

Arrêt

n° 171 260 du 5 juillet 2016
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 10 décembre 2012, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 9 novembre 2012, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

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 ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu le mémoire de synthèse.

Vu l'ordonnance du 20 janvier 2016 convoquant les parties à l'audience du 12 février 2016.

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

Entendu, en leurs observations, Me V. LURQUIN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me D. STENIER *locum* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Selon ses déclarations, la requérante est arrivée en Belgique le 16 novembre 2001.

Le 19 novembre 2001, elle a introduit une demande de reconnaissance de la qualité de réfugié. Sa procédure d'asile s'est clôturée le 22 janvier 2002 par une décision confirmative de refus de séjour prise par le Commissaire Général aux Réfugiés et aux Apatrides.

Par un courrier daté du 14 février 2011, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande, qui a été complétée le 24 novembre 2011, le 30 novembre 2011, le 5 décembre 2011 et le 24 février 2012, a été déclarée recevable le 21 décembre 2011.

Le 20 juillet 2012, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante.

Le 13 septembre 2012, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande susmentionnée.

Le 25 octobre 2012, la partie défenderesse a procédé au retrait de la décision précitée et a sollicité un nouvel avis auprès de son médecin conseil.

Le 6 novembre 2012, le médecin fonctionnaire a rendu un nouvel avis relatif au dossier médical de la requérante.

Le 9 novembre 2012, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande de la requérante. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

«[...]»

Motif :

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 [la partie requérante] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

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

Dans son rapport du 06.11.2012 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE précise ensuite que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier 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'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH».

«[...]»

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique libellé comme suit dans le mémoire de synthèse :

« PREMIER ET UNIQUE MOYEN

Pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à rétablissement et à l'éloignement des étrangers.

A. Le droit applicable et les principes en cause

L'article 9 ter de la Loi du 15 décembre 1980 dispose qu'une personne peut introduire une demande d'autorisation de séjour dès lors qu'il souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitements inhumains et dégradants lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Selon les travaux préparatoires de la Loi du 15 septembre 2006, la mise en place de cette possibilité «**concerne les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitements inhumains et dégradants dans le pays d'origine ou de séjour** » (Doc. Pari., Chambre, 2005-2006, 51-2478/001, pages 34 et 35).

Cette disposition est une transposition de l'article 15 de la directive dite Qualification 2004/83/CE du 29 avril 2004 qui définit les atteintes graves justifiant le droit de la protection subsidiaire. Elles visent en effet « la torture ou des traitements ou sanctions inhumains ou dégradants infligés à un demandeur d'asile dans son pays d'origine ».

L'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales a été interprété par la Cour Européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *D. contre le Royaume-Uni* du 2 mai 2007 confirmé par l'arrêt *N. contre Royaume-Uni* comme excluant qu'un Etat puisse éloigner un étranger en cas de risque grave pour son état de santé, notamment si ce risque découle de l'absence de traitements médicaux dans son pays d'origine.

Il se déduit à la fois du droit belge et de l'article 3 de la Convention Européenne de droit de l'homme que l'interdiction d'éloigner est une interdiction absolue. Une interdiction absolue est une interdiction qui ne prend en considération ni le comportement de la personne concernée, ni des considérations de type financière ou économique lié aux pays d'accueil. Dès lors qu'un risque sérieux existe que les soins ne soient pas disponibles au point de mettre en danger la vie de la personne concernée, ce risque doit être pris en considération. La loi du 15 décembre 1980 et la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'homme exigent un risque sérieux, ce qui ne signifie pas que le risque doit être un risque à 100 %. Un risque élevé, dès lors qu'un pourcentage significatif de personnes n'aurait pas accès aux soins, doit être pris en considération.

En ce qui concerne l'adéquation du traitement, elle doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc. Le Directeur de l'Office des étrangers a fait référence à cette condition de disponibilité concrète et réelle lors de son audition au Parlement indiquant : « **L'accessibilité effective dans une infrastructure et la possibilité médicale de recevoir un traitement et des médicaments sont également prises en compte** » (Doc. Parl, Chambre, Sess. Ord. 2005-2006, n°2478/008, exposé introductif, page 137).

Le Conseil du contentieux des étrangers le rappelle notamment dans un arrêt n°84888 du 19 juillet 2012: « *Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (cf. Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005- 2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005- 2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie* ».

concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande ».

Dans un arrêt du 13 décembre 2011, portant le n° 71.779, le Conseil du contentieux des étrangers a écarté une motivation se limitant à se prononcer sur l'accessibilité des soins et la disponibilité des soins dans le pays d'origine, alors que le requérant alléguait que ses problèmes médicaux trouvaient leur origine dans les événements qui s'étaient produits dans son pays d'origine. Le Conseil constate que les attestations médicales corroborent les dires du requérant quant à l'origine de ses problèmes médicaux. En conséquence, l'Etat belge ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations légales, éluder l'analyse de cet aspect de la demande. (Voyez dans le même sens l'arrêt 73.765 du 23 janvier 2012 — annulation — Rwanda — les problèmes de santé trouvant leur origine dans les faits vécus dans le pays d'origine).

En effet, selon le Conseil, il incombaît à l'Etat belge de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine, étant donné que la pathologie résulte du vécu du requérant en Algérie. En n'abordant pas cet aspect de la demande, et en se limitant à l'accessibilité des soins et à la disponibilité dans le pays d'origine, la décision ne contient pas une motivation adéquate. Cette jurisprudence a été confirmée par plusieurs arrêts et notamment par un arrêt n° 85.381 du 31 juillet 2012. Le Conseil du contentieux des étrangers annule une décision déclarée non fondée une demande 9 ter au motif de la non prise en compte de l'origine de la pathologie :

« *Or, force est de constater que la partie défenderesse ne se prononce d'aucune manière sur ces points, en sorte qu'il ne peut être considéré que la décision querellée est suffisamment motivée et répond aux arguments essentiels des parties requérantes. La partie défenderesse ne pouvait en effet, en l'espèce, se borner à invoquer, en vue d'établir qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour des parties requérantes en Arménie, des considérations d'ordre général, relatives à la disponibilité des traitements médicamenteux prescrits aux parties requérantes, à la présence de services hospitaliers psychiatriques, de psychiatres, de psychologues et de psychothérapeutes en Arménie ainsi qu'à l'existence d'un régime de sécurité sociale et de certains soins gratuits dans le pays précité alors même que l'hypothèse d'un retour en Arménie se trouve être à la base des problèmes de santé des parties requérantes. Partant, la partie défenderesse a failli à son obligation de motivation formelle.*

3.2. Les observations émises en termes de note d'observations ne sont pas de nature à énerver ce constat. En effet, les explications qui y sont fournies ne sauraient rétablir a posteriori la légalité de la décision querellée dont la motivation est, en tout état de cause, insuffisante. Au demeurant, le Conseil n'aperçoit pas en quoi les considérations des parties requérantes quant à une impossibilité de regagner l'Arménie au vu de ce qu'elles y auraient vécu ne devraient pas être prises en compte dans le cadre de l'évaluation du caractère adéquat du traitement disponible dans le pays d'origine et ce d'autant qu'il est question de pathologies psychiatriques ».

L'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 impose une motivation correcte et complète des décisions administratives. Il doit s'agir d'une motivation qui prennent en compte l'ensemble des éléments du dossier, qui réponde à ceux-ci de manière pertinente et qui permette au destinataire de l'acte et au juge de l'annulation d'en comprendre la portée et le raisonnement sous-jacent.

S'agissant de l'article 9 ter, la motivation doit établir que la maladie n'est pas grave, ou que les soins sont disponibles et accessibles.

Un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers n° 85 358 du 31 juillet 2012 rappelle que

«*si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé ».*

De surcroît, «en vertu du principe de minutie [...], il appartient à l'autorité administrative, en vue de statuer en pleine connaissance de cause, de procéder à une recherche minutieuse des faits, de récolter les renseignements nécessaires à la prise

de décision et de prendre en considération tous les éléments du dossier (en ce sens : C.E., n° 190.517, 16 février 2009) ».

Cet arrêt met en évidence l'obligation positive de protection inhérente à l'obligation des Etats non seulement de s'abstenir de mauvais traitements mais aussi de veiller à ce que les personnes qui se trouvent sur leur juridiction n'en subissent pas.

B. La décision querellée

La décision querellée considère que le motif médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9ter.

En effet, le médecin de l'Office des étrangers estime que les traitements médicaux et le suivi nécessaire sont disponibles au Cameroun et que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager. Il informe qu'il existerait un système de soins de santé publique ainsi que les assurances privées au Cameroun.

La consultation de l'avis du médecin permet de lire ce qui suit :

- la requérante est atteinte d'une infection au VIH sans complication ;
- le suivi médical et biologique est assuré tous les 3 mois ;
- la requérante est autorisée à voyager ;
- les sources médicales suivantes sont utilisées pour déterminer la disponibilité des soins aux pays : information de la base de données MedCOI. Selon cette base de données, les médicaments présents dans la trithérapie suivie par la requérante ne sont pas disponibles en tant que tels mais des équivalents existeraient. Des médecins locaux spécialisés permettraient la prise en charge des patients atteints du virus HIV. Ceux-ci pourraient suivre ces patients et effectuer les explorations biologiques en ce compris la détermination de la charge virale et la recherche des CD4.

Depuis 2007, les médicaments antirétroviraux seraient gratuits.

La maladie de Madame [la partie requérante] ne serait pas telle que son état entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique puisque les soins médicaux sont disponibles au pays.

C. Réfutation par la partie adverse

- La partie adverse réfute la première branche du moyen, en mentionnant que le rapport médical mentionne que la requérante est porteuse d'antigène HBS, témoignant de l'existence d'une hépatite B chronique, pour laquelle il n'y a pas de signe d'atteinte des tissus hépatiques.

La première branche du moyen manquerait en fait.

- En ce qui concerne la seconde branche du moyen, qui critique le fait que la partie adverse se fonde sur des informations invérifiables et contredites par un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme, la partie adverse souligne que la requérante n'apporte pas le moindre élément de nature à contredire les constats de la partie adverse et du médecin-fonctionnaire.

Pour ce faire, la partie adverse se réfère longuement à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, dont elle cite de nombreux extraits sans pour autant répondre aux arguments précis invoqués par la partie adverse.

La partie adverse souligne que la présente affaire ne serait pas marquée par des circonstances très exceptionnelles, telles celles qui étaient présentes dans l'arrêt D. c/ Royaume Uni.

D. Application des principes au cas d'espèce et argumentation de la partie requérante

1. **L'erreur manifeste d'appréciation** se déduit de ce que le médecin conseil de l'Office des étrangers indique que la requérante souffre d'une infection au VIH sans complication.

Or, la requérante est porteuse de l'hépatite, ce qui en soi est une complication. A aucun moment, l'avis médical ne fait état de cette complication qu'est la présence d'une hépatite B. Le certificat médical du 18 janvier 2012 est référencé mais sans faire état de cette nouveauté qui le mentionnait.

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.

2. Deuxièmement, en ce qui concerne la disponibilité de soins aux pays, la décision, d'une part, se réfère à une source d'informations dont le contenu ne peut être vérifié. D'autre part, l'accessibilité réelle des soins n'est pas examinée notamment sur le plan financier.

Sur le premier point, l'on relève que la décision querellée se réfère à une base de données MedCOI. Il est précisé que le projet MedCOI est "*un projet sur les changements d'information existants, meilleures pratiques et développement d'une approche commune pour la collection et l'utilisation de COI médical...*

Les informations fournies se limitent à la disponibilité des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'information fournie au sujet de l'accessibilité aux soins".

Deux difficultés se posent par rapport à la base de données MedCOI. D'un côté, la requérante n'y a nullement accès de sorte qu'elle ne peut contrôler si la lecture qu'en fait le médecin conseil de l'Office des étrangers est fidèle à la source originale. 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 références figurant dans l'avis du médecin conseil de l'Office des étrangers ne sont pas suffisantes à cet effet.

D'un autre côté, la note de bas de page indique que les informations fournies dans cette base de données se limitent à la disponibilité des soins médicaux et ne traitent pas de la question de leur accessibilité.

Or, les informations données ci-avant figurant dans l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme mentionné indiquent que si certains soins sont disponibles au Cameroun en théorie, ils ne sont pas pour autant accessibles. Tel est le cas des antirétroviraux de seconde génération.

A aucun moment, la décision querellée ne nuance l'application de ces sources au présent dossier.

De surcroît, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme indique que la mesure de la charge virale coûte plusieurs centaines d'euros par an, ce que la référence à la base de données en question ne peut démentir dès lors qu'il est bien précisé qu'aucune information n'est donnée sur l'accessibilité des soins.

Enfin, la décision querellée indique qu'en ce qui concerne l'accessibilité des soins au pays que la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches : accident du travail - maladies professionnelles, prestations familiales et invalidité - vieillesse et décès.

Il est précisé de manière relativement vague qu'en 1962, a été mis en place un service national de santé dispensant un certain nombre de soins. Des assurances privées existeraient sans davantage de précisions. En ce qui concerne les antirétroviraux, ils seraient gratuits depuis de 2007. Toutefois, cette information est démentie par les informations figurant dans l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme susmentionné.

Il se déduit de ce qui précède que la décision querellée n'est pas correctement motivée en ce qu'elle procède d'une lecture erronée et partielle du dossier (non prise en compte des complications intervenues), en ce qu'elle se fonde sur une source qui n'est pas soumise à la contradiction et qui ne permet pas de vérifier l'accessibilité effective aux soins et enfin parce qu'en ce qui concerne l'accessibilité, les informations figurant dans l'avis du médecin conseil sont contredites par les informations notoirement connues telles celles figurant dans l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme prononcé dans le dossier Yoh-Ekale.

Les développements figurant dans la note d'observations de la partie adverse sont sans pertinence eu égard à l'exposé des moyens. En effet, ces développements se réfèrent de manière abstraite à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, sans répondre à l'argumentation développée par la requérante.

En effet, d'une part, la requérante indique que les informations sur lesquelles se fonde la partie adverse, à savoir des rapports COI, ne sont pas consultables par la partie requérante, de sorte qu'elle ne peut contrôler la référence qui y a été faite. Il n'est pas répondu à cet argument de la partie requérante. Il s'ensuit que la décision n'est pas correctement motivée.

Par ailleurs, la partie requérante a démontré que l'argumentation de la partie adverse, relative à la disponibilité des soins dans le pays d'origine, était erronée au regard de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, mais également de la nécessité de procéder à des analyses quatre fois par an pour déterminer le taux d'antirétroviraux et la nature des antirétroviraux à prendre.

Sans ces analyses, la médication ne peut être déterminée. La décision ne peut dès lors être correctement motivée en se limitant à considérer que les antirétroviraux sont disponibles alors que ces analyses ne le seraient pas.

Cette analyse repose sur la jurisprudence même de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Yoh Ekwale.

La partie adverse ne répond pas à cette argumentation pourtant centrale » ;

3. Discussion.

Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué.* ».

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 précédent le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts.* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la loi du 15 décembre 1980, 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, 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil 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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

3.2. En l'espèce, le Conseil relève que la décision attaquée est fondée sur un rapport établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse le 6 novembre 2012, lequel est joint à ladite décision.

Ce rapport se fonde sur les certificats médicaux produits par la partie requérante, dont il ressort que celle-ci est atteinte d'une « *infection au VIH sans complication* » et est « *porteuse d'antigène HBS témoignant de l'existence d'une hépatite B chronique* ».

Il mentionne également que le traitement actuel prescrit à la requérante consiste en la prise de Truvada, de Norvir et de Reyataz, ainsi qu'en un suivi médical et biologique avec une période de 3 mois.

Pour ce qui est de la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil a indiqué ceci :

« *Les sources suivantes ont été utilisée (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressée) :*

- *information de la base de données MedCOI¹ :*

◆ *Les médecins locaux travaillant dans le pays d'origine engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume² en date du 03.01.2012 avec le numéro de référence unique CM-2319-2012 et en date du 23.06.2011 avec le numéro de référence : CM-2030-2011*

Ceci montre que les médicaments utilisés dans le traitement de Mme [la partie requérante] sont disponibles au Cameroun.

Le Truvada, qui est une association de deux antiviraux (Ténofovir et Emtricitabine), n'est pas disponible tel quel au Cameroun mais les deux substances sont disponibles au Cameroun sous les noms commerciaux de Viread pour le Tenofovir et de Emtriva pour l'Emtricitabine.

Le Reyataz (Atazanavir), inhibiteur des protéases virales, n'est pas disponibles au Cameroun mais le Kaletra, associant deux inhibiteurs des protéases virales, le Lopinavir et le Ritonavir, est disponible au Cameroun.

Le Norvir (Ritonavir) est disponible au Cameroun et peut être inclus dans une association médicamenteuse de deux inhibiteurs de protéases : le Kaletra.

◆ *Et en date du 23.06.2011 avec le numéro de référence : CM-2030-2011.*

Nous confirmons que les médecins spécialisés dans le domaine de la prise en charge des patients VIH+ sont disponibles et les explorations biologiques : la charge virale et la recherche des C sont disponibles au Cameroun.

En ce qui concerne l'hépatite B chronique, il n'y a pas, dans le dossier médical, de signes d'atteintes de tissus hépatiques. Les tests de nécroses et l'échographie ne révélant pas l'existence d'une pathologie active nécessitant un traitement.

¹Le projet Med-COI est un projet sur l'échange d'information existant, meilleures pratiques et développement d'une approche commune pour la collecte et l'utilisation de COI médicale (country of origin information) : le projet Med-COI est basé sur une initiative du Service d'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, l'Office « Bureau Medische Advisering », compte 17 partenaires (16 pays Européens et International Centre for Migration Policy Development) et est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés).

²Clause de non-responsabilité : les informations fournies se limitent à la disponibilité des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'information fournie au sujet de l'accessibilité aux soins. »

Ces médecins dont l'anonymat est protégé, ont été trouvés par l'intermédiaire du Ministère néerlandais des Affaires étrangères dans ses ambassades outre-mer. Ensuite, ceux-ci ont été engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume (« IND »). Ces médecins fournissent des informations sur la disponibilité dans soins dans les pays où ils sont basé. »

Quant à l'accessibilité du traitement, l'avis du médecin-conseil fait état de ce qui suit :

« [...] « le Centre des Liaisons Européenne et Internationale de Sécurité Sociale »³, nous informe que la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches : accidents de travail-maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités-vieillesse-décès (survivants). En 1962, a été mis en place, un service nationale de santé dispensant un certain nombre de soins. Des assurances santé privées existant également.

De plus, depuis mai 2007, les médicaments antirétroviraux contre le SIDA sont gratuits⁴ pour les patients suivis dans toutes les unités de prise en charge et les centres de traitements agréés pour cette pathologie au Cameroun. Sur toute l'étendue du territoire national, les personnes éligibles au traitement, selon les recommandations nationales calquées sur celles édictées internationalement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), peuvent accéder aux multithérapies contre le sida « gratuitement ».

Notons que Mme [la partie requérante] est en âge de travailler et ne démontre pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Dès lors rien ne prouve que l'intéressée ne puisse avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ses besoins médicaux.

[...]

³Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, *Le régime camerounais de sécurité sociale*. www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_cameroun.html.

⁴Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, mars 2010, p.1. www.anrs.fr/ressources-et-publication/Publications/Publications-ANRS/Acces-decentralise-au-traitement-du-VIH-sida-evaluation-de-l-experience-camerounaise »

Il se déduit des constats posés par le médecin-conseil de la partie défenderesse que celui-ci considère que la pathologie de la requérante présente un certain degré de gravité, mais qu'elle ne peut justifier une autorisation de séjour en l'espèce sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 dès lors que le traitement requis est disponible et accessible au pays d'origine.

Le Conseil constate que la partie requérante reste en défaut de démontrer que le fonctionnaire médecin aurait manifestement mal apprécié la disponibilité et l'accessibilité au pays d'origine du traitement médical requis ou n'aurait pas envisagé l'ensemble des éléments pertinents du dossier.

Ainsi, contrairement à ce qui est soutenu par la partie requérante, le médecin conseil a bien pris en considération l'hépatite dont elle est atteinte et a estimé dans son rapport d'évaluation qu'« *il n'y a pas, dans le dossier médical, de signes d'atteintes de tissus hépatiques. Les tests de nécroses et l'échographie ne révélant pas l'existence d'une pathologie active nécessitant un traitement.*

S'agissant de la disponibilité du traitement de la requérante, le Conseil ne peut que constater que les sources documentaires énumérées par le médecin de la partie défenderesse dans son rapport, et plus spécifiquement les informations tirées de la base de données Med-Coi, ont été produites au dossier administratif, en sorte que la partie requérante pouvait valablement en prendre connaissance.

Quant au grief selon lequel les informations tirées de cette base de données ne se prononcent aucunement sur l'accessibilité des soins médicaux dans le pays d'origine de la requérante, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin s'est fondé à cet égard sur d'autres sources et ne s'est pas en outre limité à indiquer que les antirétroviraux sont gratuits. Le Conseil relève qu'il s'est en effet également fondé sur d'autres considérations qui tiennent à l'existence d'une sécurité sociale, d'assurances santé privées au Cameroun, ainsi qu'à la possibilité pour la partie requérante d'intégrer le marché du travail et de financer en conséquence ses soins médicaux, considérations qui ne sont pas contestées en termes de requête et qui doivent dès lors être tenues pour établies.

Or, les informations que la partie requérante fournit elle-même quant au coût financier du traitement ne permettent pas, compte tenu des considérations qui précèdent, de conclure que l'accessibilité des soins médicaux en l'espèce aurait été manifestement mal appréciée par le fonctionnaire médecin et, à sa suite, par la partie défenderesse.

3.3. Il résulte de ce qui précède que l'acte attaqué répond aux exigences de motivation invoquées au moyen, ne méconnaît pas la portée de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation, en manière telle que le moyen unique n'est pas fondé.

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

Article unique.

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le cinq juillet deux mille seize par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. D. NYEMECK, greffier assumé,

Le greffier,

Le président,

A. D. NYEMECK

M. GERGEAY