



## Arrêt

**n° 244 338 du 18 novembre 2020  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. MANDELBLAT  
Boulevard Auguste Reyers, 41/8  
1030 BRUXELLES**

**contre:**

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

### **LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 31 mai 2016, par X, qui déclare être de nationalité ivoirienne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 11 avril 2016, et l'avis du médecin y afférent.

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 interlocutoire n°238 042 du 7 juillet 2020.

Vu l'ordonnance du 16 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 2 septembre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me C. MANDELBLAT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1 Le 26 avril 2010, la requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Celle-ci s'est clôturée par un arrêt n°73 348 du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil), prononcé le 17 janvier 2012, lequel a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugiée et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 29 novembre 2010, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Elle a complété sa demande le 2

décembre 2011, le 14 décembre 2011, le 21 février 2012, le 25 juillet 2012, le 30 août 2012, le 13 septembre 2012, le 27 décembre 2012, le 7 février 2013, le 23 mai 2014 et le 24 février 2015. Le 23 décembre 2010, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable et, le 12 mars 2012, a pris une décision la déclarant non fondée. Le 16 mai 2012, elle a retiré cette décision. Le Conseil a constaté le désistement d'instance dans son arrêt n° 87 295 du 11 septembre 2012.

1.3 Le 2 avril 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13<sup>quinquies</sup>), à l'encontre de la requérante.

1.4 Le 24 mai 2012, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande visée au point 1.2. Le 23 juillet 2012, elle a retiré cette décision. Le Conseil a constaté le désistement d'instance dans son arrêt n° 89 058 du 4 octobre 2012.

1.5 Le 11 avril 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande visée au point 1.2 et un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 2 mai 2016, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois (ci-après : la première décision attaquée) :

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

*L'intéressée invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le [m]édecin 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 Côte d'Ivoire, pays d'origine de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 07.04.2016, (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 [sic], que ces soins médicaux sont accessibles au requérant [sic], 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 [sic] à son pays d'origine.*

*Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles en Côte d'Ivoire.*

*Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,*

- 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 lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il [sic] séjourne.*

*Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive [e]uropéenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».*

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

*« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :*

- o *En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un passeport valable muni d'un visa en cours de validité ».*

1.6 Le 24 mai 2016, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies) et une interdiction d'entrée (annexe 13sexies) d'une durée de deux ans, à l'encontre de la requérante. Le 25 mai 2016, le délai pour quitter le territoire a été prolongé jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2016.

1.7 Le 20 janvier 2020, la partie défenderesse a autorisé la requérante au séjour temporaire et, le 10 août 2020, a prolongé cette autorisation jusqu'au 22 janvier 2021.

1.8 Dans son arrêt n°238 043 du 7 juillet 2020, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre des décisions visées au point 1.6.

## **2. Questions préalables**

2.1.1 Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait valoir, citant de la jurisprudence du Conseil, que « [l]a requérante déclare introduire son recours contre la décision de rejet de sa demande 9 ter et contre l'ordre de quitter le territoire notifiés le 2 mai 2016 mais également contre l'avis du médecin fonctionnaire du 07.04.2016. En ce que le recours vise cet avis, le recours est irrecevable ».

2.1.2 Interrogée à ce sujet lors de l'audience du 2 septembre 2020, la partie requérante déclare dorénavant partager le point de vue de la partie défenderesse.

2.1.3 Le Conseil observe que la partie requérante dirige son recours contre, outre la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire consécutif, le rapport médical établi par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse. Or, ce rapport médical ne constitue nullement une décision attaquable au sens de l'article 39/1, §1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, étant précisé qu'il ne s'agit que d'un avis qui, bien qu'essentiel et constituant généralement le fondement déterminant d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ne lie toutefois pas la partie défenderesse lorsqu'elle est amenée à statuer dans ce cadre. Partant, le recours est irrecevable en ce qu'il sollicite l'annulation et la suspension dudit avis.

2.2 Le Conseil observe que, le 20 janvier 2020, la requérante a été temporairement autorisée au séjour.

À ce sujet, le Conseil renvoie à son arrêt n°238 042 du 7 juillet 2020, dans lequel il a jugé que :

« 4.1. Le second acte attaqué doit être considéré comme implicitement mais certainement retiré, en raison de l'autorisation de séjour, ultérieurement octroyée à la partie requérante.

4.2. La question de l'intérêt au recours se pose, en ce qu'il vise le premier acte attaqué. L'autorisation de séjour, qui a été octroyée ultérieurement à la partie requérante, sur la base d'une autre disposition de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, est limitée dans le temps. Si cette autorisation n'est pas prolongée, elle ne pourra pas solliciter, une nouvelle fois, une autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la même loi, en invoquant les mêmes éléments que ceux invoqués à l'appui de la demande ayant abouti au premier acte attaqué. En effet, le paragraphe 3, 5<sup>o</sup>, de cette disposition, qui prévoit que « le délégué du ministre déclare la demande irrecevable [...] si des éléments invoqués à l'appui de la demande d'autorisation de séjour dans le Royaume ont déjà été invoqués dans le cadre d'une demande précédente d'autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition », y fait obstacle. L'intérêt de la partie requérante au recours est, dès lors, suffisamment démontré ».

## **3. Exposé du moyen d'annulation**

3.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et du « devoir de précaution et de minutie ».

3.2 Elle fait notamment valoir, dans une troisième branche, intitulée « Accessibilité des soins requis », que « [l]a partie adverse estime que les soins dont a besoin la requérante seraient accessibles car d'après le rapport de l'OIM de 2010, « *la Côte d'Ivoire dispose d'un système d'assurance publique comprenant le système d'assurance mutuel général pour les fonctionnaires qui rembourse 70% des produits pharmacologiques ainsi que la sécurité sociale nationale qui couvre les accidents professionnels et les maladies des salariés inscrits, dont la prime est payée par leur employeur. La CNPS dispose de 10 centres médicaux-sociaux dans le pays. Il existe également en Côte d'Ivoire des assurances maladies privées qui couvrent aussi bien les soins ordinaires que les coûts d'hospitalisation moyennant une petite contribution du patient.* » Or force est de constater que la requérante n'est ni une fonctionnaire ni la salariée d'un employeur qui lui permettrait de voir ses frais de santé remboursés d'une quelconque façon. En outre, les pathologies dont elle souffre ne peuvent être considérées comme un accident professionnel couvert par la sécurité nationale. Elle n'entre donc pas dans l'un des cas de couverture sociale énoncés par la partie adverse. Par ailleurs, s'il est exact que la requérante a vendu des produits de défrisage jusqu'au 19.01.2010 sur un marché, cette activité était celle d'une petite indépendante. Elle ne pourrait donc pas bénéficier de la couverture sociale offerte aux « salariés inscrits ». De même, à supposer que des systèmes d'assurances privées existent, la partie adverse ne précise ni le montant de la prime de cette assurance, ni les conditions d'accès à cette assurance ni même si un stage d'attente est prévu pour en bénéficier. L'argument du médecin conseil selon lequel « *rien n'indique que les assurances privées vont lui exiger des primes prohibitives parce que sa maladie est déjà présente* » n'est basé sur aucun fondement, et est contraire à la pratique usuelle des assurances (en tout cas en Belgique) qui consiste à exclure la prise en charge d'une maladie connue existante (une compagnie d'assurance ayant un but lucratif n'a pas intérêt à couvrir une maladie existante ce qui lui fera perdre de l'argent)[.] Par conséquent, n'étant ni fonctionnaire, ni salariée et ne pouvant raisonnablement bénéficier d'une assurance privée, elle ne pourra avoir accès aux soins éventuellement disponibles. Or, selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, [la partie défenderesse] doit examiner la possibilité d'un suivi médical dans le pays d'origine en étant particulièrement attentif[ve] sur les aspects d'accessibilité économique concrète. Le médecin conseil avance également que depuis mi-avril 2011, le gouvernement a instauré une politique de gratuité des soins et des prestations. Outre le fait que cet article date d'il y a cinq ans et n'est plus actuel, il convient d'insister sur le fait que le médecin conseil se garde bien de renseigner les centres de santé qui dispenseraient des soins gratuits. Les seuls hôpitaux qu'il a renseignés sont des hôpitaux luxueux situés à Abidjan qui affichent leurs prix sur leur site internet. De plus, le médecin conseil fait lui-même état de l'insuffisance de cette politique. Or, la requérante ne peut prendre le risque de voir interrompre son suivi médical sous peine d'une détérioration de son état de santé. La preuve en est que suite à sa détention du 23 au 25 mai 2016 au cours de laquelle elle a été privée de ses médicaments, elle a dû être hospitalisée pendant cinq jours pour se remettre en état. Le médecin conseil se base sur le site [www.unaids.org](http://www.unaids.org) et celui de l'Ambassade des Etats-Unis en Côte d'Ivoire pour conclure que la Côte d'Ivoire a connu des avancées notables dans le domaine de la prévention et des soins antirétroviraux et a adopté un accès aux ARV totalement gratuit depuis 2008 et que le pays bénéficie du soutien du Pefpar. Les informations du médecin conseil, si elles ne sont pas erronées, sont en tout cas obsolètes. En effet, il précise que le pays a connu une situation de crise « *au cours de ces deux dernières années (2010-2011)* ». La guerre en Côte d'Ivoire a eu lieu il y a cinq à six ans et non pas « *ces deux dernières années* ». Ce groupe, le Pefpar, a alloué un montant de 15 milliards de dollars à 100 pays. S'il s'agit d'une initiative fort louable, rien ne permet de conclure de quelle manière cela a eu un impact sur la population. L'article fait référence à une rencontre du représentant du Pefpar avec Laurent Gbagbo qui pour rappel a été arrêté en avril 2011. Toutes ces informations sont donc obsolètes et inutiles et ne permettent nullement d'affirmer que les antirétroviraux dont a besoin la requérante seraient accessibles ni de quelle manière en cas de retour en Côte d'Ivoire. Quant à l'article de l'UNAIDS, s'il fait référence à une gratuité théorique des soins antirétroviraux, il met en exergue la mauvaise qualité des soins, les ruptures de stocks fréquentes des antirétroviraux, l'insuffisance des infrastructures et le manque d'équipement (p. 32). Ce faisant, le médecin conseil de la partie adverse n'a pas examiné la question de l'accessibilité des soins avec la minutie qui s'impose. Quant à la suggestion de la partie adverse selon laquelle la requérante pourrait, pour payer ses soins médicaux, reprendre son activité commerciale, car « *aucun élément médical du dossier n'indique que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler...rien ne permet de conclure que l'intéressée ne peut pas subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie* », le médecin conseil n'a manifestement pas pris en compte la décision du 02.06.2014 du SPF

