



## Arrêt

**n°244 413 du 19 novembre 2020  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M.-P. DE BUISSERET  
Boulevard Bischoffsheim, 36  
1000 BRUXELLES**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration**

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

Vu la requête introduite le 11 juillet 2014, par X, qui déclare être de nationalité ivoirienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 13 février 2014 et notifiée le 11 juin 2014.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 25 septembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 10 novembre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me M. QUESTIAUX *loco* Me M. DE BUISSERET, avocat, qui comparaît assisté par la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 12 décembre 2009.

1.2. Le 14 décembre 2009, elle a introduit une demande de protection internationale, laquelle s'est clôturée négativement par l'arrêt du Conseil n° 45 326 prononcé le 24 juin 2010 et refusant d'accorder la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.3. Le 3 mars 2010, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable et ensuite rejetée par une décision du 8 mars 2012. Dans son arrêt n° 95 437 du 17 janvier 2013, le Conseil a rejeté le recours en annulation introduit à l'encontre de

cet acte suite au retrait de celui-ci le 26 septembre 2012. Le 22 octobre 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet. Dans son arrêt n° 121 061 prononcé le 20 mars 2014, le Conseil a également rejeté le recours en annulation introduit à l'encontre de cet acte suite au retrait de celui-ci le 16 janvier 2014.

1.4. Le 7 février 2014, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. En date du 13 février 2014, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« *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.*

*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 Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers la Côte d'Ivoire, pays d'origine de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 07.02.2014, (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 [à la requérante], 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 [de la requérante] à son pays d'origine.*

*Dès lors, le certificat médical fourni ne perm et pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lors qu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne .*

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

*Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressée du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».*

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

2.1. La partie requérante prend un deuxième moyen « *de la violation des article 9 ter et 62 de la loi du 15.12.1980, de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme du 4.11.1950, de la violation des principes généraux de bonne administration, de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation du principe général imposant à l'administration de statuer en prenant en cause l'ensemble des éléments pertinents du dossier, de la violation du principe général incombant à toute administration de respecter les principes de précaution, de prudence et de minutie, du défaut de motivation et de la violation des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29.7.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'excès de pouvoir* ».

2.2. Elle constate que « *La partie adverse estime le traitement et le suivi requis sont disponibles et accessibles en Côte d'Ivoire, de sorte qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour dans ce pays. La partie adverse estime que la maladie dont souffre la requérante n'entraîne pas un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine* ».

2.3. Dans une première branche, relative à la disponibilité des soins, après avoir relevé que « *L'Office des étrangers se fonde sur l'avis de son médecin conseil pour évaluer la disponibilité des soins médicamenteux et du suivi en Côte d'Ivoire* », elle développe qu'« *1. En ce qui concerne la disponibilité des médicaments, le dernier certificat médical du 15.9.2013 mentionne les médicaments nécessaires à*

la requérante (Darunavir, Ritonavir et Truvada). Le médecin conseil mentionne, dans le rapport sur lequel est fondé[e] la décision, que le darunavir peut être remplacé par de nombreux autres inhibiteurs de la protéase virale, disponibles en Côte d'Ivoire et l'association avec le ritonavir, un autre inhibiteur, peut également être remplacée par un autre médicament (lopinavir) également disponible en Côte d'Ivoire. Le ritonavir est disponible en Côte d'Ivoire, selon le rapport du médecin. Le rapport du médecin conseil mentionne ensuite que le ténofovir et l'emtricitabine, qui sont les principes actifs du truvada, sont disponibles en Côte d'Ivoire. Le médecin-conseil fonde ces affirmations sur la base du site internet [www.remed.org](http://www.remed.org). Sur cette adresse internet, la requérante accède à une liste de médicaments, non datée, qui se présente sous la seule forme d'une liste. Les médicaments cités par le médecin de la partie adverse apparaissent tous sur cette liste, mais aucune explication n'est donnée sur cette liste. Il n'est pas possible d'obtenir plus d'informations sur chaque médicament (puisqu'il n'est pas possible de 'cliquer' sur le nom de l'un des médicaments de la liste), afin de vérifier par exemple qu'il est bien en vente en Côte d'Ivoire. Il n'est nullement mentionné sur cette page ou ailleurs sur le site que la liste qui figure sur ce site correspond aux médicaments disponibles en Côte d'Ivoire. La dernière colonne du document comporte des lettres, A, B, C, D, E, parfois en association entre elles. Aucune légende n'est fournie, de sorte qu'il est impossible d'interpréter la signification de ces lettres. La liste est non-datée, certes, mais en outre, rien n'explique la source de cette liste, et à quoi correspond l'appellation 'médicaments essentiels' : sont-ce les médicaments qui devraient être disponibles en Côte d'Ivoire parce qu'ils sont le minimum qu'un pays bien achalandé en médicament doit pouvoir proposer à la vente ? [O]u sont-ce les médicaments effectivement en vente en Côte d'Ivoire ? Et dans cette seconde hypothèse, sont-ils en vente partout ? [T]oute l'année ? [L]es ruptures de stocks sont-elles évitées et évitables ? Cette liste, telle qu'elle est présentée et sans explications, ne permet pas de garantir la disponibilité des soins en Côte d'Ivoire. 2. De manière plus générale, en ce qui concerne les médicaments, la requérante souligne que ses médecins ont décrit avec précision le traitement qu'elle reçoit en citant les médicaments prescrits en Belgique. Le médecin-conseil mentionne des molécules ou autres médicaments mais rien ne permet de comprendre ce qui autorise le médecin-conseil à remplacer les médicaments par leurs molécules et, plus fondamentalement encore, rien ne permet de s'assurer que la substitution des médicaments par ces molécules est bien exacte. Il convient à tout le moins que le médecin-conseil puisse renvoyer à des sources indiquant les concordances entre les molécules et les médicaments pour que la requérante, qui n'est pas médecin, puisse vérifier que l'examen de la disponibilité des médicaments ait été effectué conformément aux principes de bonne administration. La simple preuve de disponibilité d'une molécule n'est pas suffisante lorsque le remplacement d'un médicament par une molécule n'est pas [autorisé] par une source objective, produite au dossier administratif. Ce type de considérants relèverait le cas échéant de l'appréciation d'un médecin spécialisé en médecine infectieuse ce qui n'est pas le cas du médecin conseil de l'Office des étrangers. 3. Ensuite, le rapport du médecin-conseil précise que « de toute manière, de nombreux autres antirétroviraux de toutes les classes thérapeutiques usuelles sont disponibles en Côte d'Ivoire ». Cette affirmation n'est soutenue par aucun document objectif ou référence sur internet. Cette affirmation est lapidaire. Il convient que le médecin-conseil précise de quels médicaments il s'agit, et puisse affirmer que ces médicaments conviennent à la requérante (ce qui dans l'absolu paraît impossible sans l'avoir examinée). De plus, cette affirmation lapidaire contrecarre totalement les affirmations de la requérante qui par courrier complémentaire à sa demande de séjour initiale, envoyé le 13.6.11, selon lesquelles seulement 41,2 pct des malades reçoivent un traitement antirétroviral, que ces médicaments sont fréquemment en rupture de stock. De plus le document joint en annexe à ce courrier précise que les femmes enceintes qui reçoivent un traitement pour réduire le risque de transmission mère-enfant est de 43,7 pct seulement. Ce chiffre traduit certes une amélioration mais démontre encore la faible prise en charge. La partie adverse dans son argumentaire ne répond pas à ces affirmations alors qu'elles se fondent sur des documents issus de sources reconnues (ONUSIDA et OMS). 4. Le médecin-conseil estime ensuite qu'une prise en charge par des médecins spécialistes en maladies infectieuses sont disponibles en Côte d'Ivoire, le suivi biologique est également disponible. Il existe des hôpitaux et cliniques, y compris des unités de soins intensifs. Le médecin conseil cite à l'appui de cette affirmation, divers sites internet, qui sont examinés ci-après. - Le site [www.mlsida.gouv.ci](http://www.mlsida.gouv.ci). Ce site décrit en effet un programme de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire mais il s'agit uniquement d'un descriptif théorique, décrivant les objectifs d'un tel programme (initié par l'ONU) et les organes publics ivoiriens mobilisés pour ces objectifs, objectifs qui sont par ailleurs détaillés. Le site se présente plutôt comme une déclaration d'intentions et d'objectifs à atteindre, avec les moyens institutionnels mis en oeuvre à ces fins. Pourtant, il n'existe aucune donnée concrète sur ce site sur le fonctionnement effectif de ce programme, sur les réalisations et améliorations apportées et surtout sur l'effective prise en charge des malades du SIDA. Le rapport le plus récent publié sur ce site émane de l'UNGASS(ONUSIDA) et date de 2010. Les « chiffres du SIDA » publiés sur le site ne renseignent pas sur la prise en charge et datent de 2009. Ces rapports et données chiffrées datent manifestement de l'époque avant la crise politique

majeure de 2010, à laquelle suivi un changement de gouvernement. Une actualisation du site est donc hautement souhaitable quant aux données chiffrées. - Le site [www.unicef.org](http://www.unicef.org) Ce site mentionne des centres ivoiriens travaillant en collaboration avec l'Unicef, mais le témoignage date du 2.1.2009, soit il y a près de 5 ans et demi. Rien n'indique que la collaboration avec l'Unicef est toujours active, ou que les centres mentionnés dans cet article sont encore existants. Une référence datée de plus de 5 ans doit être considérée comme obsolète. Et même, l'existence de quelques centres en Côte d'Ivoire ne permet pas de garantir un accès effectif aux soins de n'importe quel malade du SIDA en Côte d'Ivoire. - Le site [www.grandir.sidaction.org](http://www.grandir.sidaction.org) Ce site concerne uniquement le suivi des enfants infectés. Le rapport est certes fouillé mais le public-cible n'est manifestement pas l'adulte. La requérante ne peut donc pas se voir appliquer ce rapport. - Le site [www.cliniquemedicaledanga.com](http://www.cliniquemedicaledanga.com) Ce site présente une clinique, qui dispose de médecins spécialistes, d'un bloc opératoire, d'une unité de prise en charge urgente, de chambres d'hospitalisation... Le nombre de lits et la capacité de prise en charge de la clinique ne figurent pas sur le site mais au vu des photos, il est difficile d'affirmer qu'il s'agit de l'hôpital principal de la Côte d'Ivoire capable d'absorber la prise en charge de n'importe quel malade du SIDA en Côte d'Ivoire. La clinique se présente elle-même comme étant « au départ un Centre d'Hémodialyse traitant les maladies du Rein, elle s'est développée très rapidement en trois ans, en une Clinique pluridisciplinaire, fonctionnant sur un mode 24h/24 ». Il s'agit donc manifestement d'une petite clinique privée, capable certes de prendre en charge de manière correcte les malades qui s'y présentent, mais sans que cette clinique ne puisse être considérée comme étant emblématique d'un suivi pour tous les malades du SIDA en Côte d'Ivoire. - Le site [www.lespagesjaunesafrique.com/societes/cote-d-ivoire/cliniques-hopitaux/](http://www.lespagesjaunesafrique.com/societes/cote-d-ivoire/cliniques-hopitaux/) Ce site se présente comme un annuaire reprenant une série d'hôpitaux, de diverses spécialités. Rien n'indique que l'annuaire est exhaustif et il est impossible de détecter les centres de référence SIDA dans la liste proposée. Le site des 'pages jaunes' se présente en outre manifestement comme un site à visée commerciale, où seules figurent les cliniques ayant payé une redevance au site. Il ne s'agit pas d'un site destiné à l'information, créé par un organe officiel ou à tout le moins, reconnu comme étant fiable et dénué de but lucratif.

5. Le rapport renvoie également à la base de données MedCOI et précise que « des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère neerlandais de l'intérieur et des relations au sein du Royaume (...) ». La requérante relève, quant à cette base de données, qu'elle n'est pas accessible au grand public et que donc les informations déposées au dossier administratif ne sont pas vérifiables puisqu'un mot de passe est nécessaire pour entrer sur la base de données. Plus fondamentalement encore, il ressort des informations dispensées par la partie adverse dans le rapport médical que les médecins locaux travaillant au pays d'origine donc, sont engagés par l'Office des conseillers médicaux, qui relève d'un Ministère neerlandais. Il s'en déduit donc que la présence de ces médecins dépend uniquement de la pérennité d'un projet financé par un pays tiers. En soi donc, il ne peut être affirmé que des médecins ivoiriens sont présents sur place de manière durable et générale.

6. Le rapport médical précise ensuite que « notons l'existence du programme PAC-ci dont fait partie le Ministère de la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire a établi un programme national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et si nécessaire, une prise en charge pédiatrique est disponible en Côte d'Ivoire (voir le 'Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant') ». Le document précise que « Le programme « Pac-ci/site ANRS de Côte d'Ivoire » a été ouvert en 1994, puis formalisé en 1996 par convention entre le Ministère ivoirien de la Santé, le Ministère ivoirien de l'Economie et des Finances, le Ministère français de la Coopération et l'ANRS. Cette convention fondatrice fixait deux objectifs : (i) la formation du personnel de santé à la recherche médicale sur le VIH/SIDA ; (ii) la mise en oeuvre de recherches médicales sur le VIH/SIDA dont les résultats soient rapidement utiles aux personnes affectées par la maladie ». Et, « L'équipe Pac-ci, site ANRS de Côte d'Ivoire, a été créée (sic) en 1996 pour développer une recherche sur l'infection par le VIH qui soit utile à la population et pour former de jeunes professionnels de santé à la recherche médicale. Depuis sa création, l'équipe Pac-ci a publié 244 articles, encadrés 50 étudiants en Master et 21 en thèse de sciences, donné naissance à des grands programmes de soins dans lesquels sont maintenant suivis des dizaines de milliers de personnes infectées par le VIH, et noué un nombre croissant de collaborations nationales et internationales. Ses axes de recherche historiques sont « l'amélioration de la prise en charge des adultes infectés par le VIH », et « la réduction de la transmission de la mère à l'enfant du VIH ». Sur ces deux axes, des résultats importants ont été obtenus et ont été à la base de recommandations opérationnelles de l'OMS. Un troisième thème, « amélioration de la prise en charge des enfants infectés par le VIH », s'est récemment ajouté aux deux autres. Sur ces trois thèmes, les outils ont d'abord été cliniques, épidémiologiques et biologiques, puis se sont ouverts à l'économie, la sociologie, l'anthropologie et la modélisation. Une génération de jeunes chercheurs ivoiriens a été formée, qui sont maintenant en thèse ou en post-doc, dirigent les nouveaux projets et prennent une part de responsabilité croissante dans la direction de l'équipe. Cette génération de jeunes cadres a permis à l'équipe Pac-ci de traverser la période de crise politique des années 2002-2011 en continuant à se

développer. Pac-ci représente une expérience originale de partenariat bi-national qui a réussi à s'inscrire dans la durée [grâce] à une capacité d'adaptation et d'innovation. Cette expérience de partenariat ouvre des perspectives intéressantes dans le domaine de la collaboration internationale en matière de recherche sur les maladies infectieuses ». Il s'agit d'un programme de recherche, large et ambitieux, manifestement bien soutenu et financé mais les recherches présentées sont théoriques, concernent l'efficacité des traitements, la valeur de certains tests de dépistage... Ce rapport ne permet donc manifestement pas de conclure que la prise en charge concrète et effective des malades du SIDA est possible en Côte d'Ivoire. Ce rapport n'a pas vocation à présenter de manière exhaustive l'offre de soins pour les malades du SIDA en Côte d'Ivoire ». Elle conclut qu' « Il est donc impossible d'affirmer, à la lecture des documents déposés, que tout le traitement requis est disponible en Côte d'Ivoire ou que des médecins spécialistes et des [hôpitaux] pourront prendre la requérante en charge de manière certaine. Les motifs développés dans les points 1 à 6 ci-dessus permettent de tirer les conclusions suivantes. La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et un excès de pouvoir. Elle viole de même les principes généraux de bonne administration et ceux qui font obligation à l'administration de respecter les principes de précaution, de prudence et de minutie. Elle ne prend pas en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier. La motivation de la décision litigieuse n'est donc pas pertinente et viole les articles 1, 2 et 3 de la loi du 29.7.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et l'article 62 de la [Loi]. L'article 9 ter de la [Loi] et également violé, en ce qu'il convenait de constater que la requérante ne peut être soignée au pays d'origine, parce que les soins nécessaires ne sont pas disponibles, et que dès lors, la maladie dont elle souffre risque d'entraîner un traitement inhumain et dégradant en cas de retour en Côte d'Ivoire. L'article 3 CEDH est également violé. Il n'est nullement établi par la partie adverse que le suivi médical et la traitement médicamenteux existe de manière satisfaisante en Côte d'Ivoire. Dès lors, la partie adverse n'a pas motivé la décision litigieuse de manière adéquate. La disponibilité du suivi nécessaire n'est pas rapportée ».

2.4. Dans une deuxième branche, ayant trait à l'accessibilité des soins, elle argumente « 1. Le rapport médical sur lequel se fonde la décision litigieuse fait état de ce que les antirétroviraux sont gratuits depuis 2008 et que depuis, le nombre de personnes recevant un traitement augmente depuis lors. La prise en charge est également gratuite. L'offre de prise en charge globale augmente, passant en quelques années de 359 à 477. Le rapport médical se fonde sur le site [www.unaids.org](http://www.unaids.org) qui renvoie à un rapport de mars 2012. Il appelle les commentaires suivants. Il ressort de ce rapport que 450 000 personnes sont infectées du VIH en 2012. En 2011, 89 410 personnes ont eu accès aux antirétroviraux. La requérante souligne donc qu'à peine un quart des malades du SIDA en Côte d'Ivoire ont bénéficié des médicaments gratuits. Rien n'est écrit dans le rapport sur les trois quart restant. L'épidémie se féminise et le taux de prévalence de la transmission mère-enfant est élevée. En 2010, un peu moins de la moitié des femmes infectées ont reçu des antirétroviraux pour limiter les risques de transmission de la maladie à l'enfant. Les centres de prévention de la transmission mère-enfant sont en augmentation mais encore inégalement répartis. Le [nombre] de sites offrant une prise en charge globale est en augmentation mais pourtant le document relate que le nombre de personnes éligibles sous traitement s'élève à 89 410 en 2011. La partie adverse ne semble pas relever, comme l'a fait la requérante ci-dessous, que cela porte seulement à un quart le nombre de personnes recevant des antirétroviraux... Dans ce contexte, le document remarque que « Bien que les ARV soient gratuits en Côte d'Ivoire, beaucoup d'efforts restent à faire pour l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. Des efforts doivent également être faits pour améliorer la qualité des services de prise en charge, pour réduire le nombre de perdus de vue et pour prévenir les ruptures de stock des ARV afin d'atteindre les cibles de l'accès universel » (p. 25 et 26 du document). De même, alors que la partie adverse fait grand cas des centres de prise en charge, le document relate que : « Des faiblesses ont été identifiées lors de l'élaboration du PSN 2011-2015 au niveau du traitement. Il s'agit notamment de la faible qualité des services qui constitue un frein à la fréquentation des structures de prévention et de prise en charge. Cette faiblesse est due entre autres à la démotivation du personnel médical et para médical, ainsi qu'à l'insuffisance des infrastructures et au manque d'équipements » (p. 32, voir aussi p. 37). Ainsi, la partie adverse n'a lu le document sur lequel elle se fonde pourtant que de manière très partielle et n'en a tiré que des conclusions lacunaires. Une lecture globale et entière de ce document permet de relativiser les conclusions qu'en tire la partie adverse. Il est clairement établi à la lecture de ce document que le traitement gratuit par antirétroviraux est loin d'être généralisé, que l'offre de prise en charge globale n'est pas encore suffisamment efficace et que l'ensemble des services examinés est affecté de faiblesses diverses qui en réduisent la qualité du soin. La gratuité et la généralisation des soins et de la prise en charge en Côte d'Ivoire n'est pas celle que dépeint la partie adverse, qui ne dit rien des ruptures de stocks, pourtant avérées. 2. La partie adverse estime plus loin que à Abidjan tous les médicaments peuvent être trouvés dans les pharmacies et coûtent un tiers de plus qu'en Europe. Les médicaments sur lesquels on se rabat sont ceux vendus en rue et sources de nombreuses maladies.

Toujours selon la partie adverse, les antirétroviraux sont gratuits. Ces informations proviennent du site [www.irrico.belgium.iom.int](http://www.irrico.belgium.iom.int). Or, à la lecture du document rapport de l'UNAIDS déposé par la partie adverse (examiné sous le point 1), l'accès aux antirétroviraux gratuits n'est pas globalisé. Ce point a déjà été détaillé ci-dessus. Dès lors, la proportion de malade (trois quart!) qui n'ont pas accès à ces médicaments gratuits...sont dans la situation précisément décrite par la partie adverse et qui s'appuie sur le document IRRICO. Ainsi, les trois quart des malades du SIDA en Côte d'Ivoire risquent de devoir se fournir en rue, sources de maladies. Ainsi, la partie adverse ne conteste pas l'existence d'un marché noir du médicament en Côte d'Ivoire, et ne conteste pas les conséquences désastreuses de ce système (document IRRICO à l'appui). Elle dépose des informations (rapport UNAIDS examiné ci-dessus) desquelles il ressort clairement que tous les malades du sida n'ont pas accès aux antirétroviraux et par déduction, que la partie adverse omet soigneusement de faire, il apparaît que certains malades devront s'approvisionner au marché de rue. 3. La partie adverse relève que la requérante est en âge de travailler, et que rien n'indique une quelconque impossibilité d'accéder au marché de l'emploi. La partie adverse relève en outre que la requérante a travaillé 'en tant que commerçante' et que donc elle serait capable « de retrouver un poste similaire afin de prendre en charge ses soins de santé ». Il ne suffit pas de constater que la requérante est en âge de travailler et qu'elle pourrait se procurer des ressources en cas de retour au pays d'origine. Il faut encore en examiner la faisabilité et surtout, examiner la rémunération que ce type de travail procure. En effet, le fait qu'elle ait déjà travaillé comme commerçante n'est pas un gage de ce qu'au pays elle trouvera un emploi. L'Office des étrangers s'appuie sur la simple déclaration que la requérante a faite à l'époque au Commissariat général, où elle expliquait qu'elle a été commerçante. La requérante s'étonne du recours aux informations contenues dans la demande d'asile. Commissariat général et Office des étrangers sont censées être des administrations indépendantes et le Commissariat général garantit la confidentialité des données reçues dans le cadre de la demande d'asile. Les données collectées par la partie adverse auprès du Commissariat général doivent être écartées. Quoi qu'il en soit, lorsque la requérante indique avoir été commerçante, il convient de donner à ce qualificatif la portée qu'il revêt réellement : elle était vendeuse de chaussures sur un marché d'Abidjan. Cette activité était une activité exercée sur le marché parallèle de l'emploi et lui permettait tout juste de survivre. Il s'agit plutôt d'une « débrouille organisée » qu'un travail pratiqué dans le cadre d'un contrat de travail et qui ouvre le droit aux prestations sociales ou qu'un travail rémunérateur permettant, outre de survivre, de prendre en charge des soins tels que ceux nécessaires à un patient malade du SIDA ! Il appartient à la partie adverse d'effectuer un examen concret de la situation : quel est le coût de la vie en Côte d'Ivoire ? Quelle proportion d'un menu salaire de petite vendeuse 'à la sauvette' sur un marché peut être consacré aux soins de santé ? Est-ce suffisant pour prendre en charge le cout de soins de santé liés à l'infection VIH ? Autant de questions auxquelles la partie adverse ne répond pas, alors qu'elles sont pourtant fondamentales dans le cadre d'un examen concret et complet du dossier de la requérante. Au mieux, il appartenait à l'Office des étrangers de se fournir des informations sur les activités commerciales de la requérante au pays d'origine. Aucun texte légal n'interdit à l'Office des étrangers de solliciter un complément d'informations lorsqu'il est nécessaire. L'office des étrangers qui déduit d'une simple réponse donnée au Commissariat général que la requérante a déjà travaillé au pays et pourra travailler en cas de retour, et pourra prendre en charge ses soins de santé, commet donc une erreur manifeste d'appréciation. L'Office des étrangers formule une conclusion hâtive fondée sur des éléments épars et non confrontés à la réalité concrète de la requérante au pays d'origine ». Elle conclut que « Les documents déposés par la partie adverse ne permettent nullement d'affirmer que l'accessibilité des soins est garantie en Côte d'Ivoire pour la requérante. La partie adverse fait des documents qu'elle dépose un examen parcellaire et lacunaire. Elle n'examine en outre pas concrètement la situation de la requérante en cas de retour. Elle viole de manière manifeste les principes généraux de bonne administration faisant obligation d'examiner l'ensemble des éléments pertinents d'un dossier, plus encore lorsqu'il s'agit des documents qu'elle dépose elle-même et ceux faisant obligation à l'administration d'examiner un dossier de manière diligente et prudente. En tout état de cause donc, la décision est mal motivée et viole l'article 62 de la [Loi]. La décision est motivée de manière non adéquate et non pertinente, en violation des articles 1 à 3 de la loi du 29.7.1991 ».

2.5. Elle conclut de manière générale que « La disponibilité et l'accessibilité des soins n'étant pas établie, la partie adverse aurait [dû] octroyer à la requérante un titre de séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980. A défaut de ce faire, la partie adverse viole l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980 et l'article 3 de la CEDH. Elle viole les principes généraux de bonne administration qui imposent à l'administration d'examiner un dossier en tenant compte des principes généraux de prudence et de précaution » et que « La requérante estime que les moyens sont sérieux ».

### 3. Discussion

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

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 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport 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 9 *ter* précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle 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).

3.2. Le Conseil remarque que dans le cadre d'une actualisation datée du 13 juin 2011 de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt, la requérante s'est, entre autres, prévalu spécifiquement de fréquentes ruptures de stock du traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire et a annexé des extraits d'un rapport à cet égard.

3.3. Le Conseil observe ensuite que la décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 7 février 2014 dont il ressort, en substance, que la requérante est atteinte d'une pathologie pour laquelle le traitement et le suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. S'agissant de la « *Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine* », le médecin-conseil de

la partie défenderesse a indiqué que « 1- Sans nuire à la santé de la requérante, le darunavir, inhibiteur de la protéase virale, peut être remplacé par d'autres inhibiteurs de la protéase virale (lopinavir, atazanavir, nelfinavir) et l'association darunavir/r peut être remplacée par le lopinavir/r qui est disponible en Côte d'Ivoire ; le ritonavir, un autre inhibiteur de la protéase virale est également disponible en Côte d'Ivoire. 2- Le ténofovir, et l'emtricitabine, sont les principes actifs du Truvada ; ils sont disponibles en Côte d'Ivoire. Voir information des sites : [www.remed.org/Cotedivoire\\_liste\\_medicamentsessentiels\\_cotedivoire](http://www.remed.org/Cotedivoire_liste_medicamentsessentiels_cotedivoire) <http://www.psp.ci/produitclasse.asp?idclasse=30> De toute manière, de nombreux autres antirétroviraux de toutes les classes thérapeutiques usuelles sont disponibles en Côte d'Ivoire. 3- Notons qu'une prise en charge par des médecins spécialisés en maladies infectieuses, y compris dans la prise en charge des malades infectés par le VIH et des gynécologues sont disponibles en Côte d'Ivoire. D'autre part le suivi biologique de la charge virale et des lymphocytes TCD4 est disponible en Côte d'Ivoire. Des hôpitaux et des cliniques (+soins intensifs) sont disponibles en Côte d'Ivoire (voir l'exemple de la Clinique Danga). Voir Information dans la base de données MedCOI : des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume du 09.06.2012, du 15.06.2012, et du 24.09.2013 avec respectivement les numéros de référence unique BMA-4130 et BMA 4141 et BMA-5033. 4- Notons l'existence du programme PAC-ci dont fait partie le Ministère de la Lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire qui a établi un programme national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et si nécessaire, une prise en charge pédiatrique est disponible en Côte d'Ivoire (voir le 'Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant'). Voir Informations du site : <http://www.mlsida.gouv.ci/index.php/faq> [http://www.unicef.org/french/aids/cotedivoire\\_46993.html](http://www.unicef.org/french/aids/cotedivoire_46993.html) [http://www.grandir.sidaction.org/ressources/outils\\_pratiques/guide.\\_prise\\_en\\_charge\\_vih\\_enfant.pdf](http://www.grandir.sidaction.org/ressources/outils_pratiques/guide._prise_en_charge_vih_enfant.pdf) <http://www.cliniquemedicaleDanga.com/index-1.html> <http://www.lespagesjaunesafrique.com/societes/cote-d-ivoire/cliniques-hopitaux/> Il s'en suit qu'il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des [soins dans] le pays d'origine, en Côte d'Ivoire ». Quant à l'« Accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine », le médecin-conseil de la partie défenderesse a mentionné que « En Côte d'Ivoire, beaucoup d'efforts ont été réalisés ces dernières années pour accélérer la décentralisation du traitement par antirétroviraux. Le gouvernement a rendu les ARV gratuits depuis 2008. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral gratuit augmente significativement depuis. La Côte d'Ivoire a également opté pour la gratuité de la prise en charge (conseil et dépistage, PTME, bilans biologiques, ...) De plus on note un renforcement et un accroissement de l'offre de service de prise en charge globale. En ce qui concerne le nombre de sites offrant des prises en charge, il est passé de 359 en 2008 à 477 en 2010. A Abidjan tous les médicaments peuvent être trouvés dans les pharmacies, ils coûtent environ 30 % de plus qu'en Europe. Alors on se rabat sur les médicaments vendus dans les rues, sources de nombreuses maladies. Pour le Paludisme: des traitements génériques sont disponibles. Pour le VIH/SIDA : les ARV sont gratuits. Étant donné que, rien ne démontre au dossier et qu'aucun élément médical n'indique que l'intéressé[e] serait dans l'incapacité de travailler, qu'[elle] est en âge de travailler et que rien ne démontre qu'[elle] serait exclu[e] du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressé[e] peut trouver un emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressé[e] ne peut pas subvenir [elle]-même aux frais nécessaires de sa maladie. De plus, l'intéressée a déclaré, dans sa demande d'asile, avoir travaillé en tant que commençaute en Côte d'Ivoire. Celle-ci pourrait donc retrouver un poste similaire afin de prendre en charge ses soins de santé. Les soins sont donc accessibles. [...] Il s'en suit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des [soins dans] le pays d'origine, en Côte d'Ivoire ».

A considérer que les informations figurant dans l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse attestent de la disponibilité de tous les médicaments requis à la requérante en Côte d'Ivoire, le Conseil constate que ce dernier n'a toutefois nullement garanti la suffisance du stock de ceux-ci. Aucune information à cet égard ne figure non plus dans l'examen de l'accessibilité des soins et du suivi du pays d'origine. Or, comme rappelé ci-avant, dans le cadre d'une actualisation de sa demande d'autorisation de séjour, la requérante a insisté sur les fréquentes ruptures de stock du traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire, remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci.

Partant, en se bornant dans son avis à mentionner la disponibilité des médicaments nécessaires à la requérante en Côte d'Ivoire sans cependant fournir d'informations plus détaillées certifiant la suffisance du stock de ceux-ci, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas répondu à l'argumentation avancée à l'appui de la demande de la requérante.

Dès lors, en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 7 février 2014, la partie défenderesse a violé son obligation de motivation formelle.

3.4. Il résulte de ce qui précède que les deux branches du second moyen, ainsi circonscrites, sont fondées et suffisent à emporter l'annulation de la décision attaquée. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le premier moyen et le reste des deux branches du second moyen qui à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse ne répond aucunement à l'argumentation ayant mené à l'annulation de l'acte entrepris.

#### **4. Débats succincts**

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

4.2. L'acte attaqué étant annulé, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

##### **Article 1.**

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 13 février 2014, est annulée.

##### **Article 2.**

La demande de suspension est sans objet.

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

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

Mme S. DANDOY, greffier assumé,

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE