



Arrêt

**n°226 647 du 26 septembre 2019
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. DE VIRON
Rue des Coteaux, 41
1210 BRUXELLES**

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 14 janvier 2019, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, 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 5 novembre 2018 et notifiés le 14 décembre 2018.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 21 février 2019 convoquant les parties à l'audience du 9 avril 2019.

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

Entendu, en ses observations, Me H. GAMMAR loco Me I. de VIRON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. COUSSEMENT 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. Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 27 novembre 2011.

1.2. Il a ensuite introduit une demande d'asile 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 20 octobre 2016, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable puis a fait l'objet d'une décision de rejet, assortie d'un ordre de quitter le territoire, en date du 19 mars 2018. Dans son arrêt n° 208 821 du 6 septembre 2018, le

Conseil de céans a rejeté le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces actes, suite au retrait de ceux-ci le 11 juillet 2018.

1.4. Le 19 octobre 2018, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. En date du 5 novembre 2018, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant 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 :

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.

Monsieur [K.V.] invoque un 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'[intéressé] et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Cameroun, pays d'origine du requérant.

Dans son rapport du 19.10.2018 (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 et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Cameroun.

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'intéressé souffre d'une maladie dans un état [tel qu'il] 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 il séjourne.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prises en considération.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».

Vu que le requérant a été radié 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 du requérant une décision d'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:

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un premier moyen de la « violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver

formellement les actes administratifs ; violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, violation des articles 4 et 24 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; , de l'article 22bis de la Constitution; violation des article 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et minutie, violation du principe général du droit de l'Union européenne des droits de la défense et du droit d'être entendu, et particulièrement du principe audi alteram partem ; erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.2. Dans une première branche, elle expose que « Selon le Conseil d'Etat dans son arrêt du 16.10.2014 n° 228.778, les deux hypothèses pouvant conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour sont : « [...] » Selon le Conseil d'Etat, si la maladie alléguée ne répond « manifestement » à aucune de ces deux hypothèses, la demande est déclarée irrecevable. En l'espèce, la demande qui a été introduite par le requérant a été déclarée recevable par la partie adverse le 12.12.2017 ce qui signifie que les pathologies dont est atteint le requérant ont atteint le seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter. Selon la partie requérante, dès lors que ce « filtre médical » est passé, la partie adverse est tenue d'examiner de quelle hypothèse relève la maladie alléguée : s'agit-il de la première hypothèse auquel cas l'éloignement n'est absolument pas envisageable ? Ou s'agit-il de la seconde hypothèse auquel cas, effectivement, il y a lieu de procéder à l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine ? Il ne ressort pas de la décision attaquée que : en premier lieu la partie adverse ait procédé à une quelconque évaluation du degré de gravité de la maladie alléguée par la partie requérante et ; en second lieu, la partie adverse n'explique pas en quoi la maladie alléguée par la partie requérante rentrerait dans la seconde hypothèse de telle sorte que cette dernière ne peut comprendre de manière adéquate les raisons de la décision attaquée. La décision attaquée est mal motivée, elle doit être annulée ».

2.3. Dans une deuxième branche, elle souligne que « La question de savoir à quelle hypothèse appartient la maladie alléguée par la partie requérante est d'autant plus importante que la maladie dont souffre le requérant atteint un seuil de gravité l'empêchant de retourner au Cameroun. La partie requérante s'est pourtant exprimée clairement sur le degré de gravité de sa maladie tant dans sa demande que dans les compléments à cette demande, documents médicaux à l'appui : Co infection VIH/VHB avec thrombopénie et cytolyse chronique fluctuante, Fibrose hépatique F1, Hyperlipémie. Il est traité par GENVOYA, traitement qui a remplacé le STRIBILD (qui contient du TRUVADA) toxique pour les reins chez ce patient. Le requérant est donc dans un état pathologique très grave et il nécessite un traitement médicamenteux strict et un suivi médical précis et de qualité. En cas d'arrêt du traitement et du suivi ou de modification de ce traitement, les conséquences sur sa santé seraient catastrophiques. Un retour vers le pays d'origine ne peut être envisagé de manière raisonnable. En décidant que la maladie alléguée par le requérant correspond à la deuxième hypothèse rappelée par le Conseil d'Etat, la partie adverse a procédé à une mauvaise évaluation de la situation médicale actuelle du requérant. Elle a commis une erreur manifeste d'appréciation. Cela d'autant plus grave que la partie adverse a considéré la demande recevable et qu'elle admet donc que le degré de gravité de la maladie est élevé. L'acte attaqué doit être annulé ».

2.4. Dans une troisième branche, elle argumente que « Force est de constater que la partie adverse contredit le médecin spécialiste du requérant et modifie même le traitement que celui-ci a déterminé afin de soigner le requérant Or, la partie adverse ne peut avoir correctement analysé la situation médicale et la demande du requérant étant donné que son médecin conseil ne l'a pas examiné personnellement et ne s'est absolument pas concerté avec le médecin du requérant. Ne donner un avis médical qu'après avoir examiné de manière effective un patient est pourtant une obligation déontologique. A cet égard, le Conseil d'Appel d'expression française de l'ordre des médecins a déjà considéré qu'il était du devoir du médecin d'examiner le patient avant de rendre un avis médical, sous peine de rendre cet avis à la légère ou encore que des écrits attestant un fait non constaté personnellement par le médecin sont susceptibles de compromettre des intérêts privés et publics. Ce refus de recueillir des informations complémentaires et d'examiner le patient est d'autant moins acceptable qu'il est légitime que l'expert se fonde sur un examen clinique du patient pour donner un avis. C'est d'ailleurs en ce sens que le comité consultatif de Bioéthique de Belgique a rendu un rapport concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux. Le Médiateur Fédéral dans son rapport du 14 octobre 2016 se rallie d'ailleurs au point de vue adopté dans ce rapport. Le comité a rappelé aux médecins conseils de l'Office des Etrangers que « quand un médecin – qu'il soit fonctionnaire ou non – fournit un avis médical au sujet d'un dossier médical, il s'agit d'un acte médical pour lequel ce médecin est soumis à la déontologie

