



Arrêt

n° 299 107 du 21 décembre 2023
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. GELEYN
Avenue Henri Jaspar, 109
1060 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 la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 avril 2023, par X, qui déclare être de nationalité tanzanienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 3 février 2020 et notifiés le 10 mars 2023.

Vu le titre Ier 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 « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 1^{er} août 2023 convoquant les parties à l'audience du 12 septembre 2023.

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

Entendu, en leurs observations, Me B. BOUCHAT *loco* Me F. GELEYN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *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 26 mai 2009.

1.2. Elle a ensuite introduit diverses demandes de protection internationale et une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *bis* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 17 juillet 2009, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été rejeté dans une décision du 1^{er} février 2013, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt 229 399 prononcé le 28 novembre 2019, le Conseil a annulé ces actes.

1.4. Le 31 janvier 2020, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. En date du 3 février 2020, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif (s) :

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

Madame [S.L.N.], de nationalité Tanzanie, invoque son problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers la Tanzanie, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 31.01.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme, du point de vue médical, sur base des documents fournis par la requérante, que la pathologie dont souffre l'intéressée depuis des années peut être contrôlée par un traitement adéquat qui est accessible et disponible dans le pays de retour.

La pathologie dont souffre l'intéressée n'entraîne pas un risque réel pour la vie de la requérante, pour son intégrité physique ou encore de risque de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement et le suivi médical sont disponibles et accessibles en Tanzanie.

De ce point de vue donc, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Tanzanie.

Dès lors,

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

2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où [elle] séjourne.

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

Les soins sont donc disponibles et accessibles en Tanzanie.

Vu que [la requérante] a déjà été radié[e] d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour ».

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2. En fait, l'intéressée séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation

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

- de l'article 9ter de la [Loi] ;
- de l'article 62 de la [Loi] ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;

- de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- de l'article 41 de la Charte européenne des droits fondamentaux ;
- des articles 23, 14 et 26 du Code judiciaire et de l'autorité de la chose jugée ;
- du droit d'accès au dossier, corollaire des droits de la défense, défendus à l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ;
- du principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause ;
- du principe général de bonne administration, du devoir de minutie et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation dans le chef de l'administration ;
- du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs ;
- du principe général de bonne administration du raisonnable et de proportionnalité ;
- du principe général de confiance légitime en l'administration ;
- du principe général de bonne administration du devoir de minutie ;
- du principe audi alteram partem ;
- du principe du délai raisonnable ;
- pour cause d'erreur manifeste d'appréciation et d'erreur dans les motifs ».

2.2. Après avoir reproduit le contenu de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, et un extrait de l'arrêt n° 177 247 prononcé le 31 octobre 2016 par le Conseil, elle explicite la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse et du devoir de minutie.

2.3. Dans une première branche, ayant trait à la « Violation des articles 9ter et 62 de la [Loi], violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et violation du principe général de bonne administration (qui impose à l'administration un devoir de minutie) et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation, violation du principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause, violation du principe général de confiance légitime en l'administration, violation du principe de délai raisonnable, et violation du principe audi alteram partem », elle développe « Attendu que, PREMIÈREMENT, il importe de souligner que la partie adverse a mis pas moins de trois ans pour notifier la décision litigieuse ; Que bien que la notification doive être faite par les services communaux, il n'en reste pas moins que la partie défenderesse est directement responsable de ce délai déraisonnable : c'est en effet la partie défenderesse qui a commis une erreur importante en envoyant la décision litigieuse à la commune de Jodoigne (alors que cette adresse n'a jamais été reprise dans la procédure 9ter de la requérante, qui séjournait à Charleroi quand la demande 9ter a été introduite, puis à Marcinelle et enfin en région Bruxelloise, ce qui avait été communiqué à la partie adverse) ; Qu'en outre, le conseil de la partie requérante a, durant de nombreux mois, tenté d'obtenir davantage d'informations et une notification formelle de la décision en contactant la partie adverse, sans succès (pièce 15) ; Que la tardiveté de la notification a causé un grand grief à la requérante (actualisations de sa situation de santé envoyées avec diligence à la partie adverse qui ne souhaitait en réalité plus traiter le dossier et l'avait transmis aux mauvais services, non prise en considération d'éléments essentiels, sans compter les problèmes et incompréhensions entraînés en termes d'aide sociale) ; Qu'en agissant comme elle l'a fait, la partie défenderesse a violé le principe du délai raisonnable ; [...] Attendu que, DEUXIÈMEMENT, il est crucial de dénoncer l'illégalité de la décision litigieuse, qui ne prend pas [en] considération tous les éléments médicaux, pourtant pertinents, qui lui avaient été transmis ; Que le travail de la partie adverse est gravement lacunaire ; Que la partie adverse ne prend pas en compte tous les éléments de la cause ; Que comme indiqué supra, la partie requérante avait transmis à la partie adverse une série de documents et d'informations médicales indispensables au traitement de sa demande 9ter, en ce compris : - Dr [M.-C. P.], Certificat médical type, 07.06.2018 (+ annexe) : Dr [N.D.], Attestation médicale, 24.10.2019; Historique des hébergements au Samu Social depuis 2015 (communiqués dans un courrier du 28/10/2019-pièce 5bis) ; - Dr. [M.-C.P.], Certificat médical type, 13.12.2019; Dr. [N.D.], Attestation médicale, 24.10.2019; Dr. [M.-C.P.], Prescription de SYMTUZA, 18.09.2019; Dr. [M.-C.P.], Certificat médical type, 07.06.2018; Dr. [R.D.], Certificat médical type, 16.02.2015; Dr. [R.D.], Certificat médical type, 15.07.2013 (communiqués dans un courrier du 20/01/2020 - pièce 7) ; Que la partie défenderesse ne rencontre pas ces éléments plus récents dans l'acte attaqué ; Qu'elle ne les analyse absolument pas ; Qu'en effet, l'avis du médecin-conseil fondant la décision litigieuse mentionne le certificat médical-type du 01/09/2011 (Dr [J.-C.L.]), le rapport médical du 08/06/2009, le rapport médical du 30/06/2009 (Dr [J.-C.L.]), le rapport médical du 27/04/2010 (Dr J.-C.L.)), et le rapport médical du 05/10/2010 (Dr [R.D.]), mais pas les documents médicaux susvisés, alors qu'ils sont bien plus récents, particulièrement éclairants, et qu'ils ont été dûment transmis à la partie adverse préalablement à la prise de décision litigieuse ; Qu'alors que la partie défenderesse affirme qu'il « n'incombe pas au médecin conseiller de l'OE, dans l'exercice de sa mission, de supputer l'éventualité

d'une aggravation ultérieure de pathologies, en ce compris d'hypothétiques complications, mais de statuer, sur base des documents médicaux qui lui ont été transmis », il s'avère que, loin de statuer sur l'ensemble des éléments qui lui ont été transmis, elle ne prend en considération qu'une maigre partie de ceux-ci, et qui plus est les plus anciens, et que ses conclusions sont d'autant moins précises - ce que l'aggravation effective ultérieure de l'état de santé de la requérante confirmera du reste ; Que cela est d'autant plus choquant que la partie adverse en profite pour retenir un nombre limité de pathologies actives, et estimer que certaines d'entre elles ne sont pas documentées, alors qu'elle ne prend pas la peine de prendre en considération ce qui a été dûment documenté... (pièce 1 ter) ; Que pour exemple, le docteur établissait dans un rapport médical du 16/04/2010 la dysplasie du col (pièce 14bis). Qu'en outre, cela est d'autant plus choquant que la partie adverse reproche indûment à la requérante un manque d'actualisations : « 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 » (pièce 1 ter), alors que la requérante a fait preuve de tout le soin et de toute la diligence requise ; Que la partie défenderesse ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons qui ont présidé à la prise de la décision querellée, en violation de son obligation de motivation formelle des actes administratifs ; Attendu qu'ensuite, d'autres documents et informations médicales indispensables au traitement de la demande 9ter de la requérante avaient été transmis à la partie adverse préalablement à la notification de la décision litigieuse, en ce compris : Dr. [N.D.], Certificat médical type, 18/02/2022 ; Dr. [A.R.], Rapport d'hospitalisation en gynécologie, 13/02/2022 ; Dr. [M.-C.P.], Rapport de consultation du service de maladies infectieuses, 20/10/2021 ; Dr. [D.B.], Certificat médical, 28/07/2021 ; Dr. [N.S.], Certificat médical, 09/07/2021 ; Dr. [C.M.-M.], Certificat médical, 13/07/2021 ; Dr. [J.-C.L.], Certificat médical, 23/06/2015 ; Dr. [F.B.], Rapport médical, 24/02/2022 (communiqués dans un courrier du 20/01/2020 - pièce 9) ; Qu'il y avait également lieu de prendre cette actualisation en considération, dès lors qu'elle avait été transmise à la partie défenderesse plus d'un an avant la notification de la décision litigieuse, et qu'elle contenait des informations sur l'évolution médicale telles qu'elle ne pouvait qu'en tenir compte, en vertu de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (ce qui devait à tout le moins mener au retrait de la décision litigieuse) ; Attendu que dès lors qu'il ne prend pas en considération les dernières informations qui lui ont été transmises concernant l'état de santé de la requérante, l'avis médical du médecin-conseil de la partie adverse se fonde sur un traitement qui n'est plus du tout d'actualité au moment où la décision a été notifiée à la requérante (!) (pièce 1 ter) ; Qu'en procédant de la sorte, la partie adverse a violé le prescrit des articles 9ter et 62 de la [Loi] ainsi que des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, et le principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause, en ne prenant pas en considération les nouveaux éléments invoqués à l'appui de la demande de régularisation introduite le 17/07/2009, ce qui justifie en tant que tel une annulation de la décision litigieuse. Que sur cette base seulement, une annulation de la décision litigieuse se justifie déjà ; [...] Attendu que TROISIÈMEMENT, la partie adverse motive sa décision au moyen d'une argumentation de type stéréotypée, ne reprenant pas les éléments de la cause et ne correspondant pas à une motivation répondant aux exigences légales des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; Que la décision prise par la partie adverse n'est en rien individualisée ; qu'à aucun moment, la décision ne fait référence à la maladie dont souffre Madame [S.W.N.] : il y a fait mention de son « problème de santé » ou de sa « pathologie » sans autre précision ; Qu'elle ne les identifie pas, ne les nomme pas ; Que la requérante est désignée à au moins une occasion par le pronom personnel masculin, ce qui finit de la convaincre du caractère stéréotypé de la décision litigieuse ; Que la décision litigieuse est rédigée en des termes identiques à celle prise le 01/02/2013, presque en tous points (pièce 4) ; Qu'elle ne reprend aucune considération de fait ; Que la partie adverse se borne à faire référence à l'avis du médecin conseil remis le 31/01/2020 ; que la décision se réfère intégralement à l'avis du médecin conseil en manière telle que la décision querellée ne fait apparaître aucun réel examen de la demande formulée par la requérante de la part de l'attaché de l'Office des Étrangers ; Qu'en cela déjà, la décision querellée viole les dispositions visées au moyen ; Qu'il a en effet été décidé par le Conseil d'État que, « selon les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, la motivation dont chaque acte administratif doit faire l'objet consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait qui ont déterminé son adoption ; que cette motivation doit être adéquate, c'est-à-dire exacte, complète et propre au cas d'espèce » (Conseil d'État, arrêt n° 185.724 du 19 août 2008 ; RG : A. 179.818/29.933) ; Que la motivation est insuffisante et erronée car elle ne comporte aucun élément relatif à la situation personnelle ou médicale de la requérante, aucune précision sur la nature de la maladie ou son degré de gravité n'est émise, ni sur l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine [de la requérante], alors que ceci faisait l'objet d'un point entier dans la demande originaire ; [...] Attendu que, QUATRIÈMEMENT, dans le cadre de la décision de non-fondement du 03/02/2020, il est indiqué que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager ; Que pourtant, le certificat médical du 08/06/2009 soumis à la

partie adverse, et que le médecin-conseil mentionne dans son avis fondant la décision litigieuse, indique que la patiente ne peut voyager (et en outre que les soins ne peuvent être continués dans son pays de provenance) ; Que le médecin [L.] confirme dans son rapport médical du 30/06/2009 que la requérante ne peut effectuer de longs voyages, et dans son rapport du 27/04/2010 que la requérante ne peut faire de séjour de longue durée dans son pays d'origine (voy. pièce 1^{er} et pièce 2, b)) ; Que la partie adverse se contente de balayer ces avis médicaux en estimant que l'incapacité à voyager de la requérante n'est pas objectivement documentée, sans convaincre pour autant ou documenter la prétendue capacité de la requérante à voyager, et surtout, sans avoir rencontré, entendu ou ausculté la requérante ; Que la partie adverse ne motive en rien les raisons pour lesquelles elle se désolidarise des avis médicaux de médecins spécialistes connaissant la patiente et la suivant de longue date, et ce sur base de considérations abstraites ; Que la motivation de la décision n'est par conséquent pas adéquate ; Que, partant, eu égard à tous ces éléments, la partie adverse a violé les articles 9^{ter} et 62 de la [Loi] et les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 en ne prenant pas en considération les nouveaux éléments invoqués à l'appui de la demande de régularisation introduite le 17/07/2009. [...] Attendu que CINQUIÈMEMENT, la partie adverse aurait dû exiger que son médecin-conseil ausculte Madame [S.L.N.] sur base de l'article 9^{ter} de la [Loi], en raison de la particularité du dossier, qui est en cours depuis plus de 13 ans, et donc en raison de l'évolution prévisible et probable d'un patient atteint de pathologies graves et chroniques sur un tel laps de temps ; Que dans un jugement du 30.06.2017 (RG n° 16/6964/A) (pièce 18), le Tribunal de première instance francophone de Bruxelles a estimé que l'Office des Étrangers a commis une faute en ne permettant pas que son médecin-conseil ausculte le patient et se consulte avec le spécialiste du patient s'il n'est pas d'accord avec eux ; Que le Tribunal estime notamment dans ce jugement que : ■ L'obligation d'entendre le demandeur avant de statuer sur ses demandes successives de régularisation pour raisons médicales doit être respectée ; ■ Le code de déontologie médicale impose aux médecins de voir et d'interroger personnellement le patient pour conclure lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic ; ■ Un avis sur le dossier médical d'un patient porte de manière inévitable et évidente sur ce patient, et pas seulement sur le dossier ; le dossier est un outil au service de l'acte médical et jamais de sa finalité ; cela signifie que la concertation avec le médecin-traitant est indispensable lorsque l'avis du médecin-fonctionnaire est en contradiction avec ce qu'a attesté le médecin-traitant ; ■ Quand un médecin-fonctionnaire n'est pas spécialisé » dans l'affection en question s'écarte de l'avis d'un spécialiste de cette affection, la concertation entre les deux médecins est impérative et si la divergence d'opinion persiste, l'avis d'un expert indépendant est indiqué. Qu'ainsi, en ce que le médecin-conseil de la partie adverse n'a pas examiné Madame [S.L.N.], que rien ne permet de penser que ce médecin-fonctionnaire était spécialisé dans l'affection en question, qu'il est manifestement en désaccord avec les médecins spécialistes de la requérante, et qu'aucune concertation entre médecins n'a été organisée, le médecin-conseil de l'Office des Étrangers a violé son obligation de déontologie médicale et l'État belge a commis une faute, violant par conséquent l'article 9^{ter} de la [Loi], mais également le principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause ; Que, n'ayant pas pris la peine de s'enquérir de l'aggravation de la situation médicale de Madame [S.L.N.], alors que plus de 10 ans s'étaient écoulé[s] depuis l'introduction de la demande initiale, et alors que de nombreuses actualisations avaient été transmises à l'Office des Étrangers avant et après qu'il ne prenne la décision litigieuse (mais en tout état de cause, bien avant qu'il ne daigne la notifier), et alors que ces longs délais sont à tout le moins partiellement imputables à la partie adverse (délai déraisonnable pour prendre la première décision annulée par Votre Conseil - 3 ans et demi ! -, puis délai déraisonnable pour notifier une seconde décision négative - 3 ans entre la prise de décision et sa notification -, décision négative du reste pauvrement éclairée et en décalage par rapport à la réalité médicale et sociale de la requérante), la partie adverse viole également le principe général de bonne administration et le devoir de minutie et elle commet une erreur manifeste d'appréciation ; [...] Attendu que SIXIÈMEMENT, une observation importante doit être faite quant à la pertinence de l'avis médical rendu par le médecin attaché de l'Office des Étrangers dans la mesure où, après recherches effectuées sur le site internet, il apparaît que le Docteur [P.C.] est médecin généraliste ; Qu'il n'est donc nullement spécialisé dans les pathologies infectieuses, ni en gynécologie, ni en oncologie, au contraire des médecins spécialistes qui accompagnent la requérante et ont rendu des avis médicaux ayant motivé la demande 9^{ter} et ses actualisations ; Que l'on doit ainsi mettre en balance la pertinence et l'importance de l'avis rendu par des médecins spécialistes de la pathologie visée par le dossier (qui plus est, récemment) et l'avis d'un autre médecin non spécialisé ; Que l'avis du médecin conseil de l'Office des Étrangers, qui n'a pas procédé à un examen de la requérante, et n'a pas sollicité l'avis d'un médecin expert, ne peut être valablement retenu ; Qu'en l'espèce, il est manifeste que les constatations et diagnostics des Docteurs [N.D.], [M.-C.P.], [R.D.] et [J.-C.L.] doivent primer, s'agissant par ailleurs de médecins suivant la requérante depuis plusieurs années, et ceci d'autant plus que dans le certificat établi par le Docteur [D.] en réaction à la première décision négative de février 2013, il mentionne les inexactitudes commises par le médecin de l'Office des Étrangers ; [...] Attendu que SEPTIÈMEMENT, l'article 41 de la Charte européenne des droits fondamentaux prévoit

