'ait accès à aucun traitement adéquat eu égard à son état qui nécessite une poursuite à vie de son traitement et qu'en cas de retour dans son pays, rien ne garantit que le requérant aura accès au traitement qui lui est prescrit actuellement

La pénurie de antirétroviraux invoquée par le rapport du Docteur [M.] entraînera l'interruption de son traitement actuel et l'exposera à une rechute certaine avec pour conséquence une dégradation de son état de santé actuel avec apparition des maladies opportunistes (Voir également à ce propos le certificat médical dressé par le Docteur [R.] en date du 31 juillet 2012) ;

Le requérant ne peut pas compter sur une hypothétique prise en charge familiale ou un travail chimérique dans son pays d'origine et le requérant sera confronté à des difficultés financières qui ne lui permettront pas d'avoir un suivi médical régulier ou de se faire soigner.

Or, l'évolution et le pronostic des pathologies seront défavorables sans réel suivi médical régulier dans la mesure où le requérant ne pourraient pas être pris en charge au Togo, faute de traitement accessible, adéquat et disponible gratuitement ou à moindre coût sur place et pour étayer ses dires, le requérant a produit sources à l'appui de sa demande.

Concernant la base de donnée MedCOI du projet d'échange médical européen, le requérant relève qu'il ne peut objectivement en vérifier l'exactitude des informations alléguées par la partie défenderesse concernant la disponibilité des soins et du traitement des pathologies dont il souffre en cas de retour dans son pays d'origine, dans la mesure où cette base de données n'est pas librement accessible vu qu'il faut obligatoirement avoir un nom d'utilisateur et un mot de passe pour la consulter ;

La partie défenderesse n'a pas révélé l'identité des médecins participant au projet Med COI, ce qui ne permet pas de vérifier les informations fournies par ces derniers ;

Pareille instruction dénote d'une carence ;

De plus, le Conseil a pu rappeler que la référence à une telle base de données constitue une motivation par référence, qui est prohibée sauf si certaines conditions sont respectées.

Ces conditions ne sont pas respectées dans la mesure où le requérant n'a pas eu accès aux informations contenues dans la base au moment de la notification de la décision, de sorte que la décision ne peut être considérée comme formellement motivée.

La requête rappelait que la source invoquée est la base des données MedCOI ne décrivant pas à suffisance si tous les traitements sont disponibles, ni si les stocks de médicaments sont suffisants pour affirmer que les soins seront accessibles au Togo pour le requérant et que le requérant soutient pour sa part qu'il ne pourra pas bénéficier d'une couverture médicale adaptée à sa pathologie ;

De plus, la requête soulevait le fait la partie défenderesse utilise une formulation stéréotypée du genre : « Il est important de signaler que l'Office des Étrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Étrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prises en considération. », pour écarter les documents fournis

par lui à l'appui de son recours introduit auprès du Conseil de Céans en date du 8 mars 2013 alors que ceux-ci comprenaient un avis médical du 17 janvier 2013 et un Rapport « Focus Togo » de l'Office fédéral des migrations (ODM) suisse daté de septembre 2008, toujours d'actualité et apportant des lumières sur la disponibilité et l'accessibilité des soins et que pareille pratique de la partie défenderesse a été censurée par le Conseil de Céans dans un arrêt n° 206 615 du 9 juillet 2018 (Voir les points 3.1 à 3.5).

La requête soulignait la violation de l'autorité de chose jugée de l'arrêt du Conseil de Céans n°207 628 du 10 août 2018 et rappelait que la Cour Constitutionnel a dans un arrêt n°81/2008 du 27 mai 2008 point A.25.2. , précisé ce qui suit concernant l'autorité de la chose jugée : « (...) En outre, l'autorité doit, lorsqu'elle prend une décision, tenir compte de l'autorité de chose jugée d'un arrêt d'annulation antérieur. » ;

Il en découle que le Conseil de céans devrait en l'espèce annulée la présente décision qui méconnaît l'autorité de la chose jugée de son arrêt n°207 628 du 10/08/2018 car des éléments objectifs pertinents avaient été annexés au recours ayant conduit à la prise de cet arrêt

La requête soulignait par ailleurs que l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse parle « d'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjecture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 » alors que le requérant a parlé de l'absence d'infrastructure médicale de pointe permettant la dispense de soins spécifiques et un suivi adéquat du patient (voir sa demande de régularisation 9 ter, p.2);

Le requérant n'a pas fait allusion de mauvais traitements en raison d'une conjecture instable dans un pays comme l'affirme l'avis du Médecin-Conseil et la partie défenderesse a suivi cet avis sans pour autant creuser plus avant les éléments fournis par le requérant ;

Pareille attitude a d'ailleurs été censurée par Conseil de Céans dans un arrêt n°163 808 du 10 mars 2016, point 2.5 et 2.6.