médicale. (...) Dans ce cadre, un avis sur le dossier médical d'un patient porte donc de manière inévitable et évidente sur ce patient, et pas seulement sur son dossier. D'un point de vue éthico-déontologique, le dossier est un outil au service de l'acte médical et jamais sa finalité. (...) Concrètement, 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 ». Il ajoute également que « quand un médecin fonctionnaire qui n'est pas spécialisé dans l'affection en question donne un avis qui s'écarte de l'avis d'un spécialiste de cette affection, la concertation entre les deux médecins est donc impérative. Si la divergence d'opinion persiste après la concertation, un entretien et un examen clinique du patient par le médecin-fonctionnaire ainsi qu'un avis d'expert indépendant (spécialiste de l'affection en question) seront indiqués, comme c'est légalement possible mais rarement appliqué en pratique. » Le comité souligne donc en des termes très clairs les obligations qui s'imposent au médecin conseil lorsqu'il est en désaccord avec le médecin rédacteur du certificat type. Le comité termine ainsi en disant : « dans une procédure de demande d'autorisation de séjour pour raison médicale, si le médecin de l'Office des étrangers est d'un avis différent du médecin rédacteur du certificat médical type, il est nécessaire et conforme à la déontologie médicale que le premier prenne contact avec le second ou demande l'avis d'experts en cas de désaccord persistant comme prévu à l'article 9ter, §1 alinéa 5, de la loi du 15.12.1980, faute de quoi la décision du délégué du ministre risque de ne pas être raisonnablement justifiée (absence de motivation matérielle) » Le Tribunal de Première Instance dans son jugement du 30.06.2017 (16/6964/A) fait d'ailleurs sienne cette argumentation et condamne ainsi l'attitude de l'Office des Etrangers. En l'espèce le médecin conseil de la partie adverse, le Docteur [M.], médecin généraliste, contredit donc le diagnostic médical du Docteur [M-C.P.], spécialiste en Infectiologie et du Docteur [A-F.G.], et ce sans aucune concertation avec ces dernières. Cette concertation est pourtant impérative, conformément à la déontologie médicale, en cas de désaccord persistant. L'absence d'examen médical et de concertation avec le médecin du requérant est d'autant plus grave que le médecin conseil de la partie adverse modifie d'initiative le traitement administré au requérant alors que ses médecins ont expressément énoncé qu'il est intolérant au TRUVADA. Le médecin conseil de la partie adverse énonce en effet : « En effet, bien qu'un traitement par combi-thérapie « dernier cri » ne soit pas encore disponible au Cameroun, un traitement tout à fait correct y est possible par une combi-thérapie alternative équivalente ; c'est-à-dire le TRUVADA ; il est prouvé qu'il s'agit d'un bon traitement combiné, d'autant plus que dans le cas précis, on n'a jamais prouvé une résistance à ce traitement réputé adéquat Les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale. Même auparavant (le 29.06.2016), la fonction rénale était correcte. A cette époque, il n'y avait pas d'insuffisance rénale non plus » (avis médical de la partie adverse, page 2). Le traitement du requérant a été établi par ses médecins, et il ne peut être remplacé par du TRUVADA auquel le requérant est intolérant. Le médecin conseil de la partie adverse qui n'a pas vu le patient ne peut sans violer la déontologie médicale ni l'art de guérir, prescrire un traitement médical à un patient sans l'avoir examiné personnellement. Ces immixtions dans le traitement thérapeutique donné par le médecin traitant sont contraires à la déontologie. En modifiant le traitement du requérant alors que celui-ci a été déterminé par son médecin traitant– et ce sans aucune concertation avec ce médecin – la partie adverse viole donc une nouvelle fois la déontologie médicale. Lors de son intervention relative à la régularisation médicale devant la commission de l'Intérieur, des Affaires générales et de la Fonction publique, le professeur Jean-Jacques Rombouts, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins a clairement réaffirmé que (pièce 5) : « En conclusion : - Le Conseil national rappelle qu'évaluer une maladie est un acte médical qui ne peut être réalisé que par des médecins autorisés à exercer l'art médical en Belgique. - Les critères d'évaluation doivent être clairement définis mais le médecin doit avoir la totale liberté d'apprécier si les critères sont ou non rencontrés. - Le médecin évaluateur doit aller au bout de sa démarche et appeler le médecin traitant, examiner le patient et consulter un spécialiste si nécessaire. - La capacité médicale des pays tiers doit être connue non seulement en théorie, mais également sur la base de l'accessibilité réelle aux soins. Le Conseil national de l'Ordre des médecins souscrit aux recommandations du Médiateur fédéral et se tient à la disposition des autorités compétentes pour participer à leur concrétisation et à leur mise en oeuvre. » L'obligation préalable d'examiner le patient découle de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 lu de manière combinée avec l'article 13 de la CEDH, le principe général du droit d'être entendu préalablement, les articles 5 et 11 bis de la loi relative aux droits du patient et de la déontologie médicale donc qui s'impose à tout médecin. Comment un médecin peut-il donner un avis médical sans avoir examiné le patient. C'est d'ailleurs une critique formulée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme dans l'arrêt YOH EKALE / Belgique du 20.12.2011, la Cour demandant avant de se prononcer sur le risque de traitements inhumains et dégradants que la requérante soit examinée par le médecin de la partie adverse ; la Cour a reproché reproche à l'Etat Belge de ne pas avoir procéd[é] à un examen médical attentif de la requérante et de violer dès lors l'article 13 de la CEDH ; Le requérant estime dès lors sur base de la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'Homme, de la loi sur le droit des patients, de la

déontologie médicale, des avis rendus tant par l'Ordre des médecins que par le comité de bioéthique, que le droit d'être entendu doit dans le contexte de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, engendrer une obligation positive de la partie adverse d'examiner le requérant avant de rendre son avis médical ; L'avis médical n'ayant pas été fait dans le respect de la déontologie ne peut qu'être annulé. La décision qui se fonde sur cet avis doit par voie de conséquence être annulée car non motivée en droit et en fait. En tout état de cause, la partie adverse viole le principe général de bonne administration et l'obligation de collaborer à la charge de la preuve en n'invitant pas le requérant ou son médecin à fournir les renseignements et rapports médicaux supplémentaires pour pouvoir se forger une opinion sur la pathologie du requérant. Dans la mesure où la partie adverse n'a pas examiné le requérant, elle n'a pu motiver correctement sur le degré de gravité de la pathologie qu'il a développé. La décision attaquée doit être annulée ».

2.5. Dans une quatrième branche, elle développe que « Au vu de ce qui précède, le requérant est atteint de pathologies graves, instables et mortelles si elles ne sont pas traitées. Il ne fait aucun doute que sans ce traitement, le requérant connaîtra une dégradation catastrophique de son état de santé. La partie adverse affirme à tort que le requérant peut retourner dans son pays d'origine. Un retour au Cameroun est incompatible avec l'état de santé dans lequel il se trouve. Ce dernier souffrirait de traitements inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la CEDH en cas de retour dans son pays d'origine. La partie requérante estime que la gravité de la pathologie du requérant a atteint le seuil de gravité qu'exige la CourEDH au regard de l'article 3 de la CEDH. Le risque de violation de l'article 3 de la CEDH est donc flagrant en cas de retour au Cameroun et la décision doit être annulée. En tout état de cause la décision de la partie adverse est mal motivée en ce qu'elle examine la possibilité d'un retour du requérant dans son pays d'origine uniquement au regard d'une violation de l'article 3 de la CEDH. En effet, Votre Conseil a très clairement établi que la protection offerte par l'article 9ter était bien plus large que celle offerte par l'article 3 de la CEDH (CCE 12 décembre 2014, n° 135 035, 135 037, 135 038, 135 039 et 135 041). La décision attaquée est mal motivée et doit être annulée ».

2.6. La partie requérante prend un second moyen de la « violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.7. Elle remarque qu' « Il ressort de la décision attaquée que la partie adverse a considéré que la maladie alléguée par la partie requérante – pour reprendre les termes du Conseil d'Etat – maladie « quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine, mais qu'il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». Dans ce cadre, la partie adverse doit examiner tant l'existence des soins, c'est-à-dire leur disponibilité, que les possibilités effectives pour le demandeur, dans son cas individuel, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective ».

2.8. Dans une première branche, ayant trait à la disponibilité, elle soutient que « La partie adverse affirme que « le traitement par TRUVADA, qui est un médicament analogue, équivalent à celui prescrit, y est disponible – ainsi que d'éventuels soins à l'hôpital comme à domicile par des spécialistes en maladies infectieuses – de sorte que le requérant peut très bien être soigné dans son pays d'origine. Dans le cas présent, une résistance au TRUVADA n'a pas été démontrée et les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale » En ce qu'il énonce cela, l'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé. Le requérant ne tolère absolument pas le TRUVADA et la partie adverse ne peut substituer ce traitement au GENVOYA prescrit par les médecins du requérant. Il s'agit d'une grave erreur médicale. Le médecin du requérant a en effet clairement expliqué que le STRIBILD (contenant du TRUVADA) a causé de l'insuffisance rénale chez le requérant en novembre 2016 et que la modification du traitement (STRIBILD remplacé par du GENVOYA) a permis de normaliser la fonction rénale du requérant (pièce 9) La partie adverse affirme donc erronément que « d'autant plus que dans le cas précis, on n'a jamais prouvé une résistance à ce traitement réputé adéquat » et que « Les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale. Même auparavant (le 29.06.2016), la fonction rénale était correcte. A cette époque, il n'y avait pas d'insuffisance rénale non plus ». La partie adverse ne tient pas compte des informations capitales contenues dans le dossier médical du

requérant. Le TRUVADA est dangereux pour la