

## Arrêt

**n° 249 761 du 24 février 2021**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile :     au cabinet de Maître C. MARCHAND**  
**Rue de l'Aurore 10**  
**1000 BRUXELLES**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,**  
**et de l'Asile et la Migration et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la**  
**Migration**

---

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

Vu la requête introduite le 07 octobre 2019, par X, qui déclare être de nationalité tchadienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 27 août 2019.

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 18 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 17 février 2021.

Entendu, en son rapport, M. BUISSERET, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me T. MITEVOY *loco* Me C. MARCHAND, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique le 11 août 2017.

1.2. Le 18 juillet 2017, il a introduit une demande de protection internationale. Cette demande sera clôturée négativement par un arrêt n° 226 721 du 26 septembre 2019 du Conseil.

1.3. Par courrier daté du 21 février 2019, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 26 août 2019, le médecin fonctionnaire transmet son avis.

Le 27 août 2019, la demande 9ter du requérant est déclarée recevable mais non fondée.

Il s'agit de l'acte attaqué, qui est motivé de la manière suivante :

«[...]»

Motifs :

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

*Le requérant invoque à l'appui de sa demande de régularisation de plus de trois mois, des problèmes de santé pour lesquels des soins médicaux seraient nécessaires en Belgique.*

*Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 26.08.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine le Tchad.*

Dès lors,

1) *il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*

2) *il n'apparaît pas que l'intéressé 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*

3) .

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

*[...]»*

1.4. Le 22 octobre 2019, la partie défenderesse prend un ordre de quitter le territoire-demandeur de protection internationale. Un recours a été introduit à l'encontre de cette décision et est enrôlé sous le numéro 239 518.

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

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

- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- des principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, du défaut de motivation et de l'erreur manifeste d'appréciation.

Elle fait notamment valoir que « Le médecin conseil indique par ailleurs que le résultat de la requête Medcoi démontre que le suivi spécialisé d'un patient atteint d'une infection chronique par le Virus de l'Immunodéficience Humaine et le suivi biologique de la charge virale est disponible à l'Hôpital de la renaissance de N'Djamena.

La partie adverse ne démontre toutefois pas dans quelles conditions les soins y sont disponibles.

La simple constatation de l'existence d'un hôpital à N'Djamena dans lequel il existe un service de médecine interne comprenant un spécialiste des maladies infectieuses est en effet totalement insuffisant pièce 4 - <http://www.hopitalrenaissance-tchad.com/services.php?s=9>). En outre, aucune information n'est fournie sur le coût des médicaments, sur les éventuelles ruptures de stock, sur la disponibilité des médecins spécialistes et des infrastructures, sur les délais pour obtenir un rendez-vous, sur les possibilités d'avoir un suivi régulier et à quel coût de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent pas de s'assurer que le requérant bénéficiera d'un traitement adéquat en cas de retour au Tchad.

Il y a lieu de rappeler que la motivation de la décision doit permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité<sup>1</sup> (cfr. Deuxième branche) ». Elle relève qu' « il n'apparaît

nullement au sein du rapport établi par le Docteur [S.] que la partie adverse ait pris en considération les difficultés invoquées par le requérant au sein de sa demande initiale, à savoir (pages 4 et suivantes de la demande initiale) :

« Il ressort, par ailleurs, du Plan National de Santé 2016-2030 précité que le Tchad est classé parmi les pays les plus pauvres au monde. Le rapport indique également que « d'une manière générale, l'accès aux médicaments est limité. Cette situation est due aux ruptures fréquentes des stocks de médicaments dans les établissements de santé et leur cherté encourage la création d'un marché parallèle et illicite de produits pharmaceutiques très souvent contrefaits ».

Le même rapport met en évidence quelques indicateurs sur la disponibilité des services de santé au Tchad :

- « la «densité d'établissements de soins» (nombre d'établissements pour 10 000 habitants) pour mesurer l'accès aux services de consultation externe : elle est de 0.96 établissements de santé pour 10 000 habitants, contre une norme OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants ;
- la « densité de lits d'hospitalisation» (nombre de lits pour 10 000 habitants) pour apprécier l'accès aux services d'hospitalisation, est de 3 lits/10 000 habitants, contre une norme de l'OMS de 25 lits/10 000 habitants pour les pays à faibles revenus) ;
- l'indicateur de « densité de personnels médicaux de base » est de 2,74 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants, contre la norme OMS de 23 travailleurs de santé pour 10 000 habitants ;
- l'indice de «disponibilité de l'infrastructure sanitaire » est faible à 11,96% au niveau national ;
- l'indice de «disponibilité du personnel de santé» est faible au niveau national (13,80% ), tandis qu'il est très élevé à N'Djaména (82.96%) ;
- « L'indice de disponibilité des services », calculé en utilisant les 3 indices (indice de la disponibilité de l'infrastructure sanitaire, indice de disponibilité du personnel et l'indice d'utilisation des services) est faible (10,20% au niveau national) ».

Force est dès lors de constater que l'ensemble des indicateurs repris ci-dessus sont en dessous des normes définies par l'OMS démontrant ainsi des défaillances systémiques sérieuses.

Ce rapport dénonce en effet « [...] la faiblesse du système de santé, notamment l'insuffisance d'une offre de service en quantité et en qualité (complétude des PMA/PCA, SONU, PF, non sécurisation des produits de santé, insuffisance des activités à base communautaire, des stratégies avancées) qui se traduit par la faible utilisation des services de santé », ainsi que le sous-financement du secteur de la santé au Tchad.

En ce qui concerne les soins apportés aux personnes atteintes du VIH, on constate un manque de prise en charge (pièce 10). Quant à la tuberculose, le Plan National de Santé 2016-2030 soulève que « le nombre de cas a augmenté, passant de 6.200 cas dépistés en 2007 à 12.305 en 2014. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 24 à 45 ans. La co-infection TB/VIH représente 46,6% des cas de tuberculose. [...] En matière de VIH/SIDA, la prévalence est de 1,6% pour la population générale [...]. La disponibilité continue des ARV (antirétroviraux, ndlr) financés par l'Etat et les partenaires notamment le Fonds Mondial, a permis de prendre en charge 59.622 personnes vivant avec le VIH en 2015 contre 5.000 en 2006. Malgré cet effort, seuls 37,3% des malades ont été mis sous ARV (Rapport annuel PSLs, 2015) ».

En déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers, sans avoir procédé à un examen sérieux des possibilités pour le requérant d'être suivi au Tchad, la partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision et a violé les dispositions légales visées au moyen. »

En une deuxième branche, elle soutient que « La partie adverse se base sur différentes sources afin de considérer que les soins et le suivi requis par l'état de santé du requérant sont accessibles au Tchad.

► Elle cite notamment la « Politique Nationale de Santé 2016-2030 » du Ministère de la santé publique de la République du Tchad publiée en mars 2016 (disponible sur : [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/chad/pns\\_2016\\_2030\\_version\\_deufinitive\\_adoptee\\_le\\_29juin2016.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/chad/pns_2016_2030_version_deufinitive_adoptee_le_29juin2016.pdf)) et auquel le requérant se réfère également au sein de sa demande initiale (pièce 9). Au sein de sa décision, la partie adverse en reprend un extrait et avance que : « des progrès considérables ont été réalisés dans le secteur de la santé : l'augmentation substantielle des ressources humaines, financières, infrastructurelles et matérielles, le renforcement du partenariat. » Cet extrait sommaire, issu de la préface (sur un rapport faisant 45 pages !), est toutefois immédiatement suivi de l'énumération des défis importants restant à relever et passés sous silence au sein de la décision litigieuse, entre autres : « En ce qui concerne l'accès aux médicaments, ce rapport souligne également que des insuffisances importantes demeurent : « • L'importation à 100 % de l'extérieur des besoins nationaux en médicaments et vaccins contribue à la cherté et aux ruptures fréquentes de certaines molécules dont le délai de livraison est très long ;

- La plupart des pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) ne répondent pas aux normes pharmaceutiques en raison de la faible capacité des entrepôts, des conditions de stockage et de la quasi inexistence des véhicules de transport pour la livraison des produits ;
- Seuls 15 PRA sont fonctionnelles sur les 23 prévues et nécessaires. Ce qui se traduit par la faible disponibilité géographique des médicaments et vaccins ;
- L'absence d'un système d'information et de gestion logistique performant ne facilite pas l'usage rationnel des produits de santé ;
- Le secteur pharmaceutique fait face à une insuffisance en ressources humaines pharmaceutique à tous les niveaux, notamment en pharmaciens et biologistes ;
- Bien que le budget alloué à l'achat des médicaments soit en nette croissance ces dernières années, il demeure insuffisant pour couvrir les besoins nationaux. Il est à noter que les investissements sont orientés vers l'achat des produits de santé sans tenir compte des conditions de conservation et de stockage de ces produits (infrastructures, énergie, ....) ;
- Les textes législatifs et réglementaires destinés à l'encadrement du secteur pharmaceutique sont disponibles mais ils ne sont toujours pas utilisés faute de textes d'application ;
- Grâce à des campagnes de sensibilisation de masse et de proximité et à l'organisation des collectes actives de sang dans les établissements scolaires et universitaires, les casernes, les églises, etc. 77 490 poches de sang ont été collectées en 2014 sur l'ensemble du territoire pour 80 000 prévues, soit 96,86% des besoins couverts ;
- En dehors du VIH, les poches de sang données aux malades, ne sont pas toujours sécurisées par manque de réactifs ou de rigueur dans le contrôle des autres maladies (hépatite B, hépatite C, Syphilis, ...)
- Le retard dans le développement du secteur du laboratoire ;
- Le manque d'un laboratoire national de santé publique ;
- Les ruptures régulières des réactifs essentiels ».

De même, en termes de ressources humaines, ce rapport souligne que : « Les ressources humaines sont l'un des principaux piliers du système de santé. Il s'agit d'un des déterminants majeurs de la santé et du développement. Leur existence en nombre et en qualité devrait permettre l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé dans de nombreux pays. Malheureusement, la crise des ressources humaines en santé au Tchad se fait sentir à l'échelle nationale. En effet, la question des personnels de santé est, depuis longtemps, cruciale au Tchad. Les formations sanitaires sont confrontées à une insuffisance en ressources humaines en quantité et en qualité. Même si le nombre du personnel de santé a augmenté, notamment au niveau médical, il y a encore de nombreux problèmes quant à sa répartition géographique, sa motivation et sa fidélisation. Par ailleurs, la qualité de ce personnel reste un handicap énorme pour le système de santé : inadéquation de la formation aux besoins du terrain ». La partie adverse fait donc une lecture incomplète et partielle du rapport précité, manquant ainsi à son devoir de minutie, de prudence et de précaution. » Elle allègue également que « 2.2. Le requérant a joint à sa demande d'autorisation de séjour plusieurs rapports dressant l'état des lieux du système des soins de santé au Tchad. La partie adverse ne répond nullement à ces informations objectives, claires et précises apportées par le requérant. Elle se borne à déclarer, de manière générale et limitée, que : « Notons d'emblée qu'il s'agit d'une situation générale et 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 il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant 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 ». Dès lors, la motivation de l'avis du médecin-conseil ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles la partie adverse a estimé que les soins et traitements nécessaires étaient accessibles au requérant dans son pays d'origine, malgré les informations contraires déposées ».

### 3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique ainsi circonscrit, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1er, de la loi, dispose que « L'étranger qui séjourne en Belgique et 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 au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également que 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 celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Le Conseil rappelle par ailleurs que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer, s'il lui incombe de vérifier si l'autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné des dits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation (cfr. dans le même sens, RvSt., n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005), il n'est, en revanche, pas compétent pour substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse a relevé, dans son avis du 26 août 2019, sur lequel se fonde l'acte attaqué, que le requérant souffre d'une « infection par le virus d'immunodéficience humaine (HIV) », pathologie pour laquelle le médecin fonctionnaire estime que le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Lors de l'introduction de sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante a, ainsi qu'elle le rappelle dans sa requête, fait état de plusieurs informations émanant notamment du Plan National de Santé 2016-2030 et d'un rapport de l'OMS, et estimait, sur la base de ces informations, que la couverture médicale de la pathologie dont elle souffre est insuffisante dans son pays d'origine. La partie requérante soulignait, entre autres, que seuls 37,3% des patients atteints du VIH ont été mis sous ARV (antirétroviraux), la rupture fréquente de certaines molécules et leur cherté, les faibles stocks, la crise en ressources humaines en matière de santé et un manque de prise en charge des patients atteints du VIH.

A cet égard, le Conseil constate que la partie défenderesse, concernant la disponibilité des soins, se contente d'indiquer que le traitement actif est disponible, et ce sur la base d'une seule « requête MedCOI » datée du 3 juin 2019 et dépourvue de toute précision quant à la quantité de médicaments disponibles et le risque de pénurie. Au sujet de l'accessibilité des soins, la partie défenderesse estime que rien ne démontre que le requérant ne pourra trouver un emploi, que des « progrès considérables ont été réalisés dans le secteur de la santé », note l'intervention d'ONG françaises et décrit le régime de sécurité sociale en vigueur au Tchad pour conclure que le requérant peut « rentrer au pays d'origine afin de bénéficier d'opportunités que le pays lui offre avec la coopération française ».

S'agissant des informations déposées par le requérant à l'appui de sa demande, le médecin fonctionnaire relève, dans son avis, que « Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Tchad le conseil [du requérant se réfère aux documents suivants :

Organisation mondiale de la santé (Tchad stratégie de coopération) :

- Politique nationale de santé (2016-2030);
- Tchad: les malades du VIH découragés par le manque de prise en charge;
- Décret de révocation;
- Tchad info.com.

Dans le but d'attester que les soins de santé au pays d'origine sont inaccessibles pour son client.

Notons d'emblée qu'il s'agit d'une situation générale et 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 il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant 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, Mamalkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68) Arrêt n° 74290 du 31 janvier 2012.

Remarquons que cet élément est général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Rappelons tout de même que «( ... ) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire». Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Tchad. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il 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). »

Force est de constater que ni le rapport du médecin, ni la partie défenderesse à sa suite, n'ont envisagé de manière suffisamment précise et personnalisée l'intégralité des éléments apportés par le requérant afin d'appuyer sa demande d'autorisation de séjour quant à la disponibilité et aux difficultés d'accès aux soins requis par les pathologies dont il est atteint. En effet, les considérations du fonctionnaire médecin relatives au caractère général des documents fournis par la partie requérante ne peuvent suffire à rencontrer ses arguments. Remarquons en outre qu'à suivre ce raisonnement, il conviendrait de constater que la requête MEDCOI sur laquelle le fonctionnaire médecin se fonde pour estimer que les soins et traitements nécessaires au requérant sont disponibles dans son pays d'origine ne vise pas nominativement le requérant non plus.

De même, les considérations fondées sur la jurisprudence de la Cour EDH relatives à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme sont quant à elles inadéquates s'agissant de la légalité de la décision au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il convient de rappeler que le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de cette loi. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil estime dès lors que la motivation, qui se limite à opposer aux informations et documents fournis par la partie requérante à l'appui de sa demande afin d'établir le manque de disponibilité et les difficultés d'accès aux soins requis au Tchad des considérations tirées de la jurisprudence de la Cour

européenne des droits de l'Homme relative à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, et à invoquer le caractère général des informations fournies par la partie requérante, s'avère insuffisante et inadéquate. Dès lors, en indiquant que « le traitement médical est disponible et accessible au pays d'origine », la partie défenderesse ne remplit pas adéquatement son obligation de motivation.

3.3. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, ne permet pas d'inverser ce constat. Elle relève notamment que « Quant à la disponibilité du suivi par des spécialistes en HIV et maladies opportunes, la partie adverse relève à suffisance l'existence d'un hôpital public, qui plus est situé dans la région natale du requérant à N'Djemena, l'Hôpital de la Renaissance, lequel comporte un service spécialisé en HIV, un laboratoire de recherche biologique HIV/CD4 (pages 2 et 3 de la requête MedCOI). Il n'appartenait pas au médecin fonctionnaire de s'assurer de l'existence de soins et suivis de même qualité qu'en Belgique, ni de s'assurer pour l'examen de la disponibilité des coûts de ces derniers. », que « Concernant les éventuels problèmes de rupture de stock, ce problème peut se poser également en Belgique et dans tous autres Etats ce qui n'empêche pas le requérant d'avoir recours à une alternative médicamenteuse de substitution. En tout état de cause, médecin fonctionnaire relève l'existence de nombreux autres antirétroviraux au Tchad. Le requérant se limite manifestement à des considérations d'ordre général sans apporter un quelconque élément de preuve susceptible d'étayer l'affirmation péremptoire selon laquelle ceux-ci ne seraient pas disponibles », que « La disponibilité des médicaments et des suivis n'est donc pas contestable. », que « Il ressort de l'avis précité, que le médecin fonctionnaire a procédé à un examen suffisant et raisonnable de l'accessibilité des soins au Tchad et plus particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des malades du VIH/SIDA. Il convient de relever que les informations fournies par le requérant à l'appui de sa demande 9ter ont bien été examinées » mais que « Toutefois, sur base des informations en sa possession, le médecin fonctionnaire a pu valablement constater que les soins et suivis étaient accessibles dans le pays d'origine. », qu' « Outre le fait que le médecin fonctionnaire a relevé qu'il s'agit d'information générale qui ne vise pas personnellement le requérant, force est de constater qu'il y répond de manière suffisante et raisonnable en relevant que celui-ci peut prétendre à un traitement médical au Tchad » et se réfère au contenu de l'avis médical du médecin fonctionnaire ». Elle estime que « La partie adverse a répondu de manière précise à tous les éléments et arguments invoqués par le requérant et a apporté des précisions quant à l'existence des différents systèmes présents au pays d'origine assurant une prise en charge partielle, voire totale, des frais médicamenteux et suivis des malades notamment du VIH. »

Le Conseil renvoie aux considérations émises supra et constate que les informations dont a fait état le requérant concernent des personnes atteintes de la même pathologie et qui suivent le même type de traitement, et qui se trouvent dès lors dans une situation similaire à celle du requérant, au Tchad. De plus, la possibilité pour le requérant de trouver un emploi ou d'obtenir de l'aide par le truchement de l'intervention d'ONG française ne peuvent être considérée comme répondant aux éléments déposés par le requérant pour soutenir sa demande, tels que rappelés supra.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen pris, notamment, de la violation des articles 9ter et 62 de la loi, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que du principe de bonne administration impliquant une obligation de prise en considération de l'ensemble des éléments de la cause, est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

#### **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<sup>er</sup>.**

La décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 27 août 2019, est annulée.

**Article 2.**

La requête est rejetée pour le surplus

**Article 3.**

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme M. BUISSERET, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A.D. NYEMECK

M. BUISSERET