L'arrêt n°166 379 du 25 avril 2015 a censuré la décision de la partie défenderesse qui se remettait à l'avis du médecin conseil s'appuyant sur les références faites à tort à la jurisprudence de la Cour européenne en ces termes : «2.2.4. (...) S'agissant, par ailleurs de la référence faite par le médecin fonctionnaire à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, relative à la possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjecture instable dans un pays, le Conseil précise qu'outre le fait que le requérant n'a pas fait état de « mauvais traitements en raison d'une conjecture instable dans un pays » mais bien d'un accès problématique aux soins au Maroc, la réponse donnée ne peut être considérée suffisante au regard de ce qui précède. (...) »

Il est incontestable que la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation et que le requérant ne pourra pas bénéficier d'un traitement adéquat ;

Concernant cette dernière notion, la requête rappelait l'arrêt n°163 808 du 10 mars 2016 du Conseil de Céans nous renseigne ce qui suit concernant le traitement adéquat :

« (...) 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. Pari, Ch. Repr., sess. Ord. 2005-2006, n°2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. Pari, 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. »

La question de l'accessibilité des soins de santé au Togo n'a en définitive pas été analysée par la partie défenderesse dans la mesure où elle n'a pas tenu compte de l'absence d'infrastructure médicale de pointe permettant la dispense de soins spécifiques et un suivi adéquat du patient compte tenu de la

particularité de son traitement médical actuel et qu'en outre, le rapport de synthèse -sur la prise en charge du VIH au Togo en lien avec la situation de Monsieur [K.K.O.] dressé par le Docteur [E.M.] en date du 17 août 2018 renseigne ceci :

« (...) Au Togo, si l'accès aux médicaments ARV de première ligne disponibles est relativement facile en raison des ruptures, les antiprotéases de 2ème ligne se limitent uniquement à atazanavir et lopinavir boostés avec du ritonavir. Les seules molécules positionnées en 3ème ligne au niveau national (darunavir et raltégravir) connaissent de fréquentes ruptures rendant difficile la prise en charge des patients en échec de 2e ligne. La charge virale est disponible mais le génotypage n'est pas faisable au Togo. Ce qui complique davantage le choix des traitements pour les patients en échec thérapeutique, choix aggravé par le nombre limité des molécules.

Le Togo bénéficie actuellement du financement du Fonds Mondial qui avait permis de faire gratuitement les bilans pré-ARV et de suivi aux PWIH sous ARV mais depuis janvier 2018, tous les bilans sont à la charge des patients, ce que la plupart n'arrivent pas à honorer à cause de la précarité dans laquelle vivent la majorité d'entre eux. De plus, à cause de ruptures, des substitutions des molécules ARV sont fréquentes avec leur lot de conséquences sur la santé des patients. De façon générale, la situation en matière de prise en charge du VIH dans les mois à venir n'est pas du tout clarifiée pour les patients et les personnes en échec de 2e ligne à cause des ruptures fréquentes d'ARV. Pour l'instant, les médecins et autres prestataires intervenant dans le domaine gèrent difficilement la situation qui risque de se compliquer par la suite.

Au vu de ce qui précède, Mr [K.K.O.], Togolais, né le [...] 1975 à Lomé PWIH vivant en Belgique et qui est actuellement sous TRIUM Q (doutégravir, abacavir, lamivudine) en un comprimé par jour, ne peut pas poursuivre son traitement au Togo car à son retour, il n'aura plus accès à cette combinaison efficace car non disponible sur place, il ne pourra pas bénéficier d'un test de génotypage pour s'assurer d'un nouveau protocole avec un risque élevé d'échec thérapeutique et toutes les conséquences négatives sur sa santé en termes d'infections opportunistes pour lesquelles nous n'avons pas non plus le plateau technique adéquat et les médicaments pour un diagnostic rapide et un traitement efficace.