le droit à une bonne administration, en ce compris le droit à être entendu ; Que la partie adverse aurait dû, avant d'adopter une décision de rejet de la demande 9^{ter} et de l'ordre de quitter le territoire, entendre la partie requérante sur sa situation médicale ; Que le principe audi alteram partem suppose que la partie requérante soit entendue avant qu'une décision « dont les conséquences sont susceptibles d'affecter gravement la situation ou les intérêts de leur destinataires » ne soit prise (C.E., arrêt Lindeberg, n°179.795 dd. 18 février 2008) ; Que ce principe tend à un double objectif : « d'une part, permettre à l'autorité de statuer en pleine et entière reconnaissance de cause et, d'autre part, permettre à l'administré de faire valoir ses moyens compte tenu de la gravité de la mesure que ladite autorité s'apprête à prendre à son égard » (C.E., arrêt Pagnier, n°197.693 dd. 10 novembre 2009, C.E., 29 mai 1985, n°25.373 - nous soulignons) et fait partie intégrante du principe de bonne administration et d'équitable procédure (C.E. 5 février 1970, n° 13.99, Lamalle) ; Que l'importance du principe d'être entendu est également souligné par l'UNHCR, comme l'indique l'article du CBAR : "Echter, UNHCP is altijd van mening geweest dat "Untrue statements by themselves are not a reason for refusal of refugee status and it is the examiner's responsibility to evaluate such statements in the light of all the circumstances of the case." 7 De asielzoeker moet worden geconfronteerd met de bevindingen. Hem / haar moet de kans worden gegund uitleg te verschaffen. » (<http://www.cbarbchv.be/Portals/0/Juridische%20informatie/Asiel/Analyses/FrausOmniaCorrumpit.pdf>) (Traduction libre : Cependant, le HCR a toujours considéré que « Les déclarations mensongères ne constituent pas en elles-mêmes un motif de refus du statut de réfugié et il incombe à l'examineur d'évaluer ces déclarations à la lumière de toutes les circonstances de l'affaire ». Le demandeur d'asile doit être confronté aux conclusions. Il doit avoir la possibilité de s'expliquer) ; Que Votre Conseil s'est prononcé sur le droit d'être entendu, dans un arrêt n° 178 501 du 28 novembre 2016, dans lequel il a été rappelé la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne : « 3.2. Le Conseil rappelle également, à la suite de la Cour de Justice de l'Union européenne, que le droit à être entendu, avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts, fait partie des droits de la défense consacrés par un principe général du droit de l'Union européenne (CJUE, Khaled Boudjida, C-249/13, 11 décembre 2014, point 34) ; que ce droit à être entendu garantit à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts ; que la règle selon laquelle le destinataire d'une décision faisant grief doit être mis en mesure de faire valoir ses observations avant que celle-ci ne soit prise, a pour but que l'autorité compétente soit mise à même tenir utilement compte de l'ensemble des éléments pertinents ; que le droit à être entendu avant l'adoption d'une telle décision doit permettre à l'administration nationale compétente d'instruire le dossier de manière à prendre une décision en pleine connaissance de cause et de motiver cette dernière de manière appropriée, afin que, le cas échéant, l'intéressé puisse valablement exercer son droit de recours. Le Conseil rappelle, en outre, que dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt M.G. et N. R. contre Pays-Bas (C-383/13, 10 septembre 2013), la Cour de Justice de l'Union Européenne rappelle tout d'abord que le respect du droit d'être entendu déduit de l'article 41 de la Charte s'impose même lorsque la réglementation applicable ne prévoit pas une telle formalité (§32). La Cour rappelle ensuite le caractère non absolu d'une telle garantie (§ 33) et conclut que dans les cas qui lui est soumis (violation du droit d'être entendu à l'occasion d'une décision de prolongation de la rétention d'un étranger en vue de son éloignement, le droit de l'UE ne prévoyant aucune sanction spécifique, la décision en cause doit être annulée uniquement si, en l'absence de cette irrégularité, la procédure administrative aurait pu aboutir à un résultat différent (§38). La Cour balise le contrôle qui incombe au juge national dans ce cadre en précisant qu'il doit vérifier si, en fonction des circonstances de fait et de droit spécifiques de l'espèce, la procédure administrative en cause aurait pu aboutir à un résultat différent du fait que les ressortissants des pays tiers concernés auraient pu faire valoir des éléments de nature à changer le sens de la décision (§ 40). La Cour ponctue son raisonnement - et le consolide - en ajoutant que ne pas laisser un tel pouvoir d'appréciation au juge porterait atteinte à l'effet utile de la Directive retour (2008/115/CE). Le Conseil rappelle enfin, qu'en ce qui concerne le droit du requérant à être entendu par l'autorité avant l'adoption d'une décision susceptible d'affecter défavorablement ses intérêts, il importe peu qu'il s'agisse du droit procédant d'un principe général du droit de l'Union européenne ou de celui consacré par un principe général de droit interne, dès lors que celui-ci, sous l'adage audi alteram partem, a en tout état de cause été expressément invoqué par le requérant. Partant, eu égard à la finalité précitée du droit à être entendu, l'administration a l'obligation de rechercher les informations lui permettant de statuer en connaissance de cause. Il lui appartient en effet d'instruire le dossier et donc d'inviter l'étranger à être entendu au sujet des raisons qui s'opposeraient à ce que l'administration mette fin à son séjour ou l'éloigne du territoire. Seule une telle invitation offre, par ailleurs, une possibilité effective et utile à l'étranger de faire valoir son point de vue » [...] ; Que Votre Conseil s'est également prononcé sur le droit d'être entendu dans une affaire enrôlée sous la référence 154.674 au cours de laquelle il a rappelé la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt 'M.M. contre Irlande' du 22 novembre 2012(C-277/11) : « '83. Le paragraphe 2 dudit article 41 prévoit

que ce droit à une bonne administration comporte notamment le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre, le droit d'accès de toute personne au dossier qui la concerne, dans le respect des intérêts légitimes de la confidentialité et du secret professionnel et des affaires, ainsi que l'obligation pour l'administration de motiver ses décisions. 84. Force est de constater que, ainsi qu'il résulte de son libellé même, cette disposition est d'application générale. 85. Aussi la Cour a-t-elle toujours affirmé l'importance du droit d'être entendu et sa portée très large dans l'ordre juridique de l'Union, en considérant que ce droit doit s'appliquer à toute procédure susceptible d'aboutir à un acte faisant grief (voir, notamment, arrêts du 23 octobre 1974, *Transocean Marine Paint Association/Commission*, 17/74, Rec. p. 1063, point 15; *Krombach*, précité, point 42, et *Sopropé*, précité, point 36). 86. Conformément à la jurisprudence de la Cour, le respect dudit droit s'impose même lorsque la réglementation applicable ne prévoit pas expressément une telle formalité (voir arrêt *Sopropé*, précité, point 38). 87. Le droit d'être entendu garantit à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts (voir, notamment, arrêts du 9 juin 2005, *Espagne/Commission*, C-287/02, Rec. p. 1-5093, point 37 et jurisprudence citée; *Sopropé*, précité, point 37; du 1er octobre 2009, *Foshan Shunde Yongjian Housewares & Hardware/Conseil*, C-141/08P, Rec. p. 1-9147, point 83, ainsi que du 21 décembre 2011, *France/People's Mojahedin Organization of Iran*, C-27/09 P, Rec. p. 1-13427, points 64 et 65). 88. Ledit droit implique également que l'administration prête toute l'attention requise aux observations ainsi soumises par l'intéressé en examinant, avec soin et impartialité, tous les éléments pertinents du cas d'espèce et en motivant sa décision de façon circonstanciée (voir arrêts du 21 novembre 1991, *Technische Universitat München*, C-269/90, Rec. p. 1-5469, point 14, et *Sopropé*, précité, point 50), l'obligation de motiver une décision de façon suffisamment spécifique et concrète pour permettre à l'intéressé de comprendre les raisons du refus qui est opposé à sa demande constituant ainsi le corollaire du principe du respect des droits de la défense.[...] » ; Qu'il a déjà aussi été jugé par le CCE, dans un arrêt n° 128 207 du 21/8/2014, que : « Le Conseil observe qu'il n'apparaît pas du dossier administratif que la partie défenderesse ait donné à la requérante la possibilité de faire connaître son point de vue, avant l'adoption de l'acte attaqué, qui constitue une décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts... Or, le Conseil observe qu'il n'apparaît pas du dossier administratif que la partie adverse ait donné à la requérante la possibilité de faire connaître son point de vue avant l'adoption de l'acte attaqué qui constitue une décision unilatérale. Il ressort de la requête que, si cette possibilité lui avait été offerte, la requérante aurait fait valoir les éléments dont elle fait état à l'appui de la violation qu'elle allègue de l'article 8 de la CEDH, en invoquant qu'ils attestent de l'existence, dans son chef, d'une vie familiale... Il résulte à suffisance des développements qui précèdent qu'ainsi pris d'une possible violation de l'article 8 de la CEDH, le moyen apparaît *prima facie* sérieux » ; Qu'en l'espèce, la décision attaquée est une décision de non fondement de la demande 9ter et un ordre de quitter le territoire, pris unilatéralement par la partie adverse ; Qu'il ne ressort nullement de la décision attaquée que, dans le cadre de la procédure ayant conduit à la prise de cette décision, la requérante ait pu faire valoir des éléments relatifs à sa situation personnelle dont la prise en compte aurait pu amener à ce que la procédure administrative en cause aboutisse à un résultat différent ; Que la décision refusant le séjour à la requérante et lui ordonnant de quitter le territoire constitue une décision affectant très défavorablement ses intérêts, de sorte qu'il aurait fallu que la partie adverse lui donne la possibilité d'exposer sa situation médicale qui constitue un obstacle ou un intérêt tellement important qu'elle se trouve dans l'impossibilité de donner suite à cet ordre de quitter le territoire ; Que si la requérante avait eu la possibilité de s'exprimer, la partie adverse aurait réalisé la gravité de sa condition médicale (telle que majoritairement développée dans les courriers et/ou actualisations de la demande particulièrement circonstanciés transmis à la partie adverse sans qu'ils ne soient pris en compte...), audition après laquelle une décision différente aurait pu être adoptée ; Qu'en outre, il paraît étonnant que la partie adverse se permette de fouler ce principe *audi alteram partem* alors qu'elle se pose elle-même des questions sur l'état de santé de la requérante ; Voy. ainsi l'extrait de l'avis du médecin conseil rédigé en ces termes : « Notons que l'hépatite médicamenteuse mentionnée [erronément ?] dans le certificat du 01/09/2011 a été déclarée « résolue » près d'un an plus tôt (cf. rapport du 05/10/2010). Dont acte. » (pièce 1ter, [...]) ; Que dans le domaine médical où les maladies sont évolutives et les rechutes probables, il paraît particulièrement étonnant que la partie adverse se contente de questionnement ouvert et de déductions boiteuses pour conclure à un refus d'octroi d'une régularisation de séjour pour raisons médicales ; Qu'il peut ainsi être établi que la décision contestée est entachée d'une irrégularité à laquelle il ne peut être remédié ; Que partant, la partie adverse a violé le principe *audi alteram partem* ainsi que l'article 41 de la Charte européenne des droits fondamentaux prévoyant le droit à une bonne administration en ce compris le droit à être entendu ».

2.4. Dans une deuxième branche, relative à la « violation de l'article 9ter de la [Loi], violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et violation du

principe général de bonne administration (qui impose à l'administration un devoir de minutie et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation et qui impose à l'administration de statuer sur tous les éléments de la cause) et le principe d'égalité des armes (droits de la défense) », elle argumente « 2.1. Rappel de la situation médicale de Madame [S.L.N.] Comme indiqué préalablement, la partie défenderesse a violé le prescrit de l'article 9ter et de l'article 62 de la [Loi], le prescrit des articles 2 et 3 de la loi de 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, le principe de délai raisonnable, le principe de diligence, et l'obligation de statuer en tenant compte de tous les éléments de la cause, notamment en raison de la non-prise en considération d'une série d'éléments médicaux essentiels qui lui avaient été dûment transmis, et ce en grande partie préalablement à la prise de décision litigieuse. En tout état de cause, même si Votre Conseil devait considérer qu'il ne peut pas être reproché à la partie adverse de ne pas avoir tenu compte des informations contenues dans la dernière actualisation de 2022, il demeure fondamental d'avancer dans le cadre de ce recours ces nouveaux rapports, certificats médicaux et analyses, qui doivent être pris en considération en vertu de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et au vu des risques de traitements inhumains et dégradants en cas de retour en Tanzanie. En effet, l'état de santé de Madame [S.L.N.] s'est manifestement détérioré depuis l'introduction de sa demande de régularisation sur base de l'article 9ter en date du 17/07/2009. ■ Pathologie Madame [S.L.N.] est âgée de 48 ans et souffre : > d'une infection sévère et grave par le VIH (et infection opportuniste définissant le stade SIDA), > d'atypies cellulaires sévères avec col utérin avec condylomes (infection à papillomavirus), > d'une post-tuberculose miliaire avec atteinte pulmonaire et splénomégalie séquellaire, > d'une hernie hiatale, > d'une œsophagite de grade A, > de multiples ulcères bulbaires de type « salami », > d'une gastropathie antro-fundique, > de la présence d'*Helicobacter pylori* multi-résistant, > de détresse psychologique, > et surtout d'un cancer du vagin (vulvectomie partielle pour carcinome épidermoïde de la vulve). En outre, « vu l'évolution cancéreuse d'une des lésions vulvaires, il est malheureusement possible que d'autres lésions évoluent également défavorablement. Il persiste également un risque de métastase à distance en cas d'évolution cancéreuse de ces lésions » (pièce 9, a-). ■ Hospitalisation Rappelons que la requérante a été opérée dès le 10/02/2022, et hospitalisée pour prise en charge chirurgicale de son carcinome vulvaire : vulvectomie droite couplée à exérèse de ganglions sentinelles (pièces 9, a-, b- et h ; pièce 10 ; pièce 11). ■ Traitement médicamenteux En termes de médication, la requérante continue de prendre du SYMTUZA, pour une durée indéterminée (voy. not. pièce 7, c-) et pièce 14). Elle doit en outre prendre de l'ALDARA pour une durée de 602 jours (voire indéterminée), de l'EMLA pour 118 jours, du TRADONAL pour 150 jours - sans parler de Dafalgan Forte, Paracetamol, Ibuprofen et du D-CURE pour une durée indéterminée (pièce 9, c- ; pièce 14). Elle nécessite un traitement antirétroviral de 3e ligne (voy. not. pièce 14bis). Elle nécessite des imageries médicales [(voy. not. pièce 14bis). Elle nécessite un contrôle régulier de la dysplasie du col. Un traitement chirurgical n'est pas à exclure (voy. not. pièce 14bis). Rappelons que le traitement de la requérante est prévu à vie, et qu'en l'absence de traitement, elle risque le décès (pièce 9, a-). Rappelons également que le traitement de la requérante est complexe, et doit continuer d'être adapté à son profil. Enfin, soulignons que le cancer de la requérante doit faire l'objet d'un suivi rapproché, en vue de détecter à temps toute récurrence précoce de son cancer. Elle nécessite un suivi spécifique quant à ce (chirurgie, anesthésie, suivi gynécologique, massage, scanners, biopsie, procédure sentinelle, labo, mammographie, échographie, etc.) (pièce 9 ; pièce 10 ; pièce 11 ; pièce 12 ; pièce 13 ; pièce 14). ■ Résistance au traitement Il est important de souligner que le virus de la requérante est résistant aux premières lignes de traitement (pièce 9, g-). Les médecins rappellent que son germe a « présenté de nombreuses résistantes », que la « maladie reste incurable », qu'il « n'est pas exclu qu'un jour, la maladie échappe à nouveau au traitement » (pièce 9, a-) et qu'un échappement thérapeutique en cas de changement de traitement est à craindre (pièce 9, g-). La requérante ne peut en aucun cas être traitée par Combivir ou Stocrin (voy. pièce 1 ter). ■ Suivi médical nécessaire Comme indiqué à la partie adverse dans le courrier d'actualisation du 16/03/2022 qui aurait dû être pris en compte (cfr supra), la requérante nécessite, d'une part, un suivi régulier en première ligne de soins (médecine générale, soins infirmiers, kinésithérapie), et, d'autre part, un suivi par les services hospitaliers (laboratoire, radiologie, médecine nucléaire, médecine infectieuse, gynécologie, oncologie, gastro-entérologie, anatomopathologie, etc.), sans compter un accès à un service social. Vu la complexité de ses pathologies, des soins de proximité sont indispensables à la prise en charge de la patiente (pièces 1 et 9, f-). Les médecins soulignent que la requérante n'a aucune garantie d'avoir accès au traitement qu'elle nécessite pour survivre en Tanzanie (pièce 9, a- et g-). Ce constat est renforcé par l'aggravation de l'état de santé de la requérante à l'heure actuelle, notamment l'évolution vers un cancer de la vulve pour lequel il a fallu intervenir, peut-être annonciateur d'autres cancers (pièce 9, a-), ce qui implique des contrôles de l'évolution de l'état de santé de la patiente à renforcer, pour éviter toute récurrence. ■ Durée du traitement Dans les différents certificats médicaux type déposés au fil des années, il est indiqué que la durée du traitement est à vie. ■ Conséquences de l'arrêt du traitement Déjà dans le certificat médical type déposé en complément à la demande 9ter en 2010, il était indiqué que si le traitement de Madame [S.L.N.] était arrêté, il existe un risque d'évolution vers le sida et décès, et d'évolution vers le cancer du col et décès

(pièce 2, b-). 2.2. Disponibilité des soins en Tanzanie Il convient de noter que la partie requérante, dans sa demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9 ter de la [Loi] (pièce 2) attirait l'attention sur différents rapports et éléments fondamentaux menant à conclure que la situation sanitaire et sociale qui prévaut en Tanzanie entraîne pour Madame [S.L.N.] un risque réel pour son intégrité physique, dès lors qu'il n'y existe pas de traitement approprié et accessible. 2.2.1. Par ailleurs, sans remettre en question les pathologies dont souffre la requérante, le médecin de l'Office des Étrangers prétend que les médicaments dont a besoin la requérante de même que le suivi médical nécessité par son état sont disponibles et accessibles en Tanzanie. De ce point de vue, la décision est incorrecte puisqu'elle repose sur un avis qui n'a pas pris en compte l'ensemble des éléments du dossier, et notamment les précisions apportées par les médecins de la requérante dans le cadre de l'actualisation de sa demande. Dans un courrier du 1er juin 2010 déjà, il était précisé ceci : « Le Docteur [L.] précise quant à l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine que le traitement qui lui a été prescrit était clairement inefficace « au vu des résistances mises en évidence par la génotypie. Même si les traitements de deuxième ligne commencent à être disponibles, les traitements de troisième ligne comme reçoit maintenant la patiente ne sont pas disponibles. De plus l'imagerie médicale n'est pas non plus disponible. Le contrôle et l'éventuel traitement chirurgical de la dysplasie du col est peu accessible'. Il précise que les risques pour la santé de sa patiente en cas de retour au pays d'origine sont l'évolution vers le sida et le décès ainsi que l'évolution vers le cancer du col et le décès. Il est clair que compte tenu des maladies graves dont souffre Madame [S.L.], les traitements qu'elle reçoit actuellement ne peuvent être interrompus. Le Docteur [L.] précise encore que le pronostic sans traitement est l'évolution péjorative dans les années à venir ». Dans un courrier du 13 octobre 2010, il est précisé : « Le Docteur [D.] précise, quant à l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine, que le traitement anti-rétroviral que reçoit Madame [S.], et qui est indispensable, n'est pas disponible dans le pays d'origine, étant un traitement de 3eme ligne. Il précise que les risques pour la santé de sa patiente en cas de retour au pays d'origine sont l'évolution vers le sida et le décès ainsi que l'évolution vers le cancer du col et le décès ». Dans un courrier du 1er novembre 2011, il est expliqué : « Vous trouverez en annexe un certificat d'actualisation établi par le Dr [L.]. Il précise que les risques pour la santé de sa patiente en cas d'arrêt du traitement sont l'évolution vers le sida et le décès ainsi que l'évolution vers le cancer du col et le décès. (...) Le pronostic sans traitement est le décès. L'inefficacité du traitement reçu auparavant en Afrique a été objectivée en Belgique par une génotypie montrant une résistance aux médicaments reçus. Le traitement reçu en Belgique montre quant à lui un résultat qualifié de 'suboptimal' ». Il apparaît dans ces conditions totalement erroné de prétendre, comme le fait pourtant la partie adverse en se référant aveuglément à l'avis de son médecin-conseil généraliste, que les soins nécessités par l'état de la requérante sont disponibles dans son pays d'origine. Il est médicalement établi que les traitements qu'elle y a reçus avant son arrivée sur le territoire belge ont été un échec, n'étant pas adaptés à sa maladie. 2.2.2. Afin de démontrer la disponibilité des traitements médicaux nécessités par Madame [S.L.N.] en Tanzanie, la partie adverse renvoie simplement aux informations provenant de « la base de données non publique MedCOI ». Ce renvoi représente presque la seule source sur base de laquelle la partie adverse affirme que les soins médicamenteux sont disponibles en Tanzanie. Cependant, force est de constater que la requérante ne dispose pas d'un lien lui permettant d'accéder à cette base de donnée MedCOI. En tout état cause, d'une part, même si la requérante disposait d'un lien lui permettant d'accéder à la base de données MedCOI, Votre Conseil a jugé dans un arrêt n°132 241 du 27 octobre 2014 : « A cet égard, s'agissant de « la seconde source [citée par le fonctionnaire médecin] de la partie défenderesse pour conclure à la disponibilité des soins médicaux au Cameroun » à savoir la « base de données MedCOI », le Conseil observe que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse s'est borné, à côté du renvoi au site internet <http://collections.infocollections.org/whocountry/fr/> visé ci-dessus au point 3.3., à constater, sur base d'un simple renvoi à la « base de données MedCOI », que les médecins, les médicaments et le suivi nécessaire étaient disponibles au Cameroun sans vérifier notamment l'approvisionnement des médicaments, problème que la partie requérante avait pourtant soulevé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la [Loi], comme elle le souligne en termes de requête. [...] Les informations générales quant à « la base de données MedCOI », reprises sous forme d'annotation, assez nébuleuse au demeurant, en bas de page de la première décision attaquée, ne permettent pas de renverser ce constat ». En outre, le site internet www.medcoi.eu n'est accessible qu'avec un mot de passe : il est dès lors impossible d'aller vérifier et confronter les informations sur la base desquelles le médecin conseil affirme que les soins nécessaires à la requérante sont disponibles en Tanzanie. En effet, Votre Conseil a jugé que : « En ce qui concerne la base de donnée MedCoi, si l'on s'en réfère au site www.medcoi.eu, il n'est pas d'avantage permis de déterminer si ce site mentionne effectivement que le médicament est disponible en Côte d'Ivoire. En effet, l'accès en est limité aux titulaires d'un mot de passe. Dès lors, les remarques formulées à ce sujet par la requérante dans sa requête sont fondées. Même, s'il ne peut être exigé de la partie défenderesse qu'elle fournisse les motifs de ses motifs, ni la requérante ni le Conseil ne sont en état de vérifier que la partie défenderesse a bien

procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis » (CCE n° 132 221 du 27 octobre 2014). Par ailleurs, selon le « Livre blanc sur l'autorisation de séjour pour raisons médicales (9ter) » publié en 2015 par différentes associations (dont l'association pour le droit des étrangers- ADDE et la Ligue des droits de l'homme - LDH) : « Le projet MedCOI dispose de 3 sources d'informations pour alimenter sa base de données dont la première représente des médecins anonymes rémunérés pour cette tâche et les deux suivantes des entreprises internationales commerciales. Ces 2 sociétés sont destinées à procurer des services médicaux et de rapatriement principalement à des expatriés affiliés par leur compagnie, il ne s'agit pas de références permettant de juger de l'accessibilité à la population locale aux soins médicaux qu'elle nécessite. Il est à noter également que ce projet MedCOI se dégage de toutes responsabilités concernant l'accessibilité au traitement ». L'égalité des armes et les droits de la défense (ainsi que le caractère absolu de l'article 3 qui suppose un examen attentif, rigoureux et minutieux) ne permettent pas que l'on se fonde sur une information indirectement rapportée sans que l'on puisse avoir accès à la source directe de celle-ci. Les autres références figurant dans l'avis du médecin conseil de l'Office des étrangers ne sont pas suffisantes à cet effet. Soulignons en effet que l'unique autre source mentionnée par la partie adverse sur la question de la disponibilité des soins, outre son caractère qui semble très général (« existence d'hôpitaux en Tanzanie - pays de 945 087 km² - vu les informations du site de l'ambassade des USA »), n'est pas disponible (le lien indiqué ne fonctionnant en effet pas : <https://tz.usembassy.gov/u-s-citizen-services/local-resources-of-u-s-citizen/doctors/> = « error, page not found »). Ainsi, en motivant la disponibilité des soins requis par la requérante en Tanzanie par un simple renvoi vers la base de données MedCOI, et à une source non accessible, la partie adverse viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Par conséquent, en ce que la partie adverse n'a pas communiqué les motifs sur lesquels repose son appréciation selon laquelle le traitement médicamenteux de la requérante est disponible en Tanzanie, celle-ci a incontestablement violé le droit à la requérante d'accéder à son dossier, véritable corollaire des droits de la défense, défendus à l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

2.3. Accessibilité des soins en Tanzanie

2.3.1. Il convient d'emblée de souligner que l'accessibilité réelle des soins n'est pas examinée par la partie adverse sur le plan géographique, ni sur le plan financier, pas plus que sur le plan humain. Ainsi, pour exemple, le coût des traitements requis (3e ligne, le plus spécifique), n'est pas même investigué, alors qu'un médecin avait longuement expliqué, dans un rapport de 2015 transmis à la partie adverse en janvier 2020, que le traitement antirétroviral nécessité par la requérante en raison de son virus multi-résistant est beaucoup plus onéreux (pièce 7, e-). Pour exemple également, alors que les médecins spécialistes soulignent l'importance de la proximité d'un hôpital disposant d'un laboratoire et de la possibilité de CT scanners ou IRM, ce point n'est absolument pas creusé par la partie adverse. Celle-ci se contente de référencer (par le biais du médecin-conseil) le site de l'Ambassade des États-Unis pour indiquer que « des » hôpitaux existent en Tanzanie. Cette partie de la décision frôle le risible, d'une part en ce qu'avait été développé, à l'appui de la demande 9ter, du premier recours introduit, et des différentes actualisations, la non accessibilité pratique à ces hôpitaux (trop de patients, trop peu de médecins, distances géographiques), ce à quoi la partie adverse n'apporte aucune réponse éclairante, et d'autre part en ce qu'il était indiqué par les médecins que l'existence d'hôpitaux à elle seule ne suffit pas : encore faut-il qu'ils soient de proximité, et suffisamment équipés (à tout le moins d'un laboratoire et de la possibilité de CT scanners ou IRM). Or, l'avis-du médecin fondant la décision litigieuse n'analyse aucunement ces questions. En conséquence, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne s'est pas assuré, à tout le moins, que le suivi dont a besoin la requérante est dans tous ses aspects disponible au pays d'origine. Il appert dès lors que la partie défenderesse, en se référant à l'avis de son médecin-conseil, a manqué à son obligation de motivation, a commis une erreur manifeste d'appréciation, et a violé l'article 9ter de la [Loi].

2.3.2. Par ailleurs, la qualité des sources de la partie adverse (très générales, inaccessibles/inexistantes ou non publiques) laisse grandement à désirer, ce qui est d'autant plus marquant que le médecin qui indiquait en 2015 que « si la Belgique prend la décision d'expulser Madame [N.S.] elle prendra une part de responsabilité dans sa mort », eu égard à l'inaccessibilité des soins, avait longuement et précisément référencé ses considérations menant à la conclusion de l'inaccessibilité en Tanzanie des soins requis par la patiente (pièce 7, e-).

2.3.3. Le médecin conseil de l'Office des Étrangers fait référence au système d'assurance sociale protégeant les salariés et indépendants contre les risques de maladies, accidents de travail et maladies professionnelles. Néanmoins, cet argument semble dénué de toute pertinence. En effet : 1. Le National Health Insurance Fund couvre moins de 3 % de la population Tanzanienne, et principalement des agents de l'État et leur famille. D'autres initiatives existent depuis seulement quelques années (community health fund) ; peu de gens s'y affilient, faute de moyens, faute de confiance dans ce système, et du fait de services de faible qualité (cfr infra) ; 2. Le système d'assurance sociale à laquelle semble se référer la partie adverse (créée par une loi de 1997 mise en oeuvre en 2005) ne couvre que les travailleurs salariés du secteur privé, les coopérative du secteur formel, les employés publics et les travailleurs indépendants, et ce à la condition que le concerné ait cotisé au moins 3 mois immédiatement avant le début du problème médical (voy. la

source de la partie adverse : <https://www.ssa.gov/policy/docs/proqdesc/ssptw/2008-2009/africa/tanzania.pdf>). Il est indubitable que la requérante ne remplit pas cette condition, et ne pourra donc avoir accès à ce système d'assurance. En pratique donc, elle sera privée de soins, et la partie adverse la condamne à mourir en Tanzanie ; 3. Par ailleurs, comme pour toute assurance, il serait logique qu'étant donné le diagnostic de SIDA ayant déjà été posé avant sa demande d'affiliation, les soins liés à ce problème ne soient pas remboursés à Mme [S.] ; 4. Rappelons que la discrimination est prégnante contre les séropositifs en Tanzanie, de sorte que cela diminue encore les chances de la requérante d'accéder à un tel système de solidarité, et donc confirme que dans les faits, la requérante sera très vraisemblablement exclue, aussi bien des offres de soins que du marché de l'emploi (contrairement à ce qu'avance la partie adverse) ; 5. Sans compter que la discrimination est accrue contre les femmes ; 6. Même à considérer que la condition de cotisation de trois mois avant de pouvoir bénéficier de l'assurance puisse s'appliquer nonobstant l'établissement préalable d'un diagnostic de maladie grave - quod non -, il est évident que trois mois de privation de traitement (couplés au temps de voyage, de recherche d'emploi et de cotisation effective) mettraient directement en jeu la vie et l'intégrité physique de la requérante. Les soins doivent en effet être ininterrompus. Cela est confirmé par le Dr [D.] dans le rapport médical transmis à la partie adverse en janvier 2020 : « en quelques semaines d'arrêt du traitement antirétroviral adapté à son virus multirésistant, Madame [N.S.] se retrouvera au stade de l'immunodéficience acquise et présentera des infections opportunistes dont elle mourra rapidement. Il s'agit donc d'une maladie qui entraîne un risque réel pour la vie de Madame [N.S.]. En Tanzanie, Madame [N.S.] ne sera pas en mesure de se traiter adéquatement. Dès lors son état de santé actuellement stabilisé par le traitement antirétroviral, en Tanzanie, se dégradera rapidement, entraînant sa déchéance physique et sa mort au terme de souffrances pourtant évitables. (...) Si le traitement antirétroviral était interrompu la mort surviendrait au bout de quelques mois. Si un traitement suboptimal était pris, le résultat serait le même en un peu plus longtemps » (pièce 7, e-). Au vu de ces informations, il apparaît clairement que la requérante ne sera pas en mesure de bénéficier en Tanzanie de soins médicaux lui permettant d'assurer sa survie.

2.3.4. La partie adverse prétend ensuite que, en cas de retour en Tanzanie, la requérante pourrait peut-être compter sur l'aide financière de relations sociales. Au-delà du fait que ce scénario est purement hypothétique et ne repose sur aucun élément tangible, il convient de relever en tout état de cause qu'au contraire, la requérante serait totalement isolée en cas de retour en Tanzanie. Tandis que la partie adverse se base sur l'aide ponctuelle d'un Monsieur [P.] pour aider la requérante à fuir, il ne relève en rien tous les éléments factuels, en ce compris ceux développés dans la demande d'asile et par les médecins, qui indiquent le contraire de ce qu'elle prétend. Force est de constater que, en faisant une telle déclaration, la partie adverse ne prend une nouvelle fois pas en considération la totalité des éléments du dossier de la requérante. Or, dans le certificat médical type du 16/02/2015 transmis à la partie adverse le 20/01/2020, soit avant que la décision litigieuse ne soit prise, avant que l'avis du médecin conseil ne soit rendu, et bien avant que la décision ne soit notifiée, il était indiqué ce qui suit : - Madame [S.] a grandi dans une famille d'accueil à Dar Es Salaam ; - Elle a été violée fin des années 1990 par un voisin ; - Son violeur est décédé l'année suivante du Sida ; - Lors de son séjour en Tanzanie après le diagnostic, la requérante n'avait plus de logement (elle a été chassée de son foyer et a trouvé refuge dans une église), son état de santé s'était dégradé, elle avait été rejetée par ses proches, et elle était stigmatisée et discriminée (pièce 7, e-) ; La partie défenderesse ne relève en rien les violences sexuelles dont la requérante a été victime, ni le fait qu'elle ait grandi en famille d'accueil dans la précarité. Outre le fait que la requérante n'a pas de famille, elle serait totalement stigmatisée et marginalisée par sa communauté en raison de son statut de femme violée et porteuse de VIH. Au vu de tous ces éléments, il est clair que Madame [S.] n'est actuellement pas en état de travailler en cas de retour en Tanzanie. Partant, elle ne pourrait bénéficier d'une quelconque assurance en cas de retour en Tanzanie.

2.3.4. La partie requérante ne peut qu'observer que le médecin-conseil de l'Office des Étrangers, dans son avis du 31/01/2020, fait état de la prétendue disponibilité en Tanzanie du traitement médicamenteux, de médecins spécialisés des maladies infectieuses, d'examens de laboratoires, de Tenofovir, emtricitabine, darunavir et ritonavir, des examens par CT scanner ou IRM, et du suivi biologique de la charge virale (pièce 1ter). Toutefois, ce médecin n'a aucunement repris les possibilités de suivi [gynécologique] en tant que suivi dans le cadre du traitement actif actuel de la requérante et n'a nullement garanti la disponibilité en Tanzanie de cel[ui]-ci, alors pourtant qu'[il] est nécessaire à la requérante (voy. not. pièce 14bis, pièce 7 et pièce 2, b)) que mentionne le médecin conseil de la partie adverse) ; partant, le médecin conseil de la partie défenderesse ne s'est pas assuré, à tout le moins, que le suivi dont a besoin la requérante est disponible au pays d'origine sous tous ses pans. De ce fait, la décision doit être annulée, comme elle l'a été en novembre 2019 par l'arrêt n° 229 399 de Votre Conseil (pièce 6, p. 7).

2.3.5. Par ailleurs, comme développé ci-avant, le médecin-conseil de l'Office des Étrangers fonde en grande partie son rapport sur la source MedCOI ; or, les informations fournies dans cette base de données se limitent à la question de la disponibilité des soins médicaux, et ne traitent pas de la question de leur accessibilité (comme cela est d'ailleurs expressément indiqué en note de bas de page de l'avis médical dont question).

2.3.6. De

surcroît, tandis que la partie adverse vante le plan national de traitement et de soins pour le VIH-SIDA 2003-2008 et le développement de soins antirétroviraux, la source référencée à cet égard n'est pas disponible (https://www.who.int/3by5/publications/en/CP_F%20Tanzania.pdf = « this page cannot be found »). Il est dès lors impossible aussi bien pour la requérante que pour Votre Conseil d'aller vérifier et confronter les informations sur la base desquelles le médecin conseil affirme que les soins nécessaires à la requérante sont accessibles en Tanzanie. 2.3.[7]. Enfin, en réaction à la décision de février 2013 (première décision négative prise dans ce dossier, et ayant fait l'objet d'une annulation par Votre Conseil en novembre 2019), le Docteur [D.] avait rédigé un document particulièrement pertinent qui faisait état d'un tout autre point de vue, de spécialiste, et qui remettait en cause les affirmations contenues dans le premier rapport du médecin de l'Office des Étrangers. La partie adverse avait connaissance de ce document et de son contenu. Une lecture particulièrement attentive de ce document et de ses annexes était indispensable, en ce qu'elle permet d'établir l'inexactitude des informations livrées par l'OE dans la décision querellée, et établir dès lors également un défaut de motivation ; cela n'a pas été fait en l'espèce. Le docteur [D.] écrivait alors ceci : «Après une lecture attentive du courrier du confrère (...), ainsi que des sources auxquelles il fait référence, il m'est impossible de partager son opinion. En effet, pour les raisons que je développe ci-dessous, l'entrave à l'accessibilité de soins médicaux adaptés est plus que probable si Mme [S.] retourne en Tanzanie et elle ne sera pas en mesure de se soigner suffisamment adéquatement pour rester en vie. 1. La Tanzanie compte 1 600 000 séropositifs pour une population de 46 218 000 habitants (= 3,5 % de la population) alors que la Belgique compte moins de 20 000 séropositifs pour 11 000 000 habitants (< 0,18 %). Le produit national brut de la Tanzanie par an par habitant est de 530 \$, contre 38 000 \$/an/habitant en Belgique. Le budget alloué à la santé par an par habitant en Tanzanie est de 83 \$, alors qu'il est de 4025 \$/an/habitant en Belgique. 277 000 reçoivent un traitement antirétroviral en Tanzanie, c'est-à-dire seulement 40% des séropositifs qui en ont besoin pour survivre, alors que la Belgique traite 12 000 personnes. Environ 84 000 personnes sont mortes du SIDA en Tanzanie en 2011, alors que moins de 100 séropositifs meurent en Belgique chaque année, et rarement d'infections opportunistes. La Tanzanie compte 1 médecin pour 50000 habitants, alors que la Belgique compte 1 médecin pour 250 habitants, c'est-à-dire proportionnellement 200 fois plus. La charge virale, élément indispensable du suivi d'un patient avec un virus multi résistant n'est pas disponible en Tanzanie pour la toute grande majorité des patients, contrairement à ce qu'a écrit le Dr B. Est-il dès lors réaliste que Mme S., qui présente un virus multi résistant puisse être suivie et traitée adéquatement pour ses différents problèmes de santé, tel qu'elle l'est actuellement en Belgique ? Ni la Tanzanie, ni elle-même n'ont les moyens de payer ce traitement et ce suivi au vu de la situation socioéconomique de ce pays et de l'importance de l'épidémie du VIH/SIDA en Tanzanie (...). 2. Les traitements de première ligne en Tanzanie sont les suivants : Stavudine ou zidovudine + lamivudine + nevirapine ou efavirenz. Mme S. présentait en 2009 déjà, un virus résistant à la lamivudine, à la nevirapine et à Vefavirenz. Ce traitement de première ligne n'est donc plus efficace. Le traitement de 2ème ligne consiste en Abacavir + lopinavir ou saquinavir/ritonavir + didanosine. Le Lopinavir est souvent mal toléré sur le plan digestif, le saquinavir n'est quasi plus utilisé chez nous vu la faible tolérance, et la didanosine provoque de multiples effets secondaires à long terme (...), raison pour laquelle il n'est quasi plus utilisé en Belgique. De plus Mme S. a présenté une hépatite médicamenteuse sur un médicament de la même famille que le Saquinavir et le lopinavir et elle présente une charge virale actuellement détectable sous un traitement plus puissant que ce traitement de 2e ligne. Aucun traitement adapté ne pourra dès lors lui être proposé. Dans le document référence par le Dr B., il n'est pas fait mention de la disponibilité du Tenofovir en Tanzanie. Contrairement à ce que le Dr B. écrit, il n'y a pas d'antirétroviraux d'autres classes thérapeutiques disponibles en Tanzanie. Sa phrase 'de toute manière, de nombreux autres antirétroviraux de toutes les classes thérapeutiques usuelles sont disponibles en Tanzanie' est parfaitement inexacte (...). 3. Un rapport de la commission des Droits de l'Homme des Nations Unies rapporte que la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA est fréquente en Tanzanie, même parmi le personnel médical. Ceci se manifeste par l'administration de soins suboptimaux, par une discrimination financière, un refus d'accès aux soins, en particulier vis-à-vis des femmes. Alors que les traitements antirétroviraux de première ligne sont censés être délivrés gratuitement, il est fréquent que les femmes doivent les payer. Cette discrimination à laquelle sera confrontée Mme S. est un obstacle évident à l'accès aux soins et entraînera des frais qu'elle ne pourra pas assumer (...). 4. Le Dr B. fait référence à différents systèmes d'assurance santé en Tanzanie. En lisant le document auquel il se rapporte, il s'avère que le National Health Insurance Fund couvre moins de 3 % de la population Tanzanienne, et principalement des agents de l'état et leur famille. D'autres initiatives existent depuis seulement quelques années (community health fund) ; peu de gens s'y affilient, faute de moyens, faute de confiance dans ce système, et du fait de services de faible qualité. Par ailleurs, comme pour toute assurance, il serait logique qu'étant donné le diagnostic de SIDA ayant déjà été posé avant sa demande d'affiliation, les soins liés à ce problème ne soient pas remboursés à Mme S. 5. Au vu de ces informations, il apparaît clairement que Mme S. ne sera pas en mesure de bénéficier en Tanzanie de soins médicaux lui permettant d'assurer sa survie. Elle

mourra, au mieux au bout de quelques années après une lente déchéance. Les visages émaciés auxquels nous étions familiers dans les années 80 et 90 lorsqu'aucuns traitements n'étaient disponibles pour traiter le SIDA, sont encore monnaie courante en Afrique. C'est ce qui attend Mme S. si la Belgique prend la décision de la renvoyer en Tanzanie. Quoi de plus dégradant et inhumain que de mourir faute de traitement adéquat alors que le mal est connu et traitable ? (...)».[...]. Alors que ces constats médicaux couplés à une analyse socioéconomique s'avèrent particulièrement pertinents et éclairants, la partie adverse n'y apporte aucun élément de réponse dans la décision litigieuse (ni sur le plan financier et le coût élevé des soins, en particulier de 3e ligne en cas de virus multi résistant, ni sur les complications médicales de la requérante et ses résistances à certains traitements, ni sur les problématiques de discriminations contre les personnes séropositives, en particulier les femmes, en ce compris sur le plan de l'accès aux soins, soit un élément déterminant dans la prise de décision) ; c'est le silence dans toutes les langues. À la lumière de ces développements, il convient de relever ce passage particulièrement critiquable de la décision litigieuse : « 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 moins 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 » (pièce 1ter). Or, la requérante présente, rappelons-le, un virus multi résistant pour lequel le traitement ne sera pas disponible en Tanzanie, de sorte que les considérations de la partie quant à une alternative « si pas identique du moins raisonnable », sans que cette alternative ne soit décrite ni même nommée, sont complètement nébuleuses, voire erronées - sans compter que la partie requérante dépend du CPAS et n'a pas les moyens de se constituer un « stock » à vie de médicaments à emporter dans un baluchon destination Tanzanie (sic), et que ces médicaments et traitements ont en tout état de cause une date de péremption certaine, alors que les pathologies de la requérante sont en partie chroniques. La partie adverse se montre ainsi totalement déraisonnable. Rappelons pour le surplus que la requérante n'a eu accès en Tanzanie qu'à un traitement antirétroviral totalement inefficace (pièce 14bis). En ce que la partie adverse n'a ni pris en compte les éléments exposés dans la demande de séjour 9ter et repris supra ni motivé la décision attaquée à ce sujet, il y a lieu de considérer qu'elle a violé les prescrits des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée. [...] En raison de tous les éléments susmentionnés, il y a lieu de conclure que les soins nécessités par Madame [S.L.N.] ne sont ni disponibles, ni accessibles en Tanzanie. Il y a lieu de conclure qu'il est manifestement question d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas de retour en Tanzanie en ce qu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine. Un retour en Tanzanie engendrerait ainsi une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

2.4. Situation de Madame [S.]

Autant d'éléments font état des nombreuses difficultés et lacunes du système de santé en place qui portent directement atteinte à la disponibilité et surtout l'accessibilité des soins dont Madame [S.L.N.] a besoin en cas de retour en Tanzanie. Il convient de prendre en considération certains éléments tels que la présence ou l'absence de famille dans le pays d'origine, les capacités financières des demandeurs, leur lieu d'habitation ainsi que l'accessibilité géographique des soins, etc.. Soulignons d'emblée que Madame [S.] a grandi dans une famille d'accueil, privée de famille biologique (pièce 7, e-). Elle était complètement isolée. Soulignons ensuite qu'elle a été rejetée par sa famille d'accueil suite au diagnostic de séropositivité : en cas de retour, elle n'aurait donc « pas d'environnement socio-économique lui permettant de vivre décemment et d'avoir accès à un traitement et à un suivi médical adéquat » de sorte qu'elle « mourrait du sida après une lente déchéance » (pièce 9, g-). Ce constat est renforcé par l'aggravation de l'état de santé de la requérante à l'heure actuelle, notamment l'évolution vers un cancer de la vulve pour lequel il a fallu intervenir, peut-être annonciateur d'autres cancers (pièces 9 à 13), ce qui implique des contrôles de l'évolution de l'état de santé de la patiente à renforcer, pour éviter toute récurrence. De surcroît, Madame [S.L.N.] ne pourrait compter sur les membres de sa famille ou des proches en cas de retour en Tanzanie : non seulement elle y serait rejetée et stigmatisée en raison de sa séropositivité, mais en outre, elle est issue d'un contexte de violences familiales, en ce compris des violences sexuelles. Il est évident qu'elle ne peut retourner dans un tel lieu de vie, d'autant qu'elle a été chassée de son foyer quand sa maladie a été diagnostiquée (voy. pièce 7, e-). En outre, Madame [S.] n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle et donc de subvenir à ses besoins financièrement parlant. Rappelons également qu'elle est âgée de 48 ans et grandement affaiblie. Madame [S.L.N.] se trouve dans une situation financière particulièrement précaire, bénéficiant à l'heure actuelle du revenu d'intégration sociale (pièce 165) : situation précaire qui ne ferait que se renforcer en cas de retour en Tanzanie. En effet, Madame [S.L.N.] se retrouverait dans une situation d'indigence dans la mesure où il ne bénéficie pas de revenus (salaires, chômage, revenus de remplacement) en Tanzanie. Celle-ci n'a jamais exercé d'activités salariées ou libérales en Tanzanie, et n'est pas formée pour faire du travail de bureau comme semble le préconiser la partie adverse, sans prendre en considération l'état réel de la patiente, sa non scolarisation (telle qu'il ressort de sa procédure d'asile : la requérante n'a pu travailler que comme femme

de ménage, de manière informelle, ce qui ne constitue en rien un « travail de bureau », et encore moins la situation de discrimination qui pèse sur les personnes atteintes du sida telles que la requérante, en ce compris dans le marché de l'emploi des fonctions de bureau. Cette situation financière précaire rendrait un éventuel retour en Tanzanie très difficile. Il est évident qu'une telle situation ne lui permettrait pas de subvenir à ses besoins, ni aux frais médicaux requis. Par ailleurs, la requérante n'a aucun membre de sa famille qui disposerait de revenus suffisants pour lui venir en aide. Elle est célibataire et sans enfants. Au vu de la situation financière de la requérante, nous pouvons conclure que les soins de santé en milieu hospitalier, dont a, entre autres, besoin Madame [S.L.N.], ne sont peu voire pas du tout accessibles pour elle. Or Madame [S.L.N.] a besoin d'un suivi très régulier et spécialisé, d'un traitement contre lequel elle ne présente pas de résistance, de la proximité d'un hôpital disposant d'un laboratoire et de la possibilité de CT scanners ou IRM et d'un laboratoire d'immunologie et de virologie (rapport médical du 27/04/2010 (Dr [J.-C.L.]) auquel se réfère le médecin conseil de la partie adverse). La requérante ne pourra pas bénéficier d'un tel suivi faute de ressources suffisantes. [...] Compte tenu de la gravité des problèmes de santé rencontrés, il y aura lieu de constater que la requérante entre dans le champ de l'article 9^{ter} de la [Loi], pour se voir délivrer une autorisation de séjour sur ce fondement. Un retour au pays pourrait alors signifier une interruption du suivi et des traitements médicaux mis en place, avec les conséquences invoquées supra sur l'état de santé de Madame [S.L.N.]. Étant donné l'absence de traitement pour la maladie dont elle souffre et l'inaccessibilité des soins de santé appropriés, Madame [S.L.N.] subirait un risque réel pour sa vie, pour son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour dans son pays d'origine ».

2.5. Dans une troisième branche, elle expose « Il ressort, comme développé supra, de l'avis médical du Médecin Conseil de l'Office des Étrangers que la partie défenderesse n'a pas examiné avec la minutie suffisante la demande de séjour de la requérante. S'agissant d'une pathologie rencontrant un certain degré de gravité, la partie défenderesse se devait de procéder avec soin à l'analyse de tous les nouveaux éléments pertinents produits par la requérante, de nature à attester d'un risque pour la vie ou l'intégrité physique de celle-ci. La gravité de la maladie de la requérante est manifeste au vu des constats établis par le médecin dans son certificat médical type de 2011, mais également dans les certificats médicaux types subséquents. La durée prévue de traitement nécessaire est Ad vitam. Les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement seraient l'évolution vers le décès. Ainsi, au vu des conséquences dramatiques attendant la requérante en cas d'arrêt de son traitement, la gravité de sa maladie est manifeste et il n'est assurément pas envisageable que celle-ci se passe de son traitement, qui est par ailleurs complexe en raison de la résistance de Madame [S.] à certains traitements. Il a été démontré dans la deuxième branche que le traitement nécessité par la requérante n'est ni disponible, ni accessible pour elle en Tanzanie. Par conséquent, en cas de retour dans son pays d'origine et, partant, en cas d'arrêt de son traitement, la requérante est condamné[e] à mourir, ou à tout le moins à subir des traitements contraires à l'article 3 de la CEDH. Par conséquent, en ne procédant pas à un examen minutieux du risque pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, la partie défenderesse a porté atteinte à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ».

3. Discussion

3.1. Sur la deuxième sous branche de la première branche 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 ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « 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 ».

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 existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique que l'obligation d'informer la requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressée. L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ses 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 (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n° 147 344; C.E., 7 déc. 2001, n° 101 624).

3.2. En termes de recours, la partie requérante reproche entre autres, au médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération tous les éléments médicaux qui avait été soumis, dont les documents transmis au conseil de la partie défenderesse, le 28 octobre 2019 et une actualisation du 20 janvier 2020, transmis à la partie défenderesse. Il ressort de ces documents entre-autres, que le traitement médicamenteux de la requérante a été adapté et que la requérante prend du Symtuza.

Le Conseil remarque ensuite que l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 31 janvier 2020 examine la disponibilité en Tanzanie du Prezista (=darunavir), Truvada (= association de emtricitabine+ tenofovir) et Norvir (= ritonavir).

3.3. En conséquence, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne s'est pas assuré que le traitement adapté en 2019, à savoir le Symtuza, dont a besoin la requérante est disponible au pays d'origine.

3.4. Au vu de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse, en se référant à l'avis de son médecin-conseil, a manqué à son obligation de motivation, a commis une erreur manifeste d'appréciation et a violé l'article 9 *ter* de la Loi.

3.5. La seconde sous branche de la première branche du moyen unique, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué.

3.6. Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, visée au point 1.3., que la partie défenderesse a déclaré recevable, redevient pendante. L'ordre de quitter le territoire attaqué n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également pour des raisons de sécurité juridique.

3.7. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen unique, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner des annulations aux effets plus étendus.

3.8. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse ne répond nullement à l'argumentation ayant mené à l'annulation du premier acte attaqué dans le présent arrêt.

4. Débats succincts

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

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, pris le 3 février 2020, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

C. DE WREEDE, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

C. DE WREEDE