



Arrêt

n°267 065 du 24 janvier 2022
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître V. LURQUIN
Chaussée de Gand, 1206
1082 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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 3 octobre 2019, par X, qui déclare être de nationalité togolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision rejetant une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 31 juillet 2019 et notifiés le 6 septembre 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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 19 octobre 2021 convoquant les parties à l'audience du 9 novembre 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me S. ARKOULIS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Me F. MOTULSKY, 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 15 avril 2010.

1.2. Elle a ensuite introduit des demandes de protection internationale et des demandes d'autorisation de séjour fondées sur les articles 9 *bis* et 9 *ter* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive. Elle a fait l'objet d'ordres de quitter le territoire et d'une interdiction d'entrée de trois ans.

1.3. Le 1^{er} avril 2019, elle a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable.

1.4. Le 25 juillet 2019, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 31 juillet 2019, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision de rejet la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« MOTIF :

L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 le Togo, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 25.07.2019, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou que le certificat médical fourni ne permet 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 lorsqu'il existe un 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 de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif de la requérante ».

1.6. A la même date, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérant une décision d'ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION** :

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

- L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation

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

- Des articles 9 *ter* 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.

- Du principe de motivation interne.

- De l'erreur manifeste d'appréciation.

- Du devoir de prudence et du devoir de minutie en tant que composantes du principe de bonne administration.

- Du droit de la défense

- Du principe de légitime confiance comme composante du principe de bonne administration et du droit à la sécurité juridique.

- Du principe de l'indépendance et de l'impartialité et

- De l'article 3 de la CEDH ».

2.2. Elle explicite en substance la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse, du principe de bonne administration et du devoir de minutie et elle rappelle en quoi consiste une erreur manifeste d'appréciation. Elle reproduit des extraits de l'article 9 ter, § 1^{er}, de la Loi et elle souligne « Que cet article fait état, notamment, de deux éléments fondamentaux qui font défaut dans le cadre de la présente procédure : • L'examen de l'accessibilité des soins de santé dans le pays d'origine. • L'examen de la disponibilité des soins. Qu'il convient d'indiquer que de lourds manquements sont à observer quant à ces deux éléments, éléments ayant, par ailleurs, des interactions entre eux ».

2.3. Dans une première branche, elle expose que « la requérante remet en cause le caractère « médical » de l'avis rendu. Elle relève qu'il est troublant que l'avis médical ne soit pas un simple avis médical neutre et impartial. En effet, un certificat médical est censé contenir des considérations médicales ... et non juridiques. Ces considérations médicales doivent être des constats médicaux factuels. Par ailleurs, l'argumentation juridique, supposée rédigée par un médecin conseil, est une argumentation à charge n'ayant rien à faire dans un document médical. Les considérations en lien avec l'article 3 de la CEDH ou autres se devraient, si elles existent, être contenues dans le corps de la décision afin de donner une lecture au constat médical, quod non. En l'espèce, le certificat médical mentionne en page 2 : Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine. Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressée puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine de la requérante soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique. Le médecin poursuit en page 3 : Notons que ces différents éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). La requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale décrite et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En outre, 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'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. Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Rappelons aussi 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 territoire3». Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Togo. 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). (...) Il affirme également que la région du Togo d'où provient sa cliente serait problématique quant à la qualité et la disponibilité des soins. Quant à l'accessibilité géographique aux soins, notons que dans son arrêt 61464 du 16.05.2011, le CCE affirme que le requérant «peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que le requérant «peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné». Il est par conséquent loisible à l'intéressée de s'installer dans une région où les soins sont disponibles si elle éprouve des difficultés particulières dans sa région d'origine. Au vu de pareille rédaction, il est parfaitement légitime de s'interroger sur le ou les rédacteurs d'un tel avis et dans l'hypothèse d'une pluralité de rédacteurs sur la qualité de chacun d'entre eux... En effet, seul un médecin peut remplir un certificat médical et personne d'autre. Dans ce contexte, la requérante estime pouvoir légitimement douter de l'impartialité du rédacteur. Pourtant, le principe de légitime confiance, comme composante du principe de bonne administration et du droit à la sécurité juridique, implique que le citoyen puisse faire confiance aux services publics (Cass. 14 mars 1994, p. 252 avec concl. Min. publ.) et compter sur le fait que ceux-ci observent les règles et suivent une politique bien établie (Cass. 13 février 1997, Bull. n° 84 avec note). La Cour de Cassation définit ce principe comme impliquant notamment que le citoyen doit pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme une règle fixe de conduite et d'administration. La Cour poursuit son raisonnement en précisant que les services publics sont donc tenus d'honorer les prévisions justifiées qu'ils ont fait naître dans le chef de celui-ci (Cass. 29 novembre 2004, J.T.T., 2005, p.104). La requérante soutient que ce principe engendre des attentes légitimes dans

son chef qui doivent être respectées, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce. Elle considère qu'un médecin a pour seul et unique tâche d'apprécier les questions d'accessibilité et de disponibilité des soins et non d'agir en juriste pour répondre par des considérations légales à l'absence de fondement d'une demande d'autorisation de séjour. Le non-respect de ces attentes légitimes viole le principe de légitime confiance précité et cause un grief manifeste à la requérante. En outre, il convient de noter que le principe de l'indépendance et de l'impartialité du juge (Cass. 21 février 1979, Pas. p.750, Cass. 14 octobre 1996, J.T. p. 670, J.L.M.B. 1997 p. 175 avec la note de M. Uyttendaele et R. Witmeur, R.D.P. 1997 p. 470 avec note A. Jacobs, Pas. p. 981), comme principe général de droit, est applicable à toutes les juridictions mais également à tout organe de l'administration (Cass. 9 janvier 2002, J.L.M.B. p. 1076 avec concl. Min. publ.). Le médecin conseil de l'OE, mandaté par l'Office des Etrangers pour donner un avis médical et désigné pour accomplir cette unique tâche par l'article 9ter de la [Loi], est un organe de l'administration et se devait donc de respecter ce principe. En s'écartant de constats médicaux factuels qui relèvent de sa compétence pour se prononcer juridiquement sur le fondement d'une demande d'autorisation de séjour, le médecin fonctionnaire viole son devoir d'impartialité, ce qui cause à nouveau grief à la requérante. Dans ce contexte, le certificat médical ne peut être pris en considération et doit donc être écarté. Le certificat viole ainsi le prescrit des articles 9 ter et 62 de la [Loi] en ce qu'il est manifestement mal motivé et rédigé, à tout le moins, partiellement par un auteur n'ayant pas la qualité de médecin impartial et indépendant. L'absence de validité du certificat médical réalisé par le médecin-conseil de l'Office des Etrangers en date du 25/07/2019 engendre la nullité de la décision prise le 31/07/2019. La première branche du moyen doit donc être déclarée fondée ».

2.4. Dans une deuxième branche, elle développe que « la requérante relève le caractère stéréotypé du présent document « médical » et l'examen erroné de la disponibilité des soins médicaux requis. [...] Tout d'abord, à titre liminaire, la requérante soulève le problème lié à la fiabilité des sources utilisées par la partie adverse. La requérante invoque le fait que l'ensemble des sources utilisées ne permet pas de déterminer la méthodologie appliquée, les critères retenus et la validité scientifique que peut leur attacher l'administration. En effet, la partie adverse se fonde sur la base de données MedCOI pour indiquer que les médicaments et le suivi médical indispensable[s] à la requérante sont disponibles au Togo : Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée): 1. Le site Officiel de ONUSIDA (UNAIDS en anglais), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida; 2. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI2: • Requête MedCOI du 07/12/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11813. L'indication de la méthodologie est pourtant essentielle quant à la valeur des documents fondant la présente décision. Il s'agit donc d'une exigence minimale devant être rencontrée sans quoi il est impossible de déterminer la validité des données y étant contenues. Pour rappel, mêmes les études des centres de recherches universitaires sont sujettes à corrections et critiques. La Cour européenne des Droits de l'Homme a confirmé dans son arrêt Paposhvili c. Belgique (§187) que : « L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (...) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade » [...]. La partie adverse ne fait, en l'espèce, aucune référence à des rapports établis par l'Organisation mondiale de la santé pour soutenir ses affirmations quant à la disponibilité des soins et des suivis indispensables pour la requérante. La méthodologie est pourtant un minimum nécessaire à l'examen de la validité des résultats présentés, d'autant plus à la lecture de la clause de non-responsabilité indiquée et exposée ci-avant. Une base de données dont la méthodologie n'est pas publique n'est pas acceptable. En conclusion et pour rappel, 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 aux arguments essentiels de l'intéressée, ne fût-ce que de manière implicite mais certaine. En outre, 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, d'une part, au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et, d'autre part, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle quant à ce. A cet égard, un arrêt (n° 169.189) prononcé le 7 juin 2016 par votre Conseil contient ce qui suit : « [...] » En conséquence, en l'espèce, l'inexistence de données méthodologiques vérifiables permettant d'en apprécier les résultats, doublée d'une clause de non-responsabilité [interpellante] ne permettent pas de vérifier le contenu de la motivation. La partie adverse a ainsi procédé à un examen général et théorique de la disponibilité des soins au Togo sans apprécier in concreto la situation de la requérante. En effet, en l'absence des rapports précités ou de renvoi permettant d'apporter un éclairage effectif sur la question de la disponibilité de médecins spécialistes au Togo, il convient de conclure à la

violation des principes généraux de bonne administration, notamment des devoirs de prudence et de minutie et à l'absence d'un examen sérieux et rigoureux de la cause, tel que requis par l'article 9 ter de la [Loi]. Ce constat est d'autant plus inquiétant que la gravité de l'état de santé de la requérante est avéré et reconnu par la partie adverse. Il convient donc d'annuler la décision attaquée. [...] Ensuite, la requérante relève les éléments suivants : La partie adverse reconnaît que certains médicaments prescrits par le médecin spécialiste de la requérante ne sont pas disponibles au Togo, sans s'assurer qu'une alternative soit concrètement adéquate et corresponde au traitement requis par la requérante. En effet, Madame [A.A.] indiquait que son traitement médical se compose de : - Un traitement médicamenteux spécifique composé de Triumeq, en raison de son intolérance à « l'Éfavirenz » ; - Un suivi régulier au sein d'un service spécialisé en maladies infectieuses pourvu de l'appareillage matériel nécessaire aux contrôles des cellules CD4 (tests sanguins) ; - La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire complémentaire (par un spécialiste des maladies infectieuses et pour le suivi régulier de la charge virale pour lequel est requis un appareil médical particulier) au sein d'un établissement médical de proximité ; - Le risque vital en cas d'arrêt de traitement ; - Le suivi régulier actuel, notamment, par le Dr. [M.], médecin spécialiste en maladie infectieuses, au sein de l'hôpital de Charleroi ; Il ressortait donc du dossier et du certificat médical de la requérante que son traitement médicamenteux et les suivis médicaux complémentaires et susmentionnés doivent impérativement être respectés par la requérante et ne peuvent être hypothétiques. Pourtant, la partie adverse se limite à l'affirmation brève et stéréotypée selon laquelle « l'ensemble des médicaments disponibles rencontre donc les préconisations internationales en matière de l'infection HIV » ; ». La partie adverse affirme que : L'association de abacavir + dolutégravir + lamivudine ne semble pas disponible actuellement au Togo; seuls abacavir et lamivudine [des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse - INTI] sont disponibles (cf. BMA-11813); cela étant, selon ONUSIDA, le traitement antirétroviral standard actuellement recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour les adultes et les adolescents se compose de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), plus un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ou un inhibiteur de l'intégrase; névirapine, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, est disponible au Togo (cf. BMA-11813), l'ensemble des médicaments disponibles rencontre donc les préconisations internationales en matière de traitement de l'infection HIV; Ce faisant, elle ne réalise aucunement l'examen de la situation individuelle de la requérante. En effet, en indiquant que « l'ensemble des médicaments disponibles rencontre donc les préconisations internationales en matière de traitement de l'infection HIV » [...], le médecin se base sur des considérations globales, sans certitude sur le fait que ces alternatives puissent s'appliquer adéquatement au cas médical de la requérante. Aucun examen spécifique de l'état de santé de la requérante ou du traitement requis n'est ainsi réalisé. En outre, on peut affirmer sans en douter qu'un médecin spécialiste tel que le Dr. [M.] a évalué concrètement les besoins réels de Madame [A.A.] et, que, sur base d'un examen médical adapté, il ait conclu que le traitement adéquat est composé des médicaments spécifiques qu'il prescrit. En l'espèce, et pour rappel, la requérante est atteinte du virus du VIH et est détectée séropositive en 2010. A cette époque, elle ne nécessitait que d'un suivi médical de contrôle tous les trois mois. Depuis 2016, son état de santé s'est dégradé et nécessite d'un suivi médical régulier et un traitement médicamenteux quotidien indispensable. Elle indiquait ces éléments dans sa demande. Elle précisait bénéficier de ce suivi médical en Belgique depuis plus de 9 années et rappelait que la gravité de la maladie avait déjà été reconnue par l'Office des Etrangers dans le cadre d'une procédure antérieure. Plus particulièrement, elle précisait en outre son intolérance à « l'Éfavirenz », le médicament de première ligne prescrit pour le traitement du VIH en Afrique. En effet, elle précisait dans sa demande que le médicament traitant le VIH dont elle bénéficie en Belgique est uniquement disponible en Europe (notamment en Belgique) et aux Etats- Unis. Cet élément est mis en évidence dans le certificat [médical] type sur lequel Mme [A.A.] fondait sa demande. Pour étayer son propos, elle se référait en outre à l'avis rédigé par la Commission de la Transparence en dd. 17/12/2014 (Pièce 7 de la demande), lequel indique en page 9, la liste très limitée de pays dans lesquels le médicament « TRIUMEQ », qui compose effectivement son traitement médicamenteux quotidien, est disponible. Le tableau auquel se réfère la requérante est par ailleurs reproduit ci-dessous : [...] La partie adverse n'aborde pas cet élément lorsqu'elle réalise l'examen de la disponibilité. C'est uniquement lorsque la partie adverse examine la question de l'accessibilité qu'elle mentionne à ce propos que : Le conseil aborde également l'absence du Triumeq® au Togo et l'intolérance de sa cliente à l'Éfavirenz. Soulignons que nos recherches ont démontré que des alternatives autres que l'Éfavirenz sont possibles et disponibles dans le pays d'origine (voir disponibilité des soins ci-dessus). Or, à l'examen de la disponibilité, la partie adverse ne fait qu'affirmer que « le traitement antirétroviral standard actuellement recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (...) est disponible au Togo » [...], sans faire aucune référence aux spécificités requises par le cas d'espèce et aux alternatives éventuellement disponibles pour remplacer « l'Éfavirenz ». La requérante insistait pourtant sur les conséquences et les complications en cas d'arrêt du traitement. Son médecin précisait les éléments suivants : « Son état de

santé restera bon, pour autant qu'elle puisse continuer CE traitement qui lui convient parfaitement. », « Diminution de l'immunité », « remontée de la charge virale avec apparition d'infections opportunistes potentiellement mortelles ». La partie adverse n'a manifestement pas pris ces éléments en considération dans sa décision, sans quoi elle n'aurait pu affirmer la disponibilité des soins requis. Elle ne fait pas [davantage] référence à une alternative potentielle au suivi régulier auprès d'un spécialiste des maladies infectieuses, au sein d'un service pourvu de l'appareillage matériel nécessaire aux contrôles des cellules CD4. Or, cet élément fait partie du traitement requis, ce que ne conteste aucunement la partie adverse. [...] Par ailleurs, cette affirmation selon laquelle les soins médicaux sont disponibles au Togo est contraire aux recherches réalisées par la requérante. Il ressort des sources suivantes que : - Les conseils aux voyageurs du SPF Affaires étrangères pour le Togo sont les suivants : « Prévalence non négligeable du VIH - sida et autres maladies sexuellement transmissibles largement répandues. Toute mesure de prévention est indispensable. Le Togo n'est pas en mesure de garantir la permanence de la sécurité des transfusions sanguines. Il est donc nécessaire de s'assurer avant toute transfusion de la disponibilité réelle des réactifs VIH. » Source : https://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger/conseils_par_destination/togo Dernière consultation le 25/09/2019. - L'ONUSIDA, dans son aperçu de la situation au Togo, met en lumière que : « In 2016, Togo had 4100 (2400 - 6100) new HIV infections and 5100 (3100 - 7700) AIDS-related deaths. There were 100 000 (73 000 - 130 000) people living with HIV in 2016, among whom 51% (37% - 67%) were accessing antiretroviral therapy. Among pregnant women living with HIV, 86% (59% - >95%) were accessing treatment or prophylaxis to prevent transmission of HIV to their children. An estimated <1000 (<500 - 1400) children were newly infected with HIV due to mother-to-child transmission. Among people living with HIV, approximately 42% (30% - 55%) had suppressed viral loads. » Source : <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/togo> Dernière consultation le 25/09/2019. - L'UNICEF alerte et renseigne sur le contexte général de la lutte contre le VIH/Sida au Togo « Au Togo, la prévalence du VIH est de 3,2%. • 88 000 enfants ont été rendus orphelins du fait du SIDA. • Seulement 6, 1% des femmes enceintes séropositives reçoivent un traitement antirétroviraux (ARV) pour réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME). » Source : https://www.unicef.org/wcaro/WCARO_Niger_Factsheet_HIV-AIDS-fr.pdf Dernière consultation le 25/09/2019. La requérante produisait déjà à l'appui de sa demande les éléments et documents suivants : Suivant les statistiques de l'UNICEF, au Togo, sur une population composée de 7,5 millions d'habitants, en 2012, le nombre de « personnes de tout âge » atteintes du VIH est estimé à 130.000. Pièce 3 de la demande. En Belgique, sur une population composée de 11 millions d'habitants, en 2015 : « Le nombre total cumulé de Belges diagnostiqués séropositifs est de 7.038. Parmi les 1.457 patients non-belges diagnostiqués entre 2011 et 2013, 58,3 % sont originaires d'Afrique subsaharienne. 25,5 %> sont des Européens, 12,9% sont originaires d'Amérique ou d'Asie et 3,3 % sont originaires d'Afrique du Nord. » Pièce 4 de la demande. Ensuite, le [...] Rapport de l'OMS sur le Togo intitulé « Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 » (consultable sur le site internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136151/ccs_tgo.pdf?sequence=1) indique l'augmentation du nombre de personnes atteinte du VIH/Sida, en tant que maladie transmissible : « La prévalence du VIH au Togo est estimée à 3,2% en 2007 pour les 15-49 ans (ONUSIDA/OMS), ce qui conduit à environ 110.000 adultes vivant avec le VIH. Cette prévalence se situe à 44,5% chez les travailleuses du sexe à Lomé et à 9,7% parmi les militaires. En fin 2007, le nombre cumulé de cas de Sida avoisinait les 21 740. Celui des enfants et adolescents orphelins du Sida est estimé à 88.000. Le nombre de malades sous ARV est passé de 6 579 à 7 980 de 2006 à 2007, avec un taux de couverture qui est passé de 24% à 30,4%. La proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant est passée de 1,8% en 2005 à 6,8% en 2007. La fréquence de l'infection à VIH chez les enfants à 18 mois est passée de 16,1% en 2006 et à 13,2% en 2007. Une enquête réalisée en 2007 a montré qu'une communauté d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes se développe dans le pays, notamment à Lomé. » - p. 4 dudit rapport, Pièce 5 Ce même rapport identifie « les défis majeurs du secteur de la santé au Togo » (p. 11 du rapport précité) et pointe tout particulièrement les lacunes du système de soins de santé et la qualité médiocre de ces soins. Il ressort du passage suivant, l'incapacité du système de santé togolais de répondre aux problèmes de santé principaux présents sur le territoire, vu l'ampleur des maladies transmissible[s], et notamment le VIH/SIDA : « Le défi fondamental auquel fait face le secteur de la santé demeure celui de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous dans un contexte marqué par de graves difficultés de gestion et une pénurie aiguë de ressources. La plupart des indicateurs de l'état de santé, en particulier ceux liés aux OMD, ne sont pas satisfaisants, marqués par des taux élevés de morbidité et de mortalité, notamment chez les femmes et les enfants. L'ampleur des maladies transmissibles, notamment le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose, l'émergence des maladies non transmissibles, les difficultés d'accès géographique et économique aux soins de santé, la précarité des conditions d'hygiène et d'assainissement, les difficultés d'approvisionnement en eau potable, sont les

principaux problèmes de santé immédiats auxquels font face les populations. La faiblesse des capacités humaines et institutionnelles caractérisée par: la situation précaire des ressources humaines pour la santé et leur gestion qui constituent un véritable goulot d'étranglement pour l'amélioration des performances et la qualité des soins ; la réduction ou la stagnation des ressources financières consacrées à la santé par l'Etat, les communautés et les partenaires au développement sanitaire ; au plan managérial, la gestion, l'encadrement et la supervision font souvent défaut, en particulier au niveau du district et le système d'information sanitaire manque de fiabilité aux différents niveaux du système de santé. Sur le plan institutionnel et juridique, l'écart significatif entre d'une part l'existence des politiques, des stratégies, des textes réglementaires et d'autre part leur mise en oeuvre effective doit être réduit. » p. 11 du rapport précité, Pièce 5 S'il est vrai qu'il existe dans le domaine de la lutte contre le SIDA (voir p. 12 et 13 du rapport précité) un plan de coopération au développement, il faut être particulièrement prudent quant à l'effectivité de tels projets à « l'écart significatif entre d'une part l'existence des politiques, des stratégies, des textes réglementaires et d'autre part leur mise en oeuvre effective doit être réduit » (p. 11 du rapport précité, Pièce 5 de la demande). Enfin, lorsque les rédacteurs de ce rapport abordent le « BILAN DE LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATÉGIE DE COOPÉRATION 2004-2007 » (p. 14), et font état de la mise en oeuvre effective des appuis de l'OMS, ils accusent les lacunes liées à la mise en oeuvre de l'agenda stratégique, tout particulièrement concernant le système de surveillance en matière de VIH/SIDA (p. 15): « Lacunes de la mise en oeuvre de l'agenda stratégique : Les principaux domaines de la stratégie de coopération qui n'ont pas été couverts de façon adéquate ont concerné : l'actualisation des comptes nationaux de la santé, l'actualisation de la politique nationale de santé, l'élaboration de la politique hospitalière, le renforcement des activités de promotion de la santé, le renforcement des capacités nationales en matière de négociation et mobilisation des ressources, la mise en place d'un système de surveillance de seconde génération du VIH/Sida, les études et recherche en vue d'une meilleure connaissance de l'épidémiologie de la tuberculose, l'élaboration de normes et directives pour la surveillance et la prise en charge des principales MNT, la mise en place des services conviviaux pour les adolescents. » p. 15 du rapport précité - pièce 5 En outre, le récent rapport concernant le « PLAN NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION DU VIH/SIDA 2016-2020 » tout particulièrement référencé par la partie adverse, confirme ces constats, la prévalence du VIH/SIDA au Togo (tout particulièrement dans la région maritime, la région d'origine de la requérante), chez les femmes, et la qualité médiocre des soins de santé disponibles dans le cadre de la lutte contre le Sida (Pièce 6 de la demande). On peut lire dans ce rapport : « Le Togo fait partie des pays à épidémie de type généralisé avec une prévalence du VIH de 2,5% dans la population générale (EDS-T III 2013-2014). Sa population est estimée à 7,13 millions en 2015 (INSEED) et constituée en majorité de femmes (51,4%) et de jeunes de moins de 25 ans (60%). Cette prévalence est féminisée (3,1% pour les femmes contre 1,7% pour les hommes) avec une disparité géographique (3,5% en milieu urbain et 1,5% en milieu rural). Aussi, la prévalence du VIH est-elle plus élevée dans les régions méridionales (Lomé 3,4%; région maritime: 3%) que dans les régions septentrionales (Kara: 1,8%, Savanes: 0,3%). » Ce plan met en évidence les faiblesses manifestes du système de soins de santé togolais dans le domaine de la lutte contre le SIDA/VIH et tire la sonnette d'alarme quant à la nécessité de développer un nouveau système. Le « Plan Stratégique 2016-2020 » dont il est question n'est qu'une mise en perspective dont l'effectivité, dans l'hypothèse du succès de sa mise en oeuvre, ne pourrait vérifiée qu'« à l'horizon 2030 » (voir p. 5 de la pièce 6 de la demande.)... La requérante invoque l'effectivité toute relative et hypothétique de ce plan national... L'analyse du cadre structurel actuel met d'ailleurs en exergue les faiblesses suivantes (relevées dans le PNSE 2012-2015) : • l'insuffisance de compétences en suivi évaluation au niveau décentralisé (district et région); • l'insuffisance dans la mise en oeuvre du Plan de Renforcement de capacité; • l'inexistence d'un rapport spécifique de S&E qui rend compte de l'exécution du plan de suivi évaluation; • l'absence d'un guide de référence pour les interventions en matière de S&E VIH; • la non fonctionnalité des groupes de référence au niveau décentralisé prévu dans le précédent plan; • l'inexistence d'un plan multisectoriel de S&E au niveau régional; • l'inexistence d'un Plan de Travail Annuel suivi et évaluation chiffré à tous les niveaux; • l'inexistence d'un plan d'action multisectoriel au niveau décentralisé; • la non déclinaison du Plan National de Suivi et Evaluation en Plan Régional de Suivi et Evaluation; • l'absence d'un plan spécifique de communication et de plaidoyer sur le suivi et évaluation du VIH; • l'insuffisance d'équipements essentiels pour la gestion des données; • l'irrégularité dans la réalisation des études CAP et de la surveillance des résistances aux ARV; • l'inexistence d'une base de données au niveau national avec des logiciels appropriés • l'insuffisance dans l'archivage des données; • l'absence de procédures documentées pour la confidentialité des données sensibles; • l'absence de guide de supervision multisectoriel; • l'insuffisance de la rétro information au niveau décentralisé (région vers districts et sites). » Plan Stratégique précité, p. 9 - Pièce 6 [...] Enfin, la requérante attire l'attention sur un pan de la décision qui semble sans lien aucun avec le dossier de l'espèce. La partie adverse affirme ce qui suit : (sic) si pas identique du moi[n]s raisonnable. Par ailleurs, les affections dont il est question étant

chroniques, le requérant peut à loisir se constituer un petit stock pouvant pallier lesdites indisponibilités temporaires. Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin ; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a posteriori une péjoration de la situation clinique antérieure. Le premier paragraphe faisant état de la possibilité de se constituer un stock de médicament palliant une indisponibilité temporaire de médicaments requis n'est pas pertinent en l'espèce puisque le médicament en question n'est pas disponible au Togo. Le second paragraphe fait état d'un choix du patient de ne pas suivre les recommandations thérapeutiques de son médecin, ce qui n'est applicable en l'espèce puisque Madame [A.A.] met, au contraire, tout en oeuvre pour suivre méticuleusement le traitement conseillé par son médecin-spécialiste. Ces éléments confirment que le médecin-conseil de l'OE, n'a pas procédé à un examen individuel et spécifique du cas d'espèce et a, au contraire, réalisé un examen parcellaire du dossier témoignant d'un manque de rigueur et de sérieux. [...] Ce considérant, la décision attaquée, basée sur le certificat médical de l'OE ne répond pas aux spécificités du cas d'espèce et est, par conséquent, stéréotypée. Elle ne répond pas ainsi aux exigences de motivation formelles édictées par les articles 62 de la [Loi] et 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Elle ne répond pas d'avantage au prescrit de l'article 9 ter de la [Loi]. L'examen du dossier réalisé par la partie adverse manque de minutie et de rigueur. Pour ces raisons, en cette branche, le moyen est fondé et la décision attaquée doit être annulée ».

2.5. Dans une troisième branche, elle argumente que « la partie adverse apprécie erronément la question de l'accessibilité des soins de santé indispensables à la requérante, au Togo. [...] La requérante dénonce l'absence d'examen rigoureux et in concreto de l'accessibilité des soins au Togo au regard des éléments pertinents de la cause. Elle soutient que, la partie adverse, tout en concluant à l'existence d'un système d'aide sociale au Togo, n'a aucunement démontré que la requérante pourrait en bénéficier. Pour rappel, la requérante souligne les éléments suivants avancés à l'appui de sa demande : • Le système de soins de santé au Togo est médiocre et l'inexistence d'un système de remboursement des soins et de sécurité sociale pour les Togolais ; • La dégradation récente de son état de santé et depuis 2016 la prise quotidienne d'un traitement médicamenteux spécifique en raison de son intolérance à « l'efavirenz » ; • La mise en oeuvre incertaine du plan de Politique Nationale de Santé et son effectivité douteuse ; • L'indisponibilité de ce médicament rendant forcément inaccessible le traitement requis ; • La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire complémentaire (par un spécialiste des maladies infectieuses et pour le suivi régulier de la charge virale pour lequel est requis un appareil médical particulier) au sein d'un établissement médical de proximité ; • Le risque vital en cas d'arrêt de traitement ; • Le suivi régulier actuel, notamment, par le Dr. [M.], médecin spécialiste en maladie infectieuses, au sein de l'hôpital de Charleroi, situé à 4 kilomètres de son domicile ; Malgré ces éléments, la partie adverse n'a, à aucun moment, fait d'analyse de sa situation personnelle. C'est donc à tort que le médecin-fonctionnaire déclare aux paragraphes 2 et 4 de la page 4 que « En outre, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a mis en place en 2016 une Politique Nationale de Santé et un nouveau Code de la Santé Publique qui prévoit, entre autres, la gratuité pour les traitements du HIV et la prise en charge des démunis (...) Dès lors sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, est-il permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Togo » puisqu'à l'appui de sa demande, celle-ci déposait, au contraire, de nombreux documents démontrant la situation catastrophique relative à l'accessibilité aux soins de santé au Togo, et tout particulièrement à l'inaccessibilité du traitement adéquat requis par la requérante. La partie adverse poursuit comme suit : • En ses 1er et 2ème paragraphes de la page 4 : Par ailleurs, le site web du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale montre que le régime togolais de sécurité sociale couvre les salariés et assure à ceux-ci et à leur famille différentes protections dont notamment une assurance maladie, des prestations familiales et différentes pensions (vieillesse, invalidité, décès). Les soins sont dispensés dans le cadre du Code du travail aux salariés et à leur famille au sein de structures sanitaires publiques. Notons que l'intéressée est en âge de travailler et qu'elle ne démontre pas une incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Rien ne prouve dès lors qu'elle ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine pour financer ses soins médicaux et bénéficier à terme des aides de la sécurité sociale. En outre, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a mis en place en 2016 une Politique Nationale de Santé et un nouveau Code de la Santé Publique qui prévoit, entre autres, la gratuité pour les traitements du HIV et la prise en charge des démunis. En son paragraphe 6 de la page 3 : Notons que ces différents éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). La requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale décrite et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Au contraire, la requérante étayait justement sa demande, en produisant des

documents relatifs tant à l'état général des soins de santé, qu'aux soins particuliers requis et qu'à l'accès plus que limité au système d'assurance-maladie au Togo: Tout d'abord, la requérante se référait au Rapport utilisé par les services de l'Office des Etrangers, à savoir le Centre de Recherches « Cleiss » - Pièce 8 de la demande. Les constats de départ dudit rapport, quant au régime togolais de Sécurité sociale, sont les suivants : « Le régime togolais de sécurité sociale comporte 3 branches : •prestations familiales, •pensions (invalidité, vieillesse, décès-survivants), •accidents du travail maladies professionnelles. Il ne vise ni la maladie, ni le chômage [...]. Le régime concerne les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants. Comme les salariés, les élèves des écoles professionnelles, les stagiaires et apprentis peuvent être affiliés au régime s'ils perçoivent une rémunération soumise à cotisations. (...) Les soins sont dispensés, dans le cadre du Code du travail, aux salariés et aux membres de leur famille au sein de structure sanitaires publiques. » Ces constats sont inquiétants. Au contraire de ce qu'affirme la partie adverse, le site internet du Cleiss permet de constater l'inexistence d'un système de remboursement des soins et de sécurité sociale pour les Togolais. En effet, on peut, notamment, y lire qu'« il n'existe pas d'assurance maladie publique effective et opérationnelle pour les togolais ». A cet égard, le CCE a jugé dans son arrêt n°167732, rendu le 17 mai 2016, annulant une décision de rejet concernant une demande 9 ter, que « le Conseil constate que selon les informations contenues sur le site du centre de Liaisons Européennes et internationales de Sécurité sociale (CLEISS), le régime togolais de sécurité sociale ne vise ni la maladie, ni le chômage » [...]. Ce rapport indique donc que si l'on ne perçoit pas une rémunération soumise à cotisation, aucun système de sécurité sociale ne couvre les soins de santé au Togo. Ce système ne permet pas d'offrir à la requérante une accessibilité aux soins de santé nécessaires. La requérante précisait que l'enseignement du Conseil du contentieux des Etrangers va plus loin concernant d'autres sources habituellement utilisées par l'Office des Etrangers pour prétendre à l'existence de soins disponibles et accessibles au Togo, - soit le site « Social Security Online » et le rapport intitulé « évaluation du droit à la santé aux services médicaux au Togo » de l'association « People's health Movement ». Il a été jugé par Votre Conseil que : - Tout d'abord, concernant le site « Social Security Online » : « il appert du site « Social Security Online » que le régime togolais de sécurité sociale ne couvre en réalité que la vieillesse/invalidité/décès, les allocations familiales, les accidents du travail et les maladies/allocation de maternité. Il y a cependant lieu de constater que sous la rubrique « Sickness and Maternity », il est indiqué que le type de programme est un système d'assurance sociale mais qui ne semble concerner que les allocations de maternité (« Social insurance system Maternity benefits only »). De plus, ce système ne couvre que les employés dont les salariés agricoles et les travailleurs domestiques, les indépendants et les travailleurs du secteur informel. Par ailleurs, le Conseil constate qu'en ce qui concerne les conditions d'admissibilité au système de sécurité sociale, le site « Social Security Online » indique « cash sickness benefits : No statutory benefits are provided. (The labor code requires employers to provide paid sick leave) ». Partant, le Conseil estime qu'il n'est pas permis de déterminer au vu de ces informations relatives au système de sécurité sociale togolais, dont il y a lieu de constater le caractère lacunaire et imprécis, si la partie requérante pourrait bénéficier d'une telle couverture sociale ni si celle-ci couvrirait les soins nécessaires à la partie requérante » [...]. - Ensuite, concernant le rapport intitulé « évaluation du droit à la santé aux services médicaux au Togo » de l'association « People's health Movement » : « ledit document renseigne que « depuis fort longtemps, les indicateurs sociaux se sont détériorés ainsi la majorité de la population togolaise vit dans la précarité et éprouve d'énormes difficultés pour accéder aux soins de santé » en sorte que « malgré toutes ces ratifications et l'existence d'un plan national de développement sanitaire, la population togolaise n'est pas épargnée de la violation du droit à la santé et aux services médicaux en plusieurs volets car les services sanitaires et les prestations de services ne sont pas toujours au point. » Au vu de ces éléments, rien ne permet de considérer que les objectifs ainsi décrits en matière de soins de santé sont déjà réalisés en vue d'assurer une accessibilité effective des soins au Togo » [...]. (CCE, arrêt n°167732 du 17 mai 2016 précité) Ces considérations confirment le constat selon lequel aucun système de santé disponible et accessible nécessaire par l'état de la requérante n'existe au Togo. La requérante indiquait encore que ce constat est par ailleurs confirmé par des acteurs tels que le CNCMUT (le Centre National de Concertation de la Mutualité Universelle au Togo) et le MASMUT (le programme de Micro-Assurance Santé et Mutuelle de Santé). Elle produisait en Pièce 9 de sa demande l'article intitulé « Soins de santé pour tous au Togo : la Mutualité sociale expliquée aux cadres des ministères impliqués » dans lequel ces éléments sont rapportés. Dans leurs rapports, ces acteurs ont mis en évidence les carences du système de Sécurité sociale au Togo et indiquent qu'ils tentent d'étendre la couverture maladie à toute la population. La requérante insistait à cet égard sur le fait qu'il convient de préciser qu'à l'heure actuelle les propositions faites par ces derniers n'ont pas encore été mises [en] oeuvre et ont donc uniquement pour effet de dénoncer l'absence d'efficacité du système de sécurité sociale au Togo. Ils rappellent, en effet, qu'il y existe, depuis 2011, une assurance-maladie organisée par l'INAM (l'Institut National d'Assurance Maladie) mais que cette assurance ne couvre que les agents de l'Etat... ! La requérante

ajoutait qu'on peut d'ailleurs lire sur le site internet de l'INAM que : « L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) qui est chargé de gérer le régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics a pour mission essentielle de : •Assurer la gestion du fonds d'assurance maladie •Immatriculer et tenir à jour les registres d'immatriculation des assurés •Signer les conventions de prestations de soins de santé avec les centres de soins en faveur de ses assurés •Veiller à la qualité des prestations couvertes par le régime d'assurance. Le régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics est financé par les cotisations mensuelles des assujettis (agents publics et assimilés). Le taux de cotisation est fixé à 7% du salaire mensuel réparti à part égale entre l'Etat employeur et l'agent public assuré. » Pièce 10 de la demande En outre, elle signalait divers témoignages qui corroborent et critiquent la qualité et l'effectivité des soins de santé au Togo. On pouvait notamment lire : « Aujourd'hui, quand vous allez dans les centres de santé, on vous demande d'abord de déposer quelque chose, ou alors tous les soins qui vous seront administrés sont purement et simplement payants ! Et cela fait qu'aujourd'hui la plupart des citoyens fuient nos centres de santé publics », explique-t-il. Les centres de santé publics ne sont d'ailleurs pas les seuls concernés. Le problème est partout le même. En ville comme dans les hameaux, les patients hésitent ou refusent d'aller se faire soigner, faute de moyens. Et très vite, la solution la plus proche est trouvée. « Les gens ont leur diplôme mais ils n'ont pas d'emploi, ce qui fait que le Togolais n'a pas les moyens financiers nécessaires pour aller soit dans les grands hôpitaux, ou dans les cliniques pour se faire soigner, regrette un Togolais au micro de RFI. Voilà pourquoi il y a d'ailleurs cette histoire de médicaments vendus au bord des routes, les cliniques dans le coin où les gens préfèrent aller. Avec des moyens modestes, on peut au moins apporter les premiers soins pour calmer une maladie. ». Par « clinique du coin », on comprend « clinique clandestine » tenue par des individus qui n'ont aucune notion de la médecine. Le rapport d'afro-baromètre publié ce mois de janvier 2016 est formel, 76 % de Togolais ont dû vivre l'année dernière sans soins médicaux. » Pièce 11 de la demande. - Dans un article rédigé le 20/06/2017 et intitulé: «Un médecin interpelle le gouvernement sur l'état catastrophique des hôpitaux et le décès de 2 professeurs agrégés de médecine dans des conditions lamentables. », on peut lire les propos tenus par Dr [K.T.] dans une lettre ouverte envoyée au ministre de la Santé togolais : « Les hôpitaux sont toujours aussi mal équipés, les malades toujours autant démunis devant l'annonce de leur maladie et de tout ce qu'il leur faut déboursier avant de se faire soigner, il n'y a pas de transport médicalisé digne de ce nom, les laboratoires sont obsolètes, les appareils de radiologie en panne, les services des urgences démunis, les réanimations n'existent que de nom. Monsieur le Ministre, les morts évitables, nous les subissons chaque jour et cela devient de plus en plus insupportable. (...) ». Pièce 12 de la demande. La requérante évoquait aussi les alternatives insatisfaisantes de privatisation du secteur de la santé proposées par le ministre de la santé, M. [M.M.]. Dans un article intitulé « Togo/Santé : La contractualisation du Ministre [M.M.], sérieusement critiquée » rédigé en dd. 12/02/2017 et consultable sur internet à l'adresse référencée en note de bas de page, on lit ce qui suit : ce Face à son échec dans sa politique à garantir un soin de qualité et une santé pour tous, l'Etat semble trouver une alternative en optant pour la contractualisation du secteur de la santé dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP) annoncé par le gouvernement il y a plusieurs mois. » Pièce 13 de la demande. A cet égard, la requérante entendait rappeler les inquiétudes et les critiques émises à l'encontre de ce projet. Il ressort notamment des témoignages produits que : « Le budget qu'il (le Ministre de la santé) alloue à la Santé ne dépasse toujours pas les 5% au lieu des 15% recommandés. » ; - L'International des Services Publics (ISP) et la Fédération Nationale des Syndicats des Services Publics du Togo, se positionnant quant à ce projet lors d'un séminaire qui s'est déroulé à Lomé, en février 2017, ont déclaré que « (...) la santé publique comme un secteur essentiel majeur qui devrait bénéficier d'une place de choix dans les politiques publiques nationales ainsi que dans toute programmation du développement durable. Ils notent avec tristesse que le secteur de la santé est relégué en arrière-plan des priorités nationales au vu de la régression continue de sa part dans le budget national togolais, avec son lot de conséquences telles la vétusté des infrastructures hospitalières, le sous-équipement, la mauvaise affectation des ressources humaines et financières, le caractère véreux de certains agents de santé. etc. (...) les participants à la rencontre de Lomé ont exprimé de vives inquiétudes. « La forme de contractualisation dont il est question, notamment le PPP saurait-elle garantir l'offre et l'accès aux soins de qualité auxquels tous les citoyens togolais ont droit ? Qu'est-ce qui expliquerait la non implication de tous les partenaires sociaux, de la société civile et des usagers dans la conduite du processus de contractualisation en cours ? ». A cet effet, les participants à l'atelier « expriment de vives inquiétudes sur la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'opportunité même d'une telle approche pour le Togo. (...) En effet, le gouvernement n'a pas lancé un appel d'offre à soumission dans la phase pilote le PPP qui revêt une délégation du service. Ce qui ravive les inquiétudes.» Précisément concernant la région d'origine de la requérante, le Rapport de l'OMS sur le Togo, intitulé « Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 » (consultable sur le site internet : <http://www.who.int/countries/tgo/fr/>) produit à l'appui de sa demande indiquait que seuls 3 centres de dépistage existent dans la région Maritime (pour un total de 41 sur tout le pays !). La

requérante est originaire de Tsévié, un district de la région précitée. Le tableau récapitulatif des structures de santé du secteur public que l'on retrouve en page 7 dudit rapport est le suivant : [...] A cet égard, la partie adverse invoque le fait que la requérante pourrait s'installer dans une région différente de la région d'origine où il est démontré qu'il existe un problème de disponibilité et d'accessibilité aux soins requis. En effet, le médecin de l'Office indique au §10 de la page 3 de son avis-médical que : Il affirme également que la région du Togo d'où provient sa cliente serait problématique quant à la qualité et la disponibilité des soins. Quant à l'accessibilité géographique aux soins, notons que dans son arrêt 61464 du 16.05.2011, le CCE affirme que le requérant «peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que le requérant «peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné». Il est par conséquent loisible à l'intéressée de s'installer dans une région où les soins sont disponibles si elle éprouve des difficultés particulières dans sa région d'origine. Ces deux arrêts cités ne sont pas applicables au cas d'espèce et doivent être écartés. Tout d'abord, ils concernent respectivement le Maroc et l'Arménie. Ensuite, si le premier (CCE n°61464 du 16.05.2011) concerne bien un recours introduit à l'encontre d'une décision de refus dans le cadre d'un dossier 9 ter, il n'y est nulle part mentionné la maladie de l'espèce. Enfin, le second arrêt (CCE n° 57372 du 4.03.2011) est rendu dans le cadre d'un recours contre une annexe 26 quater, soit un refus de séjour pris en vertu du règlement Dublin. Telle qu'elle, la partie adverse s'est limitée à reproduire une position de principe qui ne peut fonder la décision attaquée sans violer les principes de la motivation formelle. Enfin, il convient de rappeler l'arrêt Paposhvili de la Cour européenne des Droits de l'Homme, condamnant la Belgique, par un arrêt prononcé en date du 13 décembre 2016, en déclarant qu'il est interdit d'éloigner un individu vers un pays où il existe « un risque sérieux de détérioration grave et rapide de son état de santé ». La Cour y a précisé que (§190) : « Les 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 ». L'enseignement de l'arrêt Paposhvili indique clairement qu'il doit être tenu compte de « la distance géographique » comme critère d'appréciation de l'effectivité de l'accessibilité des soins concrètement requis par le cas d'espèce, quod non. [...] Il résulte de ces considérations que les soins nécessaires à la requérante ne seront de toute évidence pas couverts en cas de retour au Togo. Vu de ces éléments, il est manifeste que la partie adverse n'a, à aucun moment, fait d'analyse de la situation personnelle de Madame Nadège [A.A.] et a violé les articles 9 ter, 1er, al. 5 et 62 de la [Loi] et que la décision attaquée est manifestement mal motivée. En indiquant que le traitement adéquat pour la requérante est accessible, que la requérante est capable de travailler, qu'elle bénéficierait d'une assurance soins de santé dans son pays d'origine, que les médicaments et soins requis y sont disponibles, et qu'elle pourrait bénéficier du soutien de membres de sa famille et de ses amis, la partie adverse a démontré qu'aucun examen de circonstance n'a été réalisé. Par ailleurs, la partie adverse avance que la tante de la requérante aurait à l'époque financé le voyage de la requérante vers la Belgique, ce qui confirme que la requérante elle-même ne dispose pas de revenus propres et n'aurait pas accès au système d'assurance des soins de santé togolais. En outre, les faits sur lesquels se basent la partie adverse datent de 2010 et il n'est nullement démontré que des liens familiaux et amicaux aient à ce jour persistés, que du contraire. Il faut donc conclure au caractère stéréotypé de l'avis médical du médecin-conseil de l'Office des Etrangers. L'examen de l'accessibilité des soins au Togo devait être réalisé au regard des circonstances propres de la cause. Or, telles quelles, les informations avancées par la partie adverse sont floues et lacunaires et les éléments contenus dans le rapport médical établi par le médecin-conseil de l'Office ne sont pas en lien avec la requérante et sont insuffisants pour offrir une garantie de traitement conforme à sa pathologie. Vu ces éléments, il est manifeste que le médecin-conseil de l'OE, n'a pas procédé à un examen individuel et spécifique du cas d'espèce. Partant, la partie adverse, a violé les articles 9 ter et 62 de la [Loi] en ne recueillant pas toutes les données utiles du cas d'espèces pour prendre sa décision après un examen rigoureux et minutieux. En ne répondant pas concrètement aux éléments invoqués par la requérante, et en se contentant d'affirmer l'accessibilité des soins au Togo de manière théorique et générale, sans examen in concreto, la partie adverse a en outre commis une erreur manifeste d'appréciation et a manifestement violé le principe de bonne administration qui lui imposait pourtant de prendre en considération tous les éléments de la cause avant de prendre sa décision. La décision attaquée est par conséquent prise en violation de ces articles et de ce principe ainsi qu'en violation des devoirs de minutie et de prudence, vu la gravité de l'état de santé, l'âge et le risque d'atteinte à la vie de la requérante. Pour toutes ces raisons, la troisième branche du moyen est fondée et il convient donc d'annuler la décision attaquée ».

2.6. Dans une quatrième branche, ayant trait à un risque de violation de l'article 3 de la CEDH, elle fait valoir que « *En l'espèce, l'examen partiel du dossier de la requérante effectué par la partie adverse ne remplit pas les conditions d'un examen rigoureux, tel que requis par la CEDH et la violation de l'article 3 de la CEDH est manifeste. La contraindre à retourner au Togo remettrait gravement en cause le traitement qu'elle poursuit de manière régulière en Belgique et mettrait sa vie en danger dans la mesure où les soins et médicaments qui lui sont quotidiennement nécessaires n'y sont manifestement ni disponibles ni accessibles. Vu ces éléments connus par la partie adverse et rappelés par la requérante dans les pages précédentes, le retour de la requérante dans son pays d'origine s'inscrirait en violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme selon lesquels toute personne a droit à sa vie privée et familiale et nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitement inhumains ou dégradants. A cet égard, il convient de rappeler l'arrêt Paposhvili de la Cour européenne des Droits de l'Homme, condamnant la Belgique, par un arrêt prononcé en date du 13 décembre 2016, en déclarant qu'il est interdit d'éloigner un individu vers un pays où il existe « un risque sérieux de détérioration grave et rapide de son état de santé ». La Cour y a précisé que (§190) : « Les 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 ». A cet égard, il est également renvoyé à l'arrêt de votre Conseil précité du 6 mars 2017, n°183.376. L'examen de l'impact du retour de la requérante dans son pays d'origine réalisé par la partie adverse n'est pas sérieux et concret, tel que cela est requis par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et par l'article 3 de la CEDH. La décision de refus de séjour est prise en violation de ces articles, de l'obligation de motivation formelle ainsi que des principes de bonne administration. En adoptant la décision attaquée sans démontrer qu'elle a procédé à un examen attentif, rigoureux et in concreto de l'impact d'un retour dans son pays d'origine pour la requérante, alors que celle-ci a fait valoir des griefs sérieux quant à la violation de l'article 3 CEDH en cas de retour, la partie adverse viole cette disposition ainsi que son obligation de motivation. En outre, en adoptant une décision d'éloignement sans démontrer avoir procéd[é] à un examen attentif, rigoureux et concret de la situation médicale de la requérante, alors qu'il existait des griefs sérieux quant à la violation de l'article 3 CEDH en cas de retour, la partie adverse a violé cette disposition ».*

2.7. Elle conclut « *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'intéressée. 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. Que • La méthodologie douteuse et non vérifiable ; • Les considérations générales non étayées ; • Les références hors propos ; • La hauteur des cotisations et le frein qu'elles constituent à une couverture de soins de santé ; • L'ancienneté des sources et leur absence corrélative de fiabilité ; • L'absence d'examen sérieux de tous les éléments concrets de la cause ; • L'absence d'examen de la cause au regard de l'article 3 de la CEDH ; L'ensemble de ces éléments, et bien d'autres, prouvent que la partie adverse n'a pas réalisé un travail minutieux, casuistique et que ce travail d'analyse ne saurait donc être considéré comme adéquat. Il en résulte un défaut de minutie évident et comme en l'espèce, des erreurs manifestes d'appréciation quant à la situation médicale de la requérante et quant au système de soins de santé au Togo. Il aurait été du devoir de l'Office des étrangers de réaliser un travail important et minutieux..., quod non. L'erreur manifeste quant à l'état de santé de la requérante, l'absence de données chiffrées quant au coût de l'assurance soins de santé référencée, l'absence de données quant aux couvertures, stages d'attente de cette mutuelle, et l'absence de concordance entre les assurances/mutuelles énoncées et la situation médicale de la requérante, démontrent une absence de minutie dans le chef de l'administration dans le cadre de l'examen de la demande. Ces absences répétées sont marquées par un manque de minutie, une violation des droits de la défense et engendrent une motivation formelle totalement erronée en fait, témoignent d'une erreur manifeste d'appréciation, et constituent des violations des articles 9 ter et 62 de la [Loi] et également des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991. Que le moyen est fondé dans son ensemble ».*

2.8. Concernant l'ordre de quitter le territoire querellé, elle souligne que « *La décision d'ordre de quitter le territoire notifiée le 31/07/2019 est prise en exécution de la décision de rejet de la demande*

d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la [Loi], prise à l'encontre de la requérante le même jour. La décision d'ordre de quitter le territoire doit donc suivre le sort de la décision principale, à savoir la décision de rejet fondée sur l'article 9ter de la [Loi], prise le 31/07/2019 et notifiée le 06/09/2019. En cas d'annulation de cette décision, en raison des motifs d'annulation précités, la décision d'exécution, qui en est le corollaire, devra également être annulée ».

3. Discussion

3.1. Le Conseil rappelle, à titre liminaire, que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, à laquelle il se rallie, l'exposé d'un « *moyen de droit* » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué (cfr notamment, C.E., arrêt n° 164 482 du 8 novembre 2006).

Le Conseil observe que la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son unique moyen, de quelle manière la partie défenderesse aurait violé les droits de la défense.

Il en résulte que le moyen unique est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation des droits de la défense.

3.2. Sur les quatre branches réunies du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 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 1^{er}, 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 ensuite 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, 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 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où la requérante doit être tenue pour complètement informé de la portée de la disposition dont elle revendique l'application, il lui incombait de transmettre avec la demande, ou les compléments éventuels de celle-ci, tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation 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'expliciter 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle 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 (cfr dans le même sens : C.E., 6 juil. 2005, n°147 344 ; C.E., 7 déc. 2001, n° 101 624).

3.3. En l'espèce, le Conseil constate que la première décision attaquée est fondée sur un rapport établi le 25 juillet 2019 par le médecin-conseil de la partie défenderesse sur la base d'un certificat médical type produit par la requérante à l'appui de sa demande, rapport dont il ressort, en substance, que celle-ci n'est pas en incapacité de voyager et qu'elle souffre d'une pathologie pour laquelle les soins et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine. A titre de précision, le médecin précité a rendu un avis médical personnalisé en fonction des éléments de la situation individuelle de la requérante invoqués à l'appui de la demande.

Quant au grief selon lequel le médecin-conseil de la partie défenderesse aurait émis des considérations juridiques, le Conseil rappelle qu'en vertu de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 5, de la Loi « *L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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* » et qu'ainsi, ce médecin a pu, dans ce cadre, faire état de ce qui peut s'apparenter à d'éventuelles considérations juridiques.

3.4.1. Concernant la disponibilité des soins et du suivi nécessaires dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a mentionné que « • *L'association de abacavir + dolutégravir + lamivudine ne semble pas disponible actuellement au Togo; seuls abacavir et lamivudine [des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse - INTI] sont disponibles (cf. BMA-11813); cela étant, selon ONUSIDA, le traitement antirétroviral standard actuellement recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour les adultes et les adolescents se compose de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), plus un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ou un inhibiteur de l'intégrase; névirapine, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, est disponible au Togo (cf. BMA-11813), l'ensemble des médicaments disponibles rencontre donc les préconisations internationales en matière de traitement de l'infection HIV ; • Les consultations d'un spécialiste HIV et les tests de biologie sont disponibles au Togo (cf. BMA-11813). Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine. Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressée puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine de la requérante soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique. Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée): 1. Le site Officiel de ONUSIDA (UNAIDS en anglais), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida; 2. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI: • Requête MedCOI du 07/12/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11813. De plus, la pathologie attestée ne répond pas aux critères de l'article 9ter § 1^{er}, alinéa (sic) de la loi du 15 décembre 1980 qui stipule qu'elle doit entraîner un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant compte tenu du fait que le traitement adéquat existe dans le pays d'origine. A noter que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans n'importe quel pays du monde, ce qui n'empêche toutefois pas d'avoir recours à une alternative médicamenteuse du moins si pas identique du moi[n]s raisonnable. Par ailleurs, les affections dont il est question étant chroniques, [la requérante] peut à loisir se constituer un petit stock pouvant pallier lesdites indisponibilités temporaires. Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin ; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a*

posteriori une péjoration de la situation clinique antérieure. Rappelons que ce n'est pas au délégué du ministre d'effectuer des démarches pour la mise à jour médicale d'une demande 9ter (= compléter les infos médicales) : ce soin et cette diligence incombent au demandeur et cette charge de preuves ne peut être inversée. De plus, il incombe au demandeur de rédiger sa demande avec soin afin d'éclairer sa situation personnelle », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.

3.4.2. Relativement à la disponibilité au pays d'origine d'un spécialiste des maladies infectieuses et du suivi de la charge virale et des cellules CD4 pour lequel est requis un appareil médical particulier, le Conseil estime que la mention selon laquelle « *Les consultations d'un spécialiste HIV et les tests de biologie sont disponibles au Togo (cf. BMA-11813)* », suffit à en attester.

3.4.3. Quant à l'argumentation ayant trait à l'intolérance de la requérante à l'« *Efavirenz* » et à l'indisponibilité au Togo du Triumeq qui est le traitement prescrit en Belgique, le Conseil observe, outre ce qui figure au point 3.4.1. du présent arrêt, que le médecin-conseil de la partie défenderesse a noté, dans le cadre de l'accessibilité des soins et du suivi requis dans le pays d'origine, que « *Le Conseil aborde également l'absence du Triumeq® au Togo et l'intolérance de sa cliente à l'Efavirenz. Soulignons que nos recherches ont démontré que des alternatives autres que l'Efavirenz sont possibles et disponibles dans le pays d'origine (voir disponibilité des soins ci-dessus)* ».

Ainsi, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a constaté la substitution possible d'un médicament, et la disponibilité du substitut, au pays d'origine de la requérante. Or, le Conseil d'Etat a déjà jugé qu'« *il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine* » (C.E., arrêt n° 236 016, rendu le 6 octobre 2016). Il en est d'autant plus ainsi qu'aucun élément n'a été invoqué pour démontrer que, dans la situation spécifique de la requérante, un médicament équivalent ne serait pas en mesure de fournir un traitement adéquat. A ce dernier égard, la seule indication par le médecin de la requérante dans le certificat médical type produit que « *Son état de santé restera bon, pour autant qu'elle puisse continuer ce traitement [le traitement prescrit en Belgique] qui lui convient parfaitement* » ne peut suffire.

3.4.4. S'agissant des indications selon lesquelles « *Par ailleurs, les affections dont il est question étant chroniques, [la requérante] peut à loisir se constituer un petit stock pouvant pallier lesdites indisponibilités temporaires* » et « *Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin ; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a posteriori une péjoration de la situation clinique antérieure* », force est en tout état de cause de constater qu'elles sont surabondantes.

3.4.5. A propos des informations de la base de données non publique MedCOI, le Conseil relève qu'elles figurent au dossier administratif et qu'il était loisible à la requérante de demander la consultation de ce dossier sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration.

Par ailleurs, le Conseil souligne que le projet MedCOI est une initiative du « *Bureau Medische Advisering (BMA)* » du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qu'il associe 15 partenaires dont 14 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fond Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. En outre, les sources du projet sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « *International SOS* », « *Allianz Global Assistance* » et « *Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine* ». Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

Pour le surplus, le Conseil estime également que la partie requérante reste en défaut d'établir un quelconque lien de causalité entre la clause de non-responsabilité indiquée et un manque de fiabilité.

3.5.1. S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi nécessaires dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « Le conseil de la requérante apporte plusieurs documents pur illustrer d'hypothétiques problèmes de disponibilité et d'accessibilité des soins au Togo (pièce 3 à 13 en annexe à la demande 9ter). Il fournit ainsi de nombreuses données statistiques sur le VIH et la situation sanitaire en général, il met en exergue les mauvaises conditions d'hygiène, l'absence d'engagement politique concernant les soins de santé, le manque de personnel qualifié et d'infrastructures de qualité. Notons que ces différents éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). La requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale décrite et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En outre, 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'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. Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Rappelons aussi 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 la requérante peut prétendre à un traitement médical au Togo. 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 aborde également l'absence du Triumeq® au Togo et l'intolérance de sa cliente à l'Efavirenz. Soulignons que nos recherches ont démontré que des alternatives autres que l'Efavirenz sont possibles et disponibles dans le pays d'origine (voir disponibilité des soins ci-dessus). Il affirme également que la région du Togo d'où provient sa cliente serait problématique quant à la qualité et la disponibilité des soins. Quant à l'accessibilité géographique aux soins, notons que dans son arrêt 61464 du 16.05.2011, le CCE affirme que le requérant «peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que le requérant «peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné». Il est par conséquent loisible à l'intéressée de s'installer dans une région où les soins sont disponibles si elle éprouve des difficultés particulières dans sa région d'origine. Par ailleurs, le site web du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale montre que le régime togolais de sécurité sociale couvre les salariés et assure à ceux-ci et à leur famille différentes protections dont notamment une assurance maladie, des prestations familiales et différentes pensions (vieillesse, invalidité, décès). Les soins sont dispensés dans le cadre du Code du travail aux salariés et à leur famille au sein de structures sanitaires publiques. Notons que l'intéressée est en âge de travailler et qu'elle ne démontre pas une incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Rien ne prouve dès lors qu'elle ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine pour financer ses soins médicaux et bénéficier à terme des aides de la sécurité sociale. En outre, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a mis en place en 2016 une Politique Nationale de Santé et un nouveau Code de la Santé Publique qui prévoit, entre autres, la gratuité pour les traitements du HIV et la prise en charge des démunis. Rappelons encore que la requérante est en âge de travailler et qu'elle a déclaré, lors de sa demande d'asile, disposer d'un diplôme et avoir déjà travaillé dans le pays d'origine comme commerçante ce qui devrait assurément l'aider à retrouver de l'emploi. Elle a en outre déclaré avoir de la famille et des amis au Togo. Notamment sa tante qui a financé son voyage vers la Belgique. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir à nouveau de l'aide financière ou autre auprès de son entourage en cas de nécessité. Soulignons que nous devons considérer les informations données lors de la demande d'asile comme étant crédibles puisque la requérante les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître réfugiée. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, est-il permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Togo », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile.

Le raisonnement du médecin-attaché de la partie défenderesse repose donc sur des éléments distincts, à savoir : le CLEISS, la mise en place par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale en 2016 d'une Politique Nationale de Santé et d'un nouveau Code de la Santé Publique, la présence au Togo de la famille et d'amis de la requérante et la possibilité pour cette dernière d'y retrouver un emploi. Or, en termes de requête, la requérante conteste en substance les trois premiers éléments mais non la possibilité de travailler au Togo au vu de son âge et de ses déclarations lors de sa procédure de

protection internationale. En conséquence, sans s'attarder sur la pertinence ou non de cet argumentaire, le Conseil estime que la possibilité pour la requérante de prendre en charge ses soins de santé dès lors qu'elle pourrait retrouver un emploi au Togo, ce qui n'est pas expressément remis en cause en termes de requête, suffit aux yeux du médecin-conseil de la partie défenderesse pour considérer que la condition d'accessibilité aux soins et suivi requis au Togo est remplie. A titre de précision, le Conseil souligne, à l'instar du médecin-conseil de la partie défenderesse, que la requérante n'a nullement démontré une incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Pour le surplus, s'agissant de la Politique Nationale de Santé et du nouveau Code de la Santé Publique prévoyant entre autres la gratuité pour les traitements du HIV et la prise en charge des démunis, le Conseil relève que sa mise en œuvre semble déjà effective et que c'est uniquement la perspective de la fin de l'épidémie du VIH qui est envisagée à l'horizon 2030.

3.5.2. Au sujet des nombreuses considérations ayant trait au fait que les soins de santé au Togo sont de qualité inférieure à ceux dispensés en Belgique, le Conseil ne peut qu'observer en tout état de cause qu'il ne découle pas du prescrit de l'article 9 *ter* de la Loi ou de son commentaire, que la dimension qualitative des soins est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de la disposition précitée.

3.5.3. Relativement au manque de personnel qualifié au Togo, le Conseil relève qu'il a effectivement un caractère général dès lors qu'il ne ressort pas des pièces déposées à l'appui de la demande que cela concerne spécifiquement le personnel qualifié pour traiter les malades du VIH dont est atteinte la requérante.

3.5.4. Enfin, le Conseil souligne que l'existence d'un traitement adéquat s'apprécie dans le pays d'origine ou de séjour du demandeur et nullement dans la localité ou la municipalité où ce dernier serait désireux de s'établir, en manière telle que la distance entre la région d'origine et les établissements de santé où les soins et le suivi nécessaires sont disponibles, est dénuée de pertinence. Pour le surplus, le Conseil observe en tout état de cause que dans le cadre du présent recours, la partie requérante ne se prévaut aucunement du fait que la requérante ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins et le suivi requis sont disponibles.

3.6. A propos de l'invocation d'une violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, en se référant au rapport de son médecin-conseil, la partie défenderesse a déclaré non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé de la requérante sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant.

3.7. Le Conseil estime par conséquent que la partie défenderesse a pu, sans commettre une erreur manifeste d'appréciation ni violer les dispositions et les principes visés au moyen, rejeter la demande de la requérante en se référant au rapport de son médecin-conseil du 25 juillet 2019.

3.8. Au sujet de l'ordre de quitter le territoire querellé, lequel est l'accessoire de la première décision entreprise dans le cadre duquel le respect de l'article 3 de la CEDH a déjà été examiné (*cfr supra*), il s'impose de constater qu'il est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation que « *En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : - L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable* », laquelle n'est nullement contestée.

3.9. Les quatre branches réunies du moyen unique pris ne sont pas fondées.

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 unique.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-quatre janvier deux mille vingt-deux 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