Ce rapport est alors établi et remis à mains propres pour servir et valoir ce que de droit

Fait à Lomé, le 17 août 2018

Signé certifié

Dr [E.M.] »

Ainsi, l'on peut souligner que ce rapport montre que :

- le système de santé Togolais ne permettra pas au requérant de se faire soigner de manière adéquate compte tenu du traitement qui est suivi actuellement en Belgique
- le requérant n'aura pas la possibilité d'effectuer un test de génotypage pour s'assurer d'un nouveau protocole avec un risque élevé d'échec thérapeutique ;
- Qu'à ce jour, cette carence du système de santé togolais s'apparente à un défi à relever ;

Par ailleurs il est donc étrange que faisant allusion aux activités de lutte contre le VIH au Togo (note de bas de page n°11), la partie défenderesse omette volontairement un pan de phrase important qui tempère fortement le texte pris en considération par la partie défenderesse, ce pan de phrase éludé vaut son pesant d'or dans la mesure où il comporte des éléments devant pousser la partie défenderesse à traiter avec minutie la demande de régularisation du requérant, Jugeons donc : « Malgré les avancées des défis restent à relever d'où l'intérêt de cette rencontre. » ;

L'on doit encore constater que le lien internet repris à la note de bas de page n°10 (voir l'avis du médecin-conseil) est un lien n'apportant pas plus de réponses sur le sort les personnes atteintes de VIH en échec thérapeutique en manière telle que ce lien manque de pertinence pour le requérant et que le document sur l'association humanitaire TAWAKA donne des informations générales sur cette association sans préciser si elle prend en charge la distribution des ARV pour les personnes en échec de deuxième ligne comme le requérant ;

Il est également stéréotypé d'affirmer sans autres arguments objectifs qu'une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des médicaments alternatifs en Belgique comme ailleurs sans apporter plus de précisions à ce propos par l'entremise des éléments objectifs ;

Il convient de conclure que la décision n'est pas adéquatement motivée sur ce point ;

Concernant le test de génotypage, la partie défenderesse émet des allégations ne résistant pas à l'analyse en ces termes : « Concernant le génotypage, il n'a jamais été question en Belgique. Il n'y a aucune raison d'y avoir recours au Togo » ;

Ces allégations de la partie défenderesse contredisent le rapport du Docteur [M.] sans justification eu égard à la pratique médicale mise en place pour le suivi des personnes qui sont en échec thérapeutique de deuxième ligne comme le requérant et la raison d'être de ce test de génotypage est de s'assurer de la possibilité d'avoir un autre protocole en cas d'échec du traitement en cours ;

La décision ne peut être considérée comme adéquatement motivée sur ce point ;

Concernant la présence de mutuelles de santé au Togo, le lien internet renseigné en note de bas de page n'apporte pas plus de précisions sur les conditions pratiques d'adhésion aux mutuelles, si elles interviennent pour toutes les pathologies, si elles prennent en charge des personnes qui comme le requérant sont sous traitement ARV et en échec thérapeutique ;

Quant au motif de la décision soutenant que le requérant pourrait travailler dans son état actuel, celui-ci s'avère pour le moins stéréotypé et relève d'une appréciation subjective et n'est étayé par aucun document versé au dossier administratif ;

Ayant le VIH, vivant actuellement de l'aide sociale, ayant quitté son pays d'origine il y a de cela plus de 8 ans, on ne voit pas comment le requérant pourrait d'un coup de baguette magique rentrer dans son pays et y trouver du travail comme par enchantement ;

Le fait que le requérant ait vécu la majeure partie de son existence dans son pays d'origine ne démontre pas que ce dernier peut faire appel à sa famille ou ses amis pour l'aider à subvenir à ses besoins médicaux ;

Qu'ainsi a-t-il été jugé :

« 4.2.2. (...) Enfin, la seule supposition d'un soutien familial déduit des déclarations de la partie requérante dans le cadre de sa demande d'asile en octobre 2007, affirmant que ses parents et ses frères et soeurs vivent en Angola, ne peut suffire à conclure que les soins nécessaires à l'état de santé de la partie requérante est accessible au pays d'origine, violant ainsi l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et le principe de prudence et de minutie. »

CCE n°169 034 du 3 juin 2016

Qu'ainsi a-t-il été jugé :

« 3. (...) Par ailleurs, la considération selon laquelle la requérante pourrait obtenir une aide de sa famille restée au Burkina Faso, n'est pas davantage développée en termes de motivation si ce n'est par la référence à la présence des membres de sa famille au pays d'origine, et paraît ainsi procéder d'une simple pétition de principe, insuffisante en soi à asseoir la conclusion de la partie défenderesse relative à l'accessibilité des traitements requis. » CCE n°145 857 du 21 mai 2015

Le Conseil a statué en ce même sens dans l'arrêt 198.536 du 25 janvier 2018 (Voir le point 3.3).

Dans le cas d'espèce, en se référant expressément à l'avis de son médecin-conseil sans exercer son pouvoir d'appréciation, la partie défenderesse a violé l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du Conseil de Céans n°207 628 du 10 août 2018 dans la mesure où cet arrêt a censuré la motivation de la partie défenderesse concernant la capacité du requérant de trouver du travail au Togo et la possibilité pour celui-ci de recourir à la solidarité familiale.

Qu'ainsi a-t-il été jugé :

« 3.3.2. Quant à la référence faite par le médecin conseil de la partie défenderesse à la possibilité pour le requérant de financer ses soins par des revenus du travail, le Conseil constate qu'à défaut d'un examen suffisant et adéquat du système de soins de santé au Togo. Ce motif ne pourrait suffire à motiver la décision attaquée, en ce qui concerne l'accessibilité du traitement requis. En effet, la situation individuelle du requérant et le système de soins de santé en RDC doivent s'apprécier globalement, afin de déterminer si le suivi et le traitement dont on a besoin celui-ci sont accessibles au pays d'origine dès lors qu'un emploi n'est pas nécessairement garant d'une accessibilité des soins. En tout état de cause, le Conseil relève que cette affirmation relative à la capacité du requérant à trouver un travail pour financer ses soins, s'apparente à une pétition de principe, laquelle n'est nullement suffisante à motiver la décision entreprise quant à l'accessibilité des soins au pays d'origine.

Il en va de même des circonstances relatives à l'aide familiale que le requérant pourrait avoir au Togo. Cette affirmation non étayée ne peut pas non plus suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivi nécessaires au requérant. En effet, la référence à la solidarité familiale ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec des dépenses auxquelles l'étranger serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective. » (CCE n°207 628 du 10 août 2018)

Il y a en l'espèce violation de l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du Conseil de Céans n°207 628 du 10 août 2018

En outre le requérant relève en outre que la décision de la partie défenderesse ne donne aucun écho sur la disponibilité d'un suivi cardiologique au Togo ;

Pourtant, il ressort du rapport médical dressé par le Docteur [R.], en date du 11 septembre 2018, que ressentant des douleurs thoraciques atypiques, le requérant doit consulter un cardiologue qui doit émettre un avis et l'est étrange que la décision est muette sur la disponibilité des cardiologues au Togo et l'accessibilité du requérant à leurs services ;

Il y a une absence de motivation à cet égard;

En renvoyant aux informations non détaillées dans le dossier administratif quant à la disponibilité et à l'accessibilité, en concluant que 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 de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne, la partie défenderesse a violé l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 du 15 décembre 1980 qui ne lui permet pas de faire une économie de recherche concernant l'accessibilité et la disponibilité des traitements et une telle lecture de l'article 9ter, §1er, alinéa 1er de la loi du 15 décembre 1980 est erronée.

La disposition légale est libellée comme suit : « L'étranger qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité conformément au §2 et souffre d'une maladie dans un état tel 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 au ministre ou à son délégué ».

Le Conseil de Céans a encore rappelé dans un arrêt n°77 755 du 22 mars 2012. que « dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil 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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis »

Dans le cas d'espèce, la décision attaquée ne permet pas de comprendre en quoi les pathologies dont souffre le requérant ne répondent pas manifestement à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er de l'article 9 ter précité et qui peuvent donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la disposition précitée dès lors qu'il n'y a eu aucune instruction dans le dossier administratif, aucune évaluation de l'existence d'un traitement adéquat des affections dont souffre le requérant dans son pays d'origine ;

Alors que le requérant a fourni divers éléments indiquant qu'il ne pourra pas se faire soigner et ou bénéficier d'un suivi régulier valablement dans son pays d'origine, force est de constater que la partie défenderesse n'a nullement répondu à son argumentation ;

Pourtant, la loi ne dispense nullement la partie défenderesse de procéder à la recherche de la disponibilité et de l'accessibilité dans le pays d'origine ;

L'absence de motivation de la décision attaquée est manifeste et il apparaît très clairement que les affirmations de la partie défenderesse relèvent plus d'un plaidoyer de bonnes intentions, très éloigné de la réalité sur le terrain ;

La partie défenderesse se contente d'informations générales et la motivation de la partie défenderesse relève donc d'une erreur manifeste d'appréciation ;

Compte tenu des considérations qui précèdent, la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation en ne tenant absolument pas compte de tous les éléments de la cause et ce faisant, sa décision n'est pas motivée de manière adéquate ;

En conséquence, la décision attaquée a violé l'article 9 ter §1er, alinéa 1er de la loi du 15 décembre 1980 dans la mesure où dénie au requérant l'accès à une demande d'autorisation de séjour dans le Royaume alors qu'il 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 et dégradant car il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne;

Que le premier moyen est fondé ;

Réplique quant à la note d'observation de la partie adverse

Les observations de la partie adverse n'énervent en rien les constats qui ont été posés par la partie requérant.

Elle considère tout d'abord que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris du principe de l'autorité de chose jugée.

Il convient cependant d'observer qu'il s'agit d'un principe général de droit, de telle sorte qu'il n'est pas nécessaire d'en appeler une base légale.

Pour le surplus, il convient d'observer que la note de la partie adverse se base sur un avis du médecin conseil du 9 octobre 2019 (lire 2018).

Or, il convient de rappeler qu'une décision avait été prise à cette date, notifiée fin octobre 2018, et attaquée par requête de novembre 2018.

A la suite de cette requête, la décision avait été retirée, et une nouvelle décision, avec un nouvel avis avait été prise et notifiée au requérant.

L'exposé des faits de l'arrêt de suspension (n°222.419) le rappelle d'ailleurs, et souligne en page 14 ce même constat.

Il convient dès lors de constater que la note porte sur un avis et acte retiré, de telle sorte que les observations sont inopérantes.

Il s'en déduit également que les arguments invoqués dans la note manquent de pertinence.

En effet, il est fait état que le dernier rapport médical transmis date du 13 mars 2018 (souligné par la partie défenderesse), alors qu'un complément avait été adressé en septembre 2018, et avait justifié le retrait des actes.

Ce dernier certificat médical faisait état d'une demande de bilan cardiaque, et l'on peut conclure facilement à la nécessité d'avoir accès à un cardiologue.

En effet, comment faire un tel bilan sans un cardiologue ?

La note poursuit et considère que le médecin de l'Office des Etrangers démontre la disponibilité des traitements dans le pays d'origine, en démontrant l'existence des molécules et de substitut.

Il semble que la partie adverse ne prenne pas en compte l'argumentation du requérant, en ce qu'il a besoin spécifiquement du traitement auquel il a accès, et non à un quelconque substitut.

Ce fait est d'autant plus vrai que le requérant semble bien répondre au traitement, et qu'une absence de ce traitement entraînerait une chute de son immunité, des infections opportunes, et par conséquent, des souffrances sans nom, et la mort en bout de course.

C'est d'ailleurs en ce sens que le Conseil a statué dans l'arrêt de suspension, considérant que l'avis du médecin conseiller ne permettait pas de conclure à suffisance sur la disponibilité des soins nécessaires au requérant.

Ce seul constat permet d'annuler la décision, étant donné qu'il n'est pas démontré la disponibilité des soins nécessaires à la partie requérante.

Il convient dès lors d'annuler la décision entreprise.

La partie adverse considère que le prescrit légal et la jurisprudence constante n'impose pas à la partie défenderesse un audit du médecin du requérant ou une rencontre avec celui-ci.

Il convient cependant de constater qu'un arrêt très récent du Conseil a statué en sens contraire (arrêt du 223.006 du 21 juin 2019).

Il est intéressant que cet arrêt touche à une problématique similaire, à savoir le fait que le médecin conseiller de l'Office des Etrangers a décidé de substituer le traitement de la personne à un autre.

Le Conseil a pu arriver à une telle conclusion dans la mesure où le médecin conseiller, généraliste, de l'Office des Etrangers, contredisait l'avis des spécialistes qui suivaient la requérante.

Les enseignements d'un tel arrêt sont transposables dans le présent cas d'espèce, dans la mesure où le médecin conseiller contredit l'avis du spécialiste qui suit le requérant, et considère qu'il peut substituer le traitement du requérant par un autre.

Il convient donc de constater que la thèse développée par la requérante dans sa requête introductive d'instance est appuyée par un arrêt très récent du Conseil de céans.

Il convient dès lors d'annuler la décision entreprise.

La note poursuit et considère qu'il n'y aurait pas de rapport du Docteur [M.] dans le dossier.

Il convient encore une fois de rappeler que la note se base sur un ancien avis médical, qui avait fait l'objet d'un retrait car ne tenant pas en compte de l'ensemble des éléments.

Or, ce document avait bien été transmis à la partie adverse, de telle sorte que toutes les observations sur l'absence de ce rapport manquent de fondement.

De plus, le dernier rapport du médecin conseiller y faisait référence.

Ce fait est d'autant plus vrai que ce rapport démontrait l'absence de traitement pour le requérant dans son pays d'origine.

Ce même constat vaut également pour ce qui est du test du génotypage.

La requête explicitait clairement le but de tel test, à savoir déterminer un nouveau traitement, en cas d'apparition de résistances.

De tels tests sont centraux pour quelqu'un touché par le V.I.H., dans la mesure où ils aident à déterminer le type de virus, et donc le type de traitement.

De plus, cette attestation avait bien été transmise à la partie adverse avant la prise de décision, de telle sorte que l'argumentation manque en fait.

Concernant la base de données MedCOI, la partie adverse estime que le médecin conseiller peut se baser dessus pour appuyer son avis, et que son caractère non public serait compensé par un accès au dossier administratif.

Ce faisant, la partie adverse tend à justifier une motivation par référence, qui n'est acceptée par la jurisprudence que moyennant la réunion de plusieurs conditions.

La doctrine a pu résumer celle-ci comme suit :

"(...) il faut encore ajouter que la motivation par référence est interdite, sauf si les conditions suivantes sont réunies :

- le document auquel il est référé existe et est motivé en la forme, répondant, dès lors, lui-même, aux exigences de la loi du 29 juillet 1991 ;*
- le document auquel il est référé est connu du destinataire, au plus tard lors de la notification de l'acte, étant entendu que le document peut être annexé à l'acte lors de sa notification ;*
- l'auteur de la décision doit avoir fait sien le contenu du document auquel il est référé » (RENDERS, (D.), Le point sur la motivation formelle de l'acte administratif unilatéral, <http://www.avcb-vsgeb.be/documents/documents/fiscalite/motivation-formelle-acte-administratifrenders.pdf>*

Or, il est incontestable que les dits documents n'ont pas été portés à la connaissance du requérant avant ou au moment de la notification, de telle sorte que la motivation par référence doit être déclarée contraire au principe de motivation formelle des actes administratifs, et aux articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991.

Il convient de constater que le Conseil de céans en ce sens dans un arrêt du 23 octobre 2018, sous références 211.356 :

"Au vu du libellé et du contenu des réponses aux « requêtes MedCOI », le Conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin, selon laquelle « Ces requêtes démontrent la disponibilité de Volmesartan, de l'amlodipine, de l'hydrochlorothiazide, du tramadol, du paracétamol et de la méthylprednisolone », ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées.

Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

En effet, la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis.

Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles se fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public. En conséquence, entendant motiver son avis par référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis.

A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi en vérifier la pertinence.

Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète, afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de

comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester.

*Il découle de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même du premier acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse se réfère à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée »
De tels constats justifient par conséquent l'annulation de la décision entreprise.*

La partie adverse poursuit sur la disponibilité et commence par reprendre dans sa note l'avis du médecin-conseil.

Il convient de relever que la note se base sur l'avis du 9 octobre 2018, et non celui du 4 décembre 2018.

Dès lors, les observations faites sont sans pertinence par rapport au dossier actuellement pendant devant le Conseil.

Par ailleurs, il est reproché à la requérante de ne pas remettre en cause le système tripartite et la possible gratuité des soins antirétroviraux.

Cependant, il convient de constater qu'il n'a pas été valablement démontré que le traitement médical était disponible dans son pays d'origine.

Dans une telle mesure, comment pourrait-il être accessible ?

La note poursuit et considère que le médecin-conseil a, à bon droit, pu justifier sa décision par le fait que Monsieur pourrait travailler et se voir aider par sa famille...

Une telle argumentation fait cependant fi du fait que le traitement du requérant ne peut être suspendu sous aucun prétexte, de telle sorte qu'une hypothétique aide ne peut garantir à suffisance l'accessibilité aux traitements.

En effet, cette hypothétique aide ne permet en rien de garantir de manière assurée que le requérant aurait accès à des traitements dont il a besoin de manière journalière, et dont toute coupure entraînerait un risque mortel pour le requérant.

La partie adverse poursuit et considère qu'il n'y a pas de violation de l'autorité de chose jugée du 10 août 2018.

Il semble dès lors que la partie adverse considère que le grief est suffisamment précis et circonstancié pour qu'elle doive y répondre, de telle sorte que le moyen tiré de cet argument ne peut être considéré comme irrecevable.

De plus, relevons que le Conseil avait du constater un manquement de la part du médecin-conseil quant à la question de l'accessibilité des soins de santé pour le requérant dans son pays d'origine.

La requête introductive d'instance est par ailleurs longuement argumentée quant à cette question.

Rappelons encore que le Conseil de céans a du constater, dans son arrêt de suspension, que la disponibilité du traitement nécessaire au requérant n'est pas démontrée, de telle sorte que son accessibilité ne peut pas l'être non plus.

Par ailleurs, il convient encore de relever que le médecin-conseil de l'Office des Etrangers n'a pas pris en compte l'ensemble des éléments du dossier, et notamment l'attestation du docteur [M.].

Cette attestation est d'une importance centrale, démontrant que le médicament nécessaire au requérant n'est pas disponible, et partant pas accessible au Togo, ni les tests de génotypage.

Il est encore une fois démontré que le médecin-conseil n'a pas rempli sa mission, ne démontre pas la disponibilité et l'accessibilité des soins nécessaires au requérant, de telle sorte que les enseignements de l'arrêt d'annulation d'août 2018 restent pertinents et actuels.

Par ailleurs, la référence à une conjecture économique est sans pertinence dans l'appréciation de la situation médicale de Monsieur, et la présence d'associations ne peut démontrer l'accessibilité des soins pour le requérant.

Au contraire, la présence de telles associations ne sont pas de nature à rassurer quant à la situation du requérant.

En effet, de telles associations doivent palier aux manquements des institutions classiques, de telle sorte que l'accessibilité est des plus aléatoires.

De même, l'affirmation que le requérant n'aurait pas besoin d'un traitement antirétroviral de deuxième génération est sans pertinence, dans la mesure où le requérant a pu trouver en Belgique un traitement adéquat à sa situation, et que rien n'est démontré par rapport à sa disponibilité ou son accessibilité dans son pays d'origine.

La partie adverse n'a pas tenu compte de la note de l'expert déposé par le requérant.

Rappelons qu'un échec thérapeutique peut mener à des conséquences gravissimes, nécessitent un nouveau génotypage afin de déterminer le traitement le plus adéquat, et que l'accessibilité et la disponibilité de ce génotypage n'a pas été analysé.

Les observations de la partie adverse n'énervent en rien les constats de la requête introductive d'instance, et il convient d'annuler les décisions attaquées. »

4. Discussion

4.1. Examen du premier moyen au regard de la décision du 7 décembre 2018 de rejet de la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

a) Le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, 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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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., I., 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 enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales visées au premier moyen 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. 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 n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

b) Le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la première décision entreprise est fondée sur un rapport établi par un médecin-conseiller de la partie défenderesse sur la base de différents certificats médicaux produits par la partie requérante.

La première décision attaquée précise qu'elle est fondée sur le rapport de son médecin conseiller du 4 décembre 2018, et non du 9 octobre 2018, date d'un précédent rapport qui est celui sur la base duquel la note d'observations de la partie défenderesse apparaît établie (cf. notamment note d'observations p. 3 et 10).

Le rapport dressé par le Docteur R. le 11 septembre 2018 apparaît dans la liste des documents pris en considération par le médecin conseiller de la partie défenderesse (page 2 de l'avis du 4 décembre 2018, avant dernier paragraphe). Y apparaît effectivement la mention « douleurs thoraciques atypiques, avis cardio demandé » mais à titre de rappel de ce qu'un rapport antérieur indiquait en date du 13 mars 2018. Dans l'avis du 11 septembre 2018, apparaît la mention « bilan des douleurs thoraciques = musculaire ». C'est ce que relève à juste titre le médecin conseiller de la partie défenderesse lorsqu'il écrit que « le bilan cardio demandé conclut à une origine musculaire ». Il semble donc bien que « l'avis cardio » a été obtenu et qu'en date du 11 septembre 2018, plus aucun suivi cardiologique n'était à l'ordre du jour. La partie défenderesse, en ne se penchant pas sur la question de la disponibilité et de l'accessibilité de cardiologues au Togo n'a donc pas violé son devoir de minutie ou son devoir de prendre en considération tous les éléments de la cause.

Cela étant précisé, dans le rapport du 4 décembre 2018 du médecin conseiller de la partie défenderesse, on peut lire, au moment où est envisagée la substitution du traitement actuel de la partie requérante par un autre, les termes « Chez les personnes n'ayant jamais reçu de TAR et remplissant les conditions pour recevoir celui-ci, l'OMS recommande de commencer par l'un des schémas thérapeutiques suivants : [...] » et un peu plus loin « Pour les patients qui n'ont jamais été exposés aux antirétroviraux, le traitement de première intention devrait consister [...] ». C'est donc à bon droit, sachant que le dossier fait apparaître la prise d'antirétroviraux par la partie requérante depuis plusieurs années, que la partie requérante écrit « *qu'il est étrange que sans avoir consulté personnellement le requérant sans l'avis préalable de son médecin-traitant, le médecin-conseil se base sur les recommandations de l'OMS pour remettre en cause le choix des molécules choisies pour le traitement du requérant alors que ces mêmes recommandations renseignent qu'elles ont été élaborées pour des personnes n'ayant jamais reçu de TAR (Traitement Antirétroviraux), ce qui n'est pas le cas pour le requérant.* » L'avis du médecin conseiller de la partie défenderesse, non confronté à l'appréciation du médecin traitant spécialiste de la partie requérante, s'il semble indiquer qu'il existe des traitements au Togo équivalents à celui de la partie requérante ne permet pas d'être certain que ces traitements (partiellement) alternatifs sont valables également en cas de substitution à un traitement antirétroviral actuellement en cours, la mention à deux reprises que les recommandations de l'OMS mises en avant par la partie défenderesse sont destinées aux patients n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviraux accréditant plutôt la thèse contraire.

Il ne peut dès lors en l'état être suffisant d'observer, comme dans la note d'observations, que la molécule dolutégavir (une des trois actuellement actives chez la partie requérante via le Triumeq et non

disponible au Togo) est « *disponible au Togo sous des équivalents efavirenz ou le névirapine* » pour conclure à l'absence d'intérêt de la partie requérante à son argumentation sur ce point. Il en est d'autant plus ainsi que la mention par le médecin conseiller de la partie défenderesse d'alternatives (« *Au Togo, des associations d'1 INNTI Efavirenz ou Nevirapine en place d'1 INI (Dolutegravir) avec 2 INTI (Abacavir et Lamivudine) sont bien disponibles* ») intervient juste après la citation des prescriptions de l'OMS et se réfère aux mêmes termes. On ne s'explique au demeurant - et surtout - pas pourquoi le médecin conseiller de la partie défenderesse évoque en page 5 de son avis les recommandations de l'OMS si le seul constat de la disponibilité de Efavirenz ou Nevirapine à la place de Dolutegravir opéré en page 4 du même avis suffisait pour être assuré que la partie requérante puisse disposer au Togo d'un traitement équivalent à l'actuel, comme semble le soutenir la partie défenderesse dans sa note d'observations. Par ailleurs, ce sont les termes mêmes utilisés par le médecin conseiller - précités - qui invitent à considérer que les recommandations de l'OMS ne s'appliquent pas à la partie requérante : c'est donc à tort que la partie défenderesse soutient dans sa note d'observations que l'argument de la partie requérante se comprend mal.

Il ne peut qu'être conclu que la décision attaquée en se référant à l'avis du médecin conseiller ainsi formulé n'est pas adéquatement motivée.

c) Le premier moyen est donc dans cette mesure fondé. Il n'y a pas lieu d'examiner ici les autres aspects du premier moyen ou le second moyen, qui ne pourraient mener à une annulation aux effets plus étendus.

4.2. Examen du moyen au regard de l'ordre de quitter le territoire.

La seconde décision attaquée, à savoir l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la partie requérante, constituant l'accessoire de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée qui lui a été notifiée à la même date (voir supra, point 1.), il s'impose de l'annuler également.

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 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire (annexe 13), pris tous deux le 7 décembre 2018, sont annulés.

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

M. G. PINTIAUX, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A.D. NYEMECK

G. PINTIAUX