Sécurité Sociale-personnes handicapées reconnaissant la requérante comme souffrant d'un handicap (à 66% de réduction de la capacité de gain) et ce, pour une période indéterminée. A partir du moment où elle est reconnue handicapée par les autorités belges, l'on comprend mal la conclusion du médecin conseil selon laquelle la requérante n'aurait qu'à se remettre au travail dans son pays d'origine (qu'elle a quitté depuis 6 ans et avec lequel elle n'a d'ailleurs plus de contact...)[.] Outre l'aspect médical, la suggestion du médecin conseil repose sur une pure conjecture car rien ne laisse présumer que la requérante retrouverait immédiatement de la marchandise, un emplacement, de nouvelles clientes,...qui lui permettraient de gagner suffisamment d'argent pour ne pas devoir interrompre son traitement médicamenteux ne fut-ce [sic] qu'une journée. Ce postulat posé par la partie adverse suppose également que l'état de santé de la requérante lui permette de rester debout plusieurs heures, quod non. La partie adverse oublie également que depuis quatre ans, la vue de la requérante s'est fortement dégradée et qu'elle est donc beaucoup plus dépendante qu'auparavant. [...] Outre le fait que la décision attaquée repose sur des motivations erronées et lacunaires, elle a de toute manière fait l'impasse sur un réel examen de la disponibilité et l'accessibilité des traitements requis et notamment sur les conditions financières effectives permettant à la requérante d'avoir accès aux soins médicaux dans son pays d'origine. Ce faisant, la décision attaquée viole manifestement des dispositions visées au premier moyen ».

#### 4. Discussion

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

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

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, 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 doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

4.2 En l'espèce, la motivation de la première décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 7 avril 2016, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une « [i]nfection par le virus d'immunodéficience humaine », de « [d]iabète insulino-requérant », d'« [h]ypertension artérielle », d'« [i]nsuffisance rénale », de « [r]étinopathie diabétique », d'« [h]ypertriglycéridémie », d'« [h]ypovitaminose D », d'« [o]esophagite » et de « [d]épression », pathologies pour lesquelles le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « *Novo Mix 30 et 50 (insuline – médicament du diabète)* » ; d'« *Emconcor (bisoprolol – bêta-bloquant – anti-hypertenseur)* », d'« *Asaflow (acide acétylsalicylique – antiagrégant plaquettaire)* », de « *Mirtazapine (antidépresseur du deuxième groupe)* », de « *Kivexa (abacavir/lamivudine – inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse – antirétroviraux)* », de « *Reyataz (atazanavir – inhibiteur de la protéase virale – antirétroviral)* », de « *Norvir (ritonavir) inhibiteur de la protéase virale* », de « *Crestor (rosuvastatine – statine - hypolipidémiant)* », de « *D-cure (colecalférol – vitamine D)* », d'« *Exforge (valsartan/amlodipine – sartan/inhibiteur calcique – anti-hypertenseurs)* », de « *Furosemide (diurétique de l'anse – anti-hypertenseur, antioedémateux)* », de « *Rivotril (clonazepam – benzodiazépine – anxiolytique, sédatif et antiépileptique)* », de « *Sipralexa (escitalopram – inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine – antidépresseur)* », de « *Ranitidine (antihistaminique H2 – antiulcéreux)* », de « *Dafalgan (paracétamol – antalgique)* », de « *Risperdal (risperidone – antipsychotique)* », de « *Magistrale à base de calcium,...* (non répertorié comme médicament) » et de « *Magistrale à base de magnésium (non répertorié comme médicament)* ».

Il indique également que le suivi est composé de « [s]uivi endocrinologique, cardiologique, infectiologique, ophtalmologique, néphrologique, gynécologique et stomatologique ».

4.3 S'agissant de l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaire à la requérante, l'avis du 7 avril 2016 porte que : « *Notons également que le rapport de l'OIM (Organisation internationale pour les migrations) sur la Côte d'Ivoire atteste que la Côte d'Ivoire dispose d'un système d'assurance publique comprenant le système d'Assurance Mutuel Général pour les fonctionnaires ou MUGEFICI qui rembourse 70 % des produits pharmacologiques ainsi que la sécurité sociale nationale (CNPS) qui couvre les accidents professionnels et les maladies des salariés inscrits, dont la prime est payée par leur employeur. La CNPS dispose de 10 centres médicaux-sociaux dans le pays. Il existe également en Côte d'Ivoire des assurances-maladies privées qui couvrent aussi bien les soins ordinaires que les coûts d'hospitalisation moyennant une petite contribution du patient. Et rien n'indique que les assurances privées vont lui exiger des primes prohibitives parce que sa maladie est déjà présente et aucun examen ou diagnostic de l'état de santé du client n'est exigé avant la souscription d'une assurance. L'intéressée pourrait s'inscrire à l'une de ces structures et bénéficier des services qui lui seront offerts. Depuis la mi-avril 2011, le gouvernement [i]voirien a instauré une politique de gratuité des soins et des prestations. Malgré les insuffisances de cette politique, le taux de fréquentation des centres de santé a connu une croissance exponentielle.*

Quant à la prise en charge du VIH/SIDA, comme la plupart des pays, notons que la Côte d'Ivoire a souscrit aux déclarations de UNGASS (United Nations General Assembly Special Session) de 2001 sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien ainsi qu'à la nouvelle Déclaration politique sur le VIH/SIDA de 2011. Malgré la situation de crise que le pays a traversé au cours de ces deux dernières années (2010-2011), qui a eu des répercussions sur la réponse nationale, la volonté du Gouvernement de faire reculer l'épidémie n'a pas faibli. Cela a permis d'enregistrer des avancées notables aussi bien dans le domaine de la prévention que dans les soins et traitement Antirétroviraux (ARV). Selon la situation actuelle de l'épidémie, le nombre de PVVIH (Personne Vivant avec le VIH) sous traitement ARV était de 72 011 en 2009, de 82 7212 en 2010 et de 89 410 en 2011 (rapport provisoire PNPEC (Programme National de Prise en Charge)). Les efforts de lutte dans le cadre de la riposte nationale sont également perceptibles au niveau de l'accès aux ARV. Le gouvernement ivoirien a rendu l'accès aux ARV totalement gratuit depuis 2008. Ces efforts ont permis à 89 410 personnes d'avoir accès au traitement ARV en 2011.

Concernant le suivi des personnes vivant avec le VIH, notons que le programme ivoirien de lutte contre le VIH/SIDA bénéficie du soutien du haut responsable du Plan d'Urgence américain pour la lutte contre le VIH/SIDA (PEPFAR). Les partenaires du PEPFAR, parmi lesquels l'on compte des ministères et des organisations internationales, communautaires et professionnelles, mettent en œuvre des programmes complets de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/SIDA dans toutes les régions du pays. Plus de 100 partenaires et sous-partenaires bénéficient de l'assistance financière et technique du PEPFAR, permettant ainsi d'obtenir des résultats significatifs : le traitement grâce aux antirétroviraux de plus de 36 300 personnes, les services de soins palliatifs à plus de 44 000 personnes et la prise en charge et le soutien de plus de 24 000 orphelins et autres enfants vulnérables.

D'autre part, d'après sa demande d'asile, l'intéressée a déjà travailler [sic] comme commerçante. Etant donné qu'aucun élément médical au dossier n'indique que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler, qu'elle est en âge de travailler et que rien ne démontre qu'elle serait exclue du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressée peut trouver un emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressée ne peut pas subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie.

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de « l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013) ».

4.4 Le Conseil rappelle que dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) affirme que « [l]es autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (*Aswat*, précité, § 55, et *Tatar*, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (*Karagoz c. France* (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et *E.O. c. Italie* (déc.), précitée). » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 190).

A cet égard, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a fourni une réponse générale, sans toutefois donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour et ses compléments.

Tout d'abord, le Conseil estime que la mention « d'après sa demande d'asile, l'intéressée a déjà travailler [sic] comme commerçante. Etant donné qu'aucun élément médical au dossier n'indique que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler, qu'elle est en âge de travailler et que rien ne démontre qu'elle serait exclue du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressée peut trouver un emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressée ne peut pas subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie », n'est pas une réponse individualisée au vu des documents déposés par la requérante. En effet, si cette dernière a mentionné, dans sa demande de protection internationale visée au point 1.1, qu'elle était « commerçante locale »,

le Conseil observe que, dans son complément du 23 mai 2014 à sa demande d'autorisation de séjour du 29 novembre 2010, la requérante a notamment déposé une « [d]écision du 15.04.2014 de reconnaissance du statut « affection chronique » par sa mutualité "Mutualia" » et que, dans son complément du 24 février 2015, elle a déposé une attestation établie le 19 février 2015 par le docteur [P.D.] précisant que « [j]e soussigné, certifie que [la requérante] est en incapacité de travail à plus de 66% de manière définitive pour raison de santé ».

Il en résulte que la motivation du fonctionnaire médecin est insuffisante en ce qu'elle ne prend pas en compte toutes les informations présentes au dossier administratif, alors que la requérante avait déposé, à tout le moins, un document mentionnant qu'il lui était impossible de travailler, à plus de 66% et ce, de manière définitive.

Par identité de motifs, dès lors qu'il suppose l'exercice d'une profession par la requérante, le motif de l'avis du fonctionnaire médecin selon lequel « *le rapport de l'OIM (Organisation internationale pour les migrations) sur la Côte d'Ivoire atteste que la Côte d'Ivoire dispose d'un système d'assurance publique comprenant le système d'Assurance Mutuel Général pour les fonctionnaires ou MUGEFCI qui rembourse 70 % des produits pharmacologiques ainsi que la sécurité sociale nationale (CNPS) qui couvre les accidents professionnels et les maladies des salariés inscrits, dont la prime est payée par leur employeur. La CNPS dispose de 10 centres médicaux-sociaux dans le pays* » n'est pas une réponse individualisée à la situation de la requérante.

Ensuite, s'il ressort du motif de l'avis du fonctionnaire médecin et des documents présents au dossier administratif que « *Quant à la prise en charge du VIH/SIDA, comme la plupart des pays, notons que la Côte d'Ivoire a souscrit aux déclarations de UNGASS (United Nations General Assembly Special Session) de 2001 sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien ainsi qu'à la nouvelle Déclaration politique sur le VIH/SIDA de 2011. Malgré la situation de crise que le pays a traversé au cours de ces deux dernières années (2010-2011), qui a eu des répercussions sur la réponse nationale, la volonté du Gouvernement de faire reculer l'épidémie n'a pas faibli. Cela a permis d'enregistrer des avancées notables aussi bien dans le domaine de la prévention que dans les soins et traitement Antirétroviraux (ARV). Selon la situation actuelle de l'épidémie, le nombre de PVVIH (Personne Vivant avec le VIH) sous traitement ARV était de 72 011 en 2009, de 82 7212 en 2010 et de 89 410 en 2011 (rapport provisoire PNPEC (Programme National de Prise en Charge)). Les efforts de lutte dans le cadre de la riposte nationale sont également perceptibles au niveau de l'accès aux ARV. Le gouvernement ivoirien a rendu l'accès aux ARV totalement gratuit depuis 2008. Ces efforts ont permis à 89 410 personnes d'avoir accès au traitement ARV en 2011. Concernant le suivi des personnes vivant avec le VIH, notons que le programme ivoirien de lutte contre le VIH/SIDA bénéficie du soutien du haut responsable du Plan d'Urgence américain pour la lutte contre le VIH/SIDA (PEPFAR). Les partenaires du PEPFAR, parmi lesquels l'on compte des ministères et des organisations internationales, communautaires et professionnelles, mettent en œuvre des programmes complets de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/SIDA dans toutes les régions du pays. Plus de 100 partenaires et sous-partenaires bénéficient de l'assistance financière et technique du PEPFAR, permettant ainsi d'obtenir des résultats significatifs : le traitement grâce aux antirétroviraux de plus de 36 300 personnes, les services de soins palliatifs à plus de 44 000 personnes et la prise en charge et le soutien de plus de 24 000 orphelins et autres enfants vulnérables* » (le Conseil souligne), le Conseil observe que la requérante souffre de nombreuses pathologies, et que son traitement médicamenteux ne se compose pas uniquement d'antirétroviraux (*supra*, point 4.2). Dès lors, si l'accès aux antirétroviraux est totalement gratuit depuis 2008, il n'en est pas de même des autres composantes du traitement médicamenteux de la requérante.

De plus, le fonctionnaire médecin indique qu' « *Il existe également en Côte d'Ivoire des assurances-maladies privées qui couvrent aussi bien les soins ordinaires que les coûts d'hospitalisation moyennant une petite contribution du patient. Et rien n'indique que les assurances privées vont lui exiger des primes prohibitives parce que sa maladie est déjà présente et aucun examen ou diagnostic de l'état de santé du client n'est exigé avant la souscription d'une assurance. L'intéressée pourrait s'inscrire à l'une de ces structures et bénéficier des services qui lui seront offerts* ». A ce sujet, le Conseil observe que le document auquel se réfère le médecin fonctionnaire, *Retourner en CÔTE D'IVOIRE – Fiche de pays, Document rédigé dans le cadre du projet « Approche renforcée et intégrée relative à l'information sur le retour et la réintégration dans le pays d'origine – IRRICO II » de l'Organisation Internationale pour les*

*Migrations*, précise que « Le développement d'arrangements d'assurance maladie sociaux et privés est toujours faible et couvre seulement 10 % de la population en moyenne. Environ 30 sociétés d'assurances privées offrent l'assurance maladie avec une large variété de conditions d'accès et des contributions. Les primes sont généralement payées par les entreprises qui récupèrent la partie des primes de leurs salariés, selon les services couverts, mais il est possible de souscrire aussi comme l'auto-employeur. Ils sont généralement entre 150 et 300 mille francs CFA par an (le 230€ - le 460€) et les services vous couvre [sic] depuis les soins ordinaires jusqu'aux coûts d'hospitalisation, d'habitude avec une petite contribution du patient ». Dès lors, outre le fait que le développement de ces assurances privées est faible et que leurs primes sont souvent payées par les employeurs, cette seule possibilité ne suffit pas à établir l'accessibilité des soins de la requérante dans son pays d'origine, dès lors que l'affirmation selon laquelle « rien n'indique que les assurances privées vont lui exiger des primes prohibitives parce que sa maladie est déjà présente et aucun examen ou diagnostic de l'état de santé du client n'est exigé avant la souscription d'une assurance » n'est nullement étayée.

En outre, si l'avis du fonctionnaire médecin précise également que « Depuis la mi-avril 2011, le gouvernement [Ivoirien] a instauré une politique de gratuité des soins et des prestations. Malgré les insuffisances de cette politique, le taux de fréquentation des centres de santé a connu une croissance exponentielle », il reconnaît par là-même les insuffisances de cette politique. En conséquence, le Conseil estime que cette motivation n'est pas non plus de nature à établir l'accessibilité des soins de la requérante dans son pays d'origine.

Enfin, s'agissant de l'argument du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse selon lequel « Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (arrêt du CCE n°81574 du 23 mai 2013) », sans avoir à se prononcer en l'espèce sur la question de la disponibilité des soins en Côte d'Ivoire, le Conseil constate qu'il fournit une réponse générale usitée et limitée dans le cadre de l'article 3 de la CEDH, laquelle ne peut être considérée comme établie au vu de ce qui précède.

Le Conseil constate dès lors que la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, et donc de la première décision attaquée qui se réfère à celui-ci, ne permet pas valablement d'établir que les soins et traitements nécessaires seraient accessibles à la requérante dans son pays d'origine. Le Conseil précise à cet égard que la situation individuelle de la requérante et le système de soins de santé en Côte d'Ivoire doivent s'apprécier globalement, afin de déterminer si le suivi et le traitement dont elle a besoin sont accessibles au pays d'origine.

Partant, le Conseil estime que la première décision attaquée n'est pas suffisamment et adéquatement motivée.

4.5 Les considérations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne sont pas de nature à remettre en cause les développements qui précèdent.

En effet, celle-ci se contente, d'une part, d'affirmer que la première décision attaquée est suffisamment et valablement motivée et d'estimer que « [l]a requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait bénéficier de la gratuité du suivi et traitement ARV prévu par le gouvernement », de sorte qu'elle ne saurait être suivie en raison des considérations qui précèdent.

D'autre part, l'argumentation de la partie défenderesse selon laquelle « la requérante n'a invoqué aucune information qui démontrerait qu'elle n'aurait pas accès aux soins et suivis qui lui sont nécessaires en cas de retour en Côte d'Ivoire. C'est à la requérante d'établir à l'appui de sa demande 9ter que les soins qui lui sont nécessaires ne sont pas accessibles au pays d'origine, *quod non*, en l'espèce », n'est pas pertinente, étant rappelé que le fonctionnaire médecin exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine et qu'il en résulte que la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité d'un traitement adéquat dans le pays d'origine, ne pèse pas exclusivement sur le demandeur (en ce sens, C.E., 27 mars 2018, ordonnance n°12.768).

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

## **5. Débats succincts**

5.1 Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, en ce qu'elle vise la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, et rejetée, en ce qu'elle vise l'ordre de quitter le territoire (voir *supra* point 2.2.), il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5.2 La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour étant annulée, et la requête étant rejetée pour le surplus par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

#### **Article 1.**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 11 avril 2016, est annulée.

#### **Article 2.**

La demande de suspension, en ce qu'elle vise la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 11 avril 2016, est sans objet.

#### **Article 3.**

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

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

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

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT