



Arrêt

n° 248 268 du 28 janvier 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NTAMPAKA
Place Jean Jacobs, 5
1000 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 le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 octobre 2015, par X, qui déclare être de nationalité nigériane, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 11 août 2015.

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'ordonnance du 10 novembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 2 décembre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me S. ISHIMWE *loco* Me C. NTAMPAKA, avocat, qui comparait avec la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *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 Le 12 juin 2006, la requérante a introduit une demande de protection internationale qui s'est clôturée par une décision confirmative de refus de séjour prise par le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides le 12 septembre 2006.

1.2 Suite à l'état de santé de la requérante, le délai d'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante subséquentement à la décision, visée au point 1.1, a été prorogé à plusieurs reprises et ce, jusqu'au 10 décembre 2007.

1.3 Par un courrier du 29 janvier 2008, la partie défenderesse a informé le bourgmestre de la commune de Molenbeek-Saint-Jean qu'elle « a décidé de ne plus proroger le délai d'ordre de quitter le [territoire de] sorte que le séjour n'est plus autorisé à partir du 11.12.2007 » et ce, après examen de la demande de prolongation de séjour pour motif médical. Le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a annulé cette décision dans son arrêt n°44 076 du 28 mai 2010.

1.4 Le 14 décembre 2009, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9bis 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), qu'elle a complétée le 4 juin 2010, le 2 décembre 2010, le 4 mars 2011 et le 12 avril 2011. Le 26 janvier 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la requérante.

1.5 Le 19 septembre 2012, la requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée le 14 janvier 2014 et le 20 février 2014. Le 29 octobre 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable et, le 28 avril 2014, a autorisé la requérante au séjour temporaire en Belgique, et ce jusqu'au 10 juin 2015.

1.6 Le 21 avril 2015, la requérante a sollicité la prolongation de son autorisation de séjour temporaire. Elle a déposé des documents le 1^{er} juillet 2015, suite à une demande de la partie défenderesse du 15 juin 2015.

1.7 Le 11 août 2015, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour de la requérante ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à son encontre. Ces décisions, qui ont été notifiées à la requérante le 23 septembre 2015, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour (ci-après : la première décision attaquée) :

« Le problème médical invoqué par [la requérante] ne peut être retenu pour justifier la prolongation du 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.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Nigéria.

Dans son avis médical rendu le 07.08.2015 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique qu'il y a une nette amélioration voire même une stabilisation de sa situation clinique. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles à la requérante.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n' y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'[a]rrêté [r]oyal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus 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 elle 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 Européenne 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 :

- *En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 11.08.15 ».*

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 à 3 de la loi relative à la motivation formelle des actes administratifs, « combinés aux principes de précaution, de prudence et de bonne administration » et de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : la CEDH), ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2 Dans une troisième branche, elle allègue notamment qu'« [e]n ce que la partie adverse affirme qu'il n'apparaît pas que l'intéressé [sic] souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent et sont accessibles au pays d'origine ». Elle fait des considérations théoriques sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et poursuit : « [q]ue les deux hypothèses se rencontrent dans le cas de la requérante; qu'actuellement la requérante est sous traitement pour VIH, maladie mal prise en charge dans les pays en voie de développement comme le Nigéria et que le renvoi de la requérante dans son pays présente un risque réel pour sa vie car il n'y a pas de traitements adéquats au Nigéria et ceux qui y sont disponibles sont très chers, donc inaccessibles pour la requérante, qui ne peut dans un pays sous-développé espérer trouver un travail lui permettant de répondre aux besoins quotidiens et aux besoins médicaux. Qu'il s'ensuit que le texte même de l'article 9ter 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. [...] Que le médecin de [la partie défenderesse] [...] se contente de décrire des situations hypothétiques pouvant permettre la requérante d'accéder au traitement de sa maladie. Qu'il les présente de la manière suivante « Notons aussi que [la requérante] est en âge de travailler (33ans), et rien, dans son dossier, ne prouve qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine. Elle peut donc rentrer, trouver du travail et financer ses soins médicaux ». « En plus, l'intéressée a vécu plus longtemps dans son pays d'origine avant de venir en Belgique. Rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité ; signalons, en passant, qu'elle affirme avoir été prise en charge par l'église méthodiste de sa communauté à la mort de son père(Demande d'asile du 12.06.2006), et rien ne prouve que cette communauté ne lui viendrait pas en aide en cas de nécessité ». Qu'à la lecture de ces deux affirmations du médecin de [la partie défenderesse], on arriverait plutôt à une conclusion selon laquelle la requérante n'a ou n'aura pas accès au traitement nécessaire à sa maladie; Qu'en disant « rien, dans son dossier, ne prouve qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine » ou « Rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité », le médecin de [la partie défenderesse] renverse la charge de la preuve alors que c'est à lui de prouver que la requérante a tissé de telles relations ou qu'elle aura du travail susceptible de subvenir aux besoins médicaux de sa santé dans son pays d'origine; Que, de plus, en invoquant que le Nigéria est bénéficiaire du programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA, le médecin de [la partie défenderesse] n'a pas précisé si ce programme est bel et bien opérationnel au Nigéria et à quel taux de couverture dans le pays, ou si tous les Nigériens porteurs du VIH bénéficient déjà de ce programme pour enfin arriver à une telle conclusion ou encore si le programme possède les 3 médicaments prescrits pour le cas pathologique de la requérante; Qu'au contraire, le National Center for Biotechnology Information (NCBI) signale dans son rapport que seulement 43,3 % de la population nigérienne ont accès aux prestations de service dans le secteur de la santé. Qu'en pareil cas, la requérante, en cas de son retour au Nigeria, serait projetée dans ces 56.7% des Nigériens qui n'ont pas accès aux soins de santé alors que sa maladie est mortelle et incurable. Elle mourrait certainement.

Qu'ainsi, la motivation de la décision attaquée partielle telle que démontrée ci-dessus et n'est pas adéquate au regard de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la [loi du 15 décembre 1980] ».

3. Discussion

3.1 Sur la troisième branche du moyen unique, ainsi circonscrite, le Conseil observe qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er} 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 ».

A cet égard, l'exposé des motifs de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prévoit que cette disposition concerne « les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour » (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, pp. 34-35).

Le Conseil rappelle également qu'aux termes de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, « L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire ».

En vertu de l'article 13, § 3, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « Le ministre ou son délégué peut donner l'ordre de quitter le territoire à l'étranger autorisé à séjourner dans le Royaume pour une durée limitée, fixée par la loi ou en raison de circonstances particulières propres à l'intéressé ou en rapport avec la nature ou de la durée de ses activités en Belgique, dans un des cas suivants :

[...]

2° lorsqu'il ne remplit plus les conditions mises à son séjour;

[...] ».

L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de 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. A cet égard, le Conseil d'Etat considère que « l'exigence de motivation formelle d'un acte administratif est proportionnelle au caractère discrétionnaire du pouvoir d'appréciation de l'auteur de cet acte; qu'au plus ce pouvoir est large, au plus la motivation se doit d'être précise et doit refléter et justifier les étapes du raisonnement de l'autorité » (C.E., 6 février 2006, n° 154.549).

3.2.1 En l'espèce, le Conseil relève que, dans son avis, daté du 7 avril 2014, le fonctionnaire médecin a proposé l'octroi à la requérante d'une autorisation de séjour temporaire, au motif que « *In 2006 deed betrokkene een pulmonaire tuberculose die met quadrithérapie werd behandeld maar waarbij betrokkene de behandeling niet correct volhiel. Het was in 2006 dat de diagnose van HIV werd gesteld. In 2012 toen de CD4 33 bedroeg, deed betrokkene een veralgemeende/gedissemineerde tuberculose met aantasting van longen, digestief apparaat en ganglia die opnieuw werd behandeld met quadrithérapie. Betrokkene werd vanaf 29/05/2012 gehospitaliseerd tot en met 11/07/2012. In december 2012 doet betrokkene een cerebrale toxoplasma infectie met hersenabces. Betrokkene had op dat moment een CD4 van 3 en een virale lading van 244.000. Er was duidelijk sprake van NIET-correcte inname van antiretrovirale behandeling met ernstige immuunsuppressie. De toxoplasma infectie werd met antibiotica behandeld met Dalacin en Daraprim. Betrokkene bleef gehospitaliseerd tot en met eind januari 2013. Echter, na haar ontslag uit het ziekenhuis stopt betrokkene alle behandeling omdat ze een*

huidrash ontwikkelde. Hierdoor ontstonden meerdere hersenabcessen, verslechterde de AIDS infectie en ze werd opnieuw gehospitaliseerd voor algemene achteruitgang van 04/03/2013 tot 21/03/2013 waarna ze werd overgebracht naar een revalidatie-afdeling. Ze leed op dat moment ook aan een schimmelinfectie van de slokdarm waarvoor ze Diflucan nam. Dd. 02/2014 is betrokkene gestabiliseerd. De huidige antiretrovirale behandeling bestaat uit Prezista (=Darunavir=protease-inhibitor), Norvir (=ritonavir=protease inhibitor) en Truvada (=emtricitabine en Tenofovir). Verder neemt betrokkene Dalacin, Daraprim en Rescuvolin (=acide folique) tegen de cerebrale abcessen tgv de toxoplasma infectie. Er is geen actieve tuberculose meer. Dd. 13/02/2013 was de CD4 187 cellen per microliter, de virale lading bleef detecteerbaar op 1640 copies/ml. In de loop van 2013 nam betrokkene blijkbaar toch wel de medicatie op een correcte manier in met een algemene verbetering tot gevolg. Maar betrokkene lijdt toch nog steeds aan een immunodeficiëntie met een opportunistische infectie zijnde de cerebrale toxoplasma. Het is spijtig dat betrokkene meermaals op eigen houtje de antiretrovirale, de antituberculeuze als ook de anti-toxoplasma behandeling opschortte wat telkens aanleiding gaf tot ernstige immuundepressie en complicaties. Betrokkene is op dit ogenblik nog niet voldoende gestabiliseerd en er is nog steeds sprake van een niet-genezen opportunistische infectie zijnde de toxoplasmose waardoor het niet aangewezen is betrokkene op dit ogenblik naar haar herkomstland terug te sturen. Betrokkene kan zeker reizen. Er is geen enkele mantelzorg vereist. Een herkomstlandonderzoek werd nog niet uitgevoerd. De aandoening vormt een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene omwille van de ernst van de aandoening. Conclusie : De zieke lijdt op zodanige wijze aan een aandoening dat deze een reëel risico vormt voor het leven of de fysieke integriteit zodanig dat vanuit medisch oogpunt een terugkeer naar het herkomstland of land van verblijf niet aangewezen is voor de duur van één jaar » (traduction libre : « En 2006, l'intéressée a contracté une tuberculose pulmonaire qui a été traitée par quadrithérapie mais pour laquelle l'intéressée n'a pas suivi correctement le traitement. C'est en 2006 que le diagnostic du VIH a été posé. En 2012, alors que le CD4 s'élevait à 33, l'intéressée a fait une tuberculose généralisée/diffuse avec affection des poumons, de l'appareil digestif et des ganglions qui a été à nouveau traitée par quadrithérapie. L'intéressée a été hospitalisée du 29 mai 2012 jusqu'au 11 juillet 2012. En décembre 2012, l'intéressée a fait une toxoplasmose cérébrale avec abcès cérébral. À cette époque, l'intéressée avait un taux de CD4 à 3 et une charge virale de 244 000. De toute évidence, la prise d'un traitement antirétroviral avec une immunosuppression sévère n'était pas correcte. La toxoplasmose a été traitée par des antibiotiques, Dalacin et Daraprim. L'intéressée a été hospitalisée jusque fin janvier 2013. Cependant, après sa sortie de l'hôpital, l'intéressée a interrompu tout traitement parce qu'elle a développé un rash cutané. Cela a provoqué de multiples abcès cérébraux, aggravant l'infection par le sida, et elle a été de nouveau hospitalisée pour détérioration générale du 4 mars 2013 jusqu'au 21 mars 2013, après quoi elle a été transférée dans un service de réadaptation. Elle souffrait également à l'époque d'une infection fongique de l'œsophage pour laquelle elle prenait du Diflucan. En février 2014, l'intéressée se stabilise. Le traitement antirétroviral actuel se compose de Prezista (=Darunavir=inhibiteur de protéase), Norvir (=ritonavir=inhibiteur de protéase) et Truvada (=emtricitabine et ténofovir). En outre, l'intéressée prend du Dalacin, du Daraprim et du Rescuvolin (= acide folique) contre les abcès cérébraux dus à la toxoplasmose. Il n'y a plus de tuberculose active. Le 13 février 2013, le CD4 était de 187 cellules par microlitre, la charge virale restait détectable à 1640 copies/ml. Au cours de l'année 2013, l'intéressée a apparemment pris son traitement médicamenteux de manière correcte, ce qui a entraîné une amélioration générale. Cependant, l'intéressée souffre toujours d'une immunodéficiences avec une infection opportuniste qui est la toxoplasmose cérébrale. Il est regrettable que l'intéressée ait suspendu à plusieurs reprises son traitement antirétroviral, antituberculeux et antitoxoplasmique de son propre chef, ce qui a entraîné à chaque fois une immunodépression sévère et des complications. L'intéressée n'est pas encore suffisamment stabilisée et il existe toujours une infection opportuniste non résolue, à savoir la toxoplasmose, de sorte qu'il n'est pas conseillé de la renvoyer dans son pays d'origine pour le moment. L'intéressée peut voyager. Aucune précaution n'est requise. Une enquête sur le pays d'origine n'a pas encore été réalisée. L'affection présente un risque réel pour la vie de l'intéressée ou son intégrité physique en raison de sa gravité. Conclusion : L'intéressée souffre d'une affection telle qu'elle présente un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, de sorte que, d'un point de vue médical, un retour dans le pays d'origine ou de résidence n'est pas approprié pour une période d'un an »).

La première décision attaquée est quant à elle fondée sur un avis du fonctionnaire médecin du 7 août 2015, joint à cette décision, lequel indique notamment qu' « [e]n 2006 la concernée a fait une tuberculose pulmonaire qui a été traitée avec une quadrithérapie avec un problème de compliance de la part de la concernée. En 2012, affaiblie par l'infection au VIH, elle a fait une tuberculose disséminée.

Elle a été hospitalisée du 29/05/2012 jusqu'au 11/07/2012. Début 2015 le médecin traitant atteste que la tuberculose est en rémission et qu'elle n'est plus sous traitement pour cette tuberculose. Au niveau des poumons, il y a des remaniements pleuro-parenchymateux essentiellement séquellaires associés à des signes de bronchiectasie avec présence également de lésions parenchymateuses. Il s'agit de séquelles de la tuberculose qui n'évoluent pas c'est-à-dire qu'elles ne disparaîtront pas mais elles n'augmenteront pas non plus et il n'y a pas de traitement instauré. La tuberculose est guérie. En ce qui concerne les séquelles pulmonaires, elles n'ont pas besoin d'être traitées et elles n'ont pas d'impact fonctionnel. Un suivi annuel par un pneumologue peut être utile.

En 2006, elle a été diagnostiquée avec une infection au VIH. En 2012, un traitement a été instauré avec Prezista, Norvir et Truvada. En février 2014, le VIH était stabilisé mais la compliance au traitement n'était pas optimale avec des chutes des CD4 et de l'immunité. En février 2013, les CD4 étaient à 187 ce qui était encore trop bas, en février 2015 à 304 et en mai 2015 à 385. Je constate une évolution des CD4 c'est-à-dire de l'immunité qui est très favorable. A partir d'un taux de CD4 de 200 et plus, on parle d'une immunité suffisante et à partir de 200, le risque d'infections opportunistes est minime. La concernée ne prend donc plus de traitement prophylactique contre les infections opportunistes. La concernée mène une vie normale, elle fréquente une école. En date du 18.05.2015 son médecin traitant déclare que la concernée est « donc tout à fait stabilisée sous traitement » et il insiste pour qu'elle prenne ses médicaments à la même heure chaque jour afin d'éviter l'apparition de résistances. Il n'y a plus d'immunodéficience.

Je considère cette amélioration suffisamment radicale et durable.

- *Les CD4 sont remonté jusque 385, alors qu'ils étaient à 187 en 2013 donc l'immunité est bonne ;*
- *Les infections opportunistes sont guéries ; La toxoplasmose cérébrale est guérie. Il n'y a plus de traitement en cours avec des antibiotiques*
- *Plus de traitement prophylactique contre des éventuelles infections opportunistes ;*
- *Elle peut mener une vie normale, elle fréquente l'école ;*
- *Son état est tout à fait stabilisé dicit le médecin traitant ;*
- *Elle est au courant du fait qu'il est important qu'elle prenne ses médicaments à la même heure chaque jour afin d'éviter des résistances. Elle doit se montrer responsable dans la gestion de sa maladie. La durabilité de cet état tout à fait stabilisé avec évolution favorable dépend de sa propre motivation d'adhérer au traitement (ce qui veut dire une prise de médicaments tous les jours à la même heure).*

» et conclut à la disponibilité et l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi requis.

Le médecin conseil de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « Truvada (=emtricitabine+tenofovir) », de « Prezista (=darunavir) » et de « Norvir (=ritonavir) » et que la requérante doit faire l'objet d'un « [s]uivi par un médecin interniste ou infectiologue », d'un « [s]uivi dans un centre de référence avec laboratoire pouvant analyser le taux de CD4 et la charge virale », d'un « [s]uivi par un pneumologue », d'« imagerie avec Scanner, IRM » et d'un « [s]uivi par un gynécologue ».

3.2.2 Le Conseil estime que les constatations du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse développées dans son avis du 7 août 2015 ne démontrent pas à suffisance le changement radical et durable, allégué, des circonstances, quant à l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi requis au Nigéria, examen que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse n'avait pas jugé nécessaire d'effectuer, lors de l'autorisation de séjour octroyée à la requérante le 28 avril 2014.

3.2.3 S'agissant de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la requérante, l'avis du 7 août 2015 porte que : « Concernant l'accessibilité aux médicaments antirétroviraux au Nigeria, signalons que le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a lancé, en 2011, un nouveau cadre conceptuel, appelé Traitement 2015, pour accélérer l'action consistant à mettre 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral. Ce cadre conceptuel offre aux pays et partenaires des moyens à la fois pratiques et novateurs d'augmenter le nombre de personnes qui ont accès aux médicaments antirétroviraux. Ces médicaments permettent non seulement aux personnes atteintes du VIH de vivre plus longtemps et en meilleure santé, mais ils contribuent également à la prévention de nouvelles infections au VIH. Le cadre conceptuel met également en relief le besoin de s'assurer que les populations défavorisées les plus exposées bénéficient d'un accès équitable aux services de dépistage et de traitement du VIH.

<http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/Dressreleaseandstatementarchive/2013/iulv/2Q130713prtreatment>). Le Nigeria figure parmi les pays bénéficiaires de ce programme. L'intéressée peut donc rentrer au Nigeria et bénéficier de ce programme.

Notons aussi que [la requérante] est en âge de travailler (33 ans), et rien, dans son dossier ne prouve qu'elle serait exclue du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine. Elle peut donc rentrer, trouver du travail et financer ainsi ses soins médicaux.

En plus, l'intéressée a vécu plus longtemps dans son pays d'origine avant de venir en Belgique. Rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité ; signalons, en passant, qu'elle affirme avoir été prise en charge par l'Eglise Méthodiste de sa communauté à la mort de son père (Demande d'Asile du 12.06.2006), et rien ne prouve que cette communauté ne lui viendrait pas en aide en cas de nécessité.

L'intéressée invoque enfin la situation générale de son pays, affirmant que le Nigeria ne possède pas de traitement disponible pour son cas. Notons, toutefois, que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'une requérante dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Nigeria. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Nigéria. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38) ».

3.2.4 Le Conseil observe que, dans sa demande du 19 septembre 2012, la requérante a fait notamment valoir, que « Wat de beschikbaarheid of de "toegankelijkheid" van de medische zorgen in mijn herkomstland betreft, is het vanzelfsprekend dat deze farmacologische producten zeer moeilijk of niet te verkrijgen zijn in Nigeria. Voorlopig zou ik misschien nog kunnen werken en instaan voor mijn onderhoud, maar gezien het progressieve karakter van de ziekte, zal ik binnen enige tijd niet meer in staat zijn om te werken. Hoe zal ik dan mijn behandeling kunnen blijven betalen? Mocht de medische behandeling beschikbaar zijn in Nigeria, wat ik betwijfel, zou ik de behandeling toch niet kunnen bekostigen omdat ik niet voor mijn onderhoud zou kunnen blijven instaan. Deze feiten blijken duidelijk uit de bijgevoegde attesten. Er moet ook rekening gehouden worden met het feit dat de openbare ziekenhuizen in Nigeria in een zeer lamentabele staat zijn, zoals blijkt uit verschillende verslagen en websites van internationale organisaties. Er bestaan misschien in mijn land enkele goede privéziekenhuizen, maar deze zijn absoluut niet toegankelijk voor de gewone burger. De behandeling met de tritherapie heeft in de startfase goede resultaten opgeleverd, in de zin dat de evolutie van de ziekte even vertraagde. Uit de laatste onderzoeken blijkt wel dat de ziekte weer terrein gewonnen heeft. De specialisten hebben dan ook recent besloten om de behandeling aan te passen. Voor wat het verdere verloop van de ziekte betreft, is er geen zekerheid. De enige zekerheid is dat er tot op heden geen definitieve remedie gevonden is. Het is vanzelfsprekend dat ik voor de rest van mijn leven een medische behandeling zal moeten volgen. [...] Dagelijks moet ik zware medicatie innemen, waaronder zeer specifieke medicijnen. Deze behandelingen zijn misschien in Nigeria wel beschikbaar, maar dan aan onmogelijke prijzen » (traduction libre : « En ce qui concerne la disponibilité ou "l'accessibilité" des soins médicaux dans mon pays d'origine, il va sans dire que ces produits pharmacologiques sont très difficiles, voire impossibles à obtenir au Nigeria. Pour l'instant, je peux peut-être travailler et gagner ma vie, mais étant donné la nature progressive de la maladie, je ne pourrai plus travailler. Comment vais-je pouvoir payer mon traitement ? Si le traitement médical était disponible au Nigeria, ce dont je doute, je ne pourrais pas le payer parce que je ne pourrais pas subvenir à mes besoins. Ces faits ressortent clairement des attestations ci-jointes. Il faut également tenir compte du fait que les hôpitaux publics du Nigeria sont dans un état très lamentable, comme le prouvent divers rapports et sites web d'organisations internationales. Il existe peut-être de bons hôpitaux privés dans mon pays, mais ils ne

sont absolument pas accessibles au citoyen ordinaire. Le traitement par trithérapie a donné de bons résultats dans la phase initiale, en ce sens que l'évolution de la maladie s'est ralentie pendant un certain temps. Cependant, les derniers examens montrent que la maladie a de nouveau gagné du terrain. Les spécialistes ont donc récemment décidé d'adapter le traitement. Il n'y a aucune certitude quant à l'évolution future de la maladie. La seule certitude est qu'aucun remède définitif n'a été trouvé à ce jour. Il est évident que je devrai suivre un traitement médical pour le reste de ma vie. [...] Je dois prendre des médicaments lourds tous les jours, y compris des médicaments très spécifiques. Ces traitements peuvent être disponibles au Nigeria, mais à des prix impossibles à obtenir »).

Dans son actualisation du 14 janvier 2014, la requérante a en outre précisé que « Wat de beschikbaarheid of de "toegankelijkheid" van de medische zorgen in mijn herkomstland betreft, is het vanzelfsprekend dat deze farmacologische producten onmogelijk te verkrijgen zijn in Nigeria. Dat werd al zeer goed bewezen in mijn aanvraag tot machtiging tot verblijf dd. 19 september 2012 en in mijn schrijven dd. 12 juni 2013. Aangezien de ernst van mijn huidige medische toestand kan ik niet werken, noch instaan voor mijn onderhoud. En omwille van het progressief karakter van de ziekte, zal ik nooit meer kunnen werken. Hoe zal ik dan mijn behandeling kunnen blijven betalen? Mocht de medische behandeling beschikbaar zijn in Nigeria, wat ik betwijfel, zou ik de behandeling toch niet kunnen bekostigen omdat ik niet voor mijn onderhoud zal kunnen instaan. Er moet ook rekening gehouden worden met het feit dat de openbare ziekenhuizen in Nigeria in een zeer lamentele staat zijn, zoals blijkt uit verschillende verslagen en websites van internationale organisaties. Er bestaan misschien in mijn land enkele goede privéziekenhuizen, maar deze zijn absoluut niet toegankelijk voor de gewone burger. Voor wat het verdere verloop van de ziekte betreft, is er geen zekerheid. De enige zekerheid is dat er tot op heden geen definitieve remedie gevonden is. Meer dan waarschijnlijk zal ik voor de rest van mijn leven een medische behandeling moeten volgen. [...] Dagelijks moet ik zware medicatie innemen, waaronder zeer specifieke medicijnen. Deze behandelingen zijn misschien in Nigeria wel beschikbaar, doch zijn zij voor mij aldaar niet toegankelijk omwille van de onmogelijke prijzen » (traduction libre : « Quant à la disponibilité ou l'"accessibilité" des soins médicaux dans mon pays d'origine, il va sans dire que ces produits pharmacologiques sont impossibles à obtenir au Nigeria. Cela a déjà été très bien prouvé dans ma demande d'autorisation de séjour datée du 19 septembre 2012 et dans ma lettre du 12 juin 2013. Compte tenu de la gravité de mon état de santé actuel, je ne peux pas travailler ou subvenir à mes besoins. Et en raison de la nature progressive de la maladie, je ne pourrai plus jamais travailler. Comment vais-je pouvoir payer mon traitement ? Si le traitement était disponible au Nigeria, ce dont je doute, je ne pourrais pas payer le traitement parce que je ne pourrai pas subvenir à mes besoins. Il faut également tenir compte du fait que les hôpitaux publics du Nigeria sont dans un état lamentable, comme le prouvent divers rapports et sites web d'organisations internationales. Il existe peut-être de bons hôpitaux privés dans mon pays, mais ils ne sont pas du tout accessibles au grand public. Il n'y a aucune certitude quant à la manière dont la maladie va évoluer. La seule certitude est qu'aucun remède définitif n'a encore été trouvé. Il est plus que probable que je devrai suivre un traitement médical pour le reste de ma vie. [...] Je dois prendre des médicaments lourds tous les jours, y compris des médicaments très spécifiques. Ces traitements sont peut-être disponibles au Nigeria, mais ils ne m'y sont pas accessibles en raison des prix impossibles à payer »).

3.2.5 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 « [I]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, relatifs au coût de son traitement dans son pays d'origine et dès lors à son accessibilité financière.

En effet, le Conseil constate tout d'abord que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a conclu à l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi requis pour la requérante, sur base de l'hypothèse d'une aide « *en cas de nécessité* » des « *relations sociales* » tissées par la requérante dans son pays d'origine avant de venir en Belgique et de « *l'Église Méthodiste de sa communauté* » qui l'a aidée à « *la mort de son père* », sans aucune considération ni information quant au système de sécurité sociale dans ce pays.

En effet, le « *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)* », auquel il renvoie, est, selon ses propres termes, un « *nouveau cadre conceptuel [...] pour accélérer l'action consistant à mettre 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral. Ce cadre conceptuel offre aux pays et partenaires des moyens à la fois pratiques et novateurs d'augmenter le nombre de personnes qui ont accès aux médicaments antirétroviraux. [...]. Le cadre conceptuel met également en relief le besoin de s'assurer que les populations défavorisées les plus exposées bénéficient d'un accès équitable aux services de dépistage et de traitement du VIH* » (le Conseil souligne). Le seul fait que le Nigéria figure parmi les pays bénéficiaires de ce « *cadre conceptuel* » ne permet pas, en l'état actuel du dossier administratif, de s'assurer de l'accessibilité réelle du traitement médicamenteux nécessaire à la requérante, et ce, selon les différents certificats médicaux destinés au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers présents au dossier administratif, à vie.

De même, si le fonctionnaire médecin évoque que « *L'intéressée invoque enfin la situation générale de son pays, affirmant que le Nigeria ne possède pas de traitement disponible pour son cas. Notons, toutefois, que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'une requérante dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Nigeria. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Nigeria. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38)* » (le Conseil souligne), ce motif de son avis concerne, selon ses propres termes, la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la requérante, et non son accessibilité.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'aide « *en cas de nécessité* » des « *relations sociales* » tissées par la requérante dans son pays d'origine avant de venir en Belgique et de « *l'Église Méthodiste de sa communauté* » qui l'a aidée à « *la mort de son père* », le Conseil estime que le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse ne pouvait, dans son avis médical du 7 août 2015, raisonnablement déduire du seul fait que l'Église Méthodiste de sa communauté l'ait prise en charge au décès de son père ou que la requérante ait tissé un réseau social au Nigéria, que ceux-ci seraient à même de prendre financièrement en charge les coûts de son traitement médicamenteux et du suivi au Nigéria, lequel est prescrit « *à vie* », au regard des documents médicaux produits au dossier administratif. Le Conseil estime que la motivation du fonctionnaire médecin à cet égard n'est pas de nature à établir l'accessibilité des soins de la requérante dans son pays d'origine.

En outre, s'agissant de la prise en charge financière par la requérante elle-même et partant de sa capacité à travailler, s'il ressort du dossier administratif que la requérante mène une vie normale à l'heure actuelle, le Conseil précise à cet égard que la situation individuelle de la requérante et le système de soins de santé au Nigéria doivent s'apprécier globalement, afin de déterminer si le traitement médicamenteux et le suivi dont elle a besoin sont accessibles au pays d'origine dès lors qu'un emploi n'est pas nécessairement garant d'une accessibilité des soins. En conséquence, le Conseil estime que la motivation relative à la capacité de la requérante à travailler n'est pas non plus de nature à établir l'accessibilité des soins de la requérante dans son pays d'origine.

En tout état de cause, le Conseil estime que ni la référence à la solidarité ni celle à la capacité de la requérante à travailler ne peuvent 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 médicamenteux et suivis nécessaires à la requérante. En effet, elles ne peuvent avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles la requérante serait confrontée dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

3.2.6 Par conséquent, force est de constater, au vu de ce qui précède, qu'il ne peut être déduit des informations figurant au dossier administratif que le traitement médicamenteux et le suivi nécessaires seraient accessibles à la requérante dans son pays d'origine, de sorte que la première décision attaquée et le rapport sur lequel elle se fonde ne peuvent être considérés comme adéquatement motivés à cet égard. En effet, ces constatations ne permettent pas au Conseil de comprendre en quoi les conditions sur la base desquelles l'autorisation de séjour de la requérante a été octroyée ont changé et que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Au vu des développements qui précèdent, le Conseil ne peut que constater que la conclusion du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse dans son avis du 7 août 2015, selon laquelle les « conditions sur base desquelles [l']autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé, qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire », n'est pas suffisamment motivée en l'espèce.

3.2.7 L'argumentation développée à cet égard par la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon laquelle « [i]l ressort de l'avis du médecin fonctionnaire que ce dernier a pu constater, dans premier temps, qu'il n'existe pas un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique immédiat pour la requérante en cas de retour et, dans un second temps exclure le risque de traitement inhumain et dégradant compte tenu de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements médicamenteux et suivis au Nigéria[.] [...] A propos de l'accessibilité des soins, le médecin fonctionnaire a tenu compte des informations d'ordre général publiées sur le site internet, ainsi que des informations d'ordre personnel relatives à la requérante (capacité de travailler). [...] Il ressort à nouveau de cet avis qu'un examen complet a été effectué tant de la situation générale dans le pays d'origine, que des éléments individuels dans le cadre de l'examen de l'accessibilité des soins nécessaires à son état de santé. Le médecin fonctionnaire confirme l'accessibilité des soins des traitements du VIH/SIDA au Nigéria en indiquant que « le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) qui offre aux pays et partenaires des moyens à la fois pratiques et novateurs d'augmenter le nombre de personnes qui ont accès aux médicaments antirétroviraux. Ces médicaments permettent non seulement aux personnes atteintes du VIH de vivre plus longtemps et en meilleure santé, mais ils contribuent également à la prévention de nouvelles infections au VIH. Le cadre conceptuel met également en relief le besoin de s'assurer que les populations défavorisées les plus exposées bénéficient d'un accès équitable aux services de dépistage et de traitement du VIH. » Il précise, contrairement à ce que prétend la requérante, que « le Nigeria figure parmi les pays bénéficiaires de ce programme. L'intéressée peut donc rentrer au Nigeria et bénéficier de ce programme ». La requérante n'a fourni quant à elle aucune information contraire à l'appui de sa demande de prolongation de son autorisation de séjour. Elle ne prétend pas davantage qu'elle serait dans l'incapacité physique de travailler dans son pays d'origine en cas de retour. Aucun certificat médical n'en fait mention. Au contraire les derniers certificats médicaux indiquent expressément que la requérante « mène une vie normale et va à l'école », n'est pas de nature à remettre en cause les développements qui précèdent.

En effet, celle-ci se contente d'affirmer que la décision attaquée est suffisamment et valablement motivée et de faire valoir que la requérante n'a pas déposé d'information « contraire » dans sa demande de prolongation de son autorisation de séjour. Or, ce reproche n'est pas pertinent, 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).

3.3 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 troisième branche, ni les autres branches du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.4 L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante constituant l'accessoire de la première décision attaquée, qui lui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également.

En effet, le Conseil constate que la partie défenderesse a indiqué, dans la seconde décision attaquée, la disposition de l'article 13 de la loi du 15 décembre 1980 qui est appliquée et a estimé, à cet égard qu' « *En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 11.08.15* ». Or, la première décision attaquée, à savoir la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour, ayant été annulée pour les motifs exposés *supra*, la demande de prolongation de l'autorisation de séjour introduite par la requérante doit être tenue pour pendante. Dès lors, dans un souci de sécurité juridique, l'ordre de quitter le territoire attaqué doit être annulé.

4. Débats succincts

4.1 Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2 Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, 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^{er}

La décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 11 août 2015, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

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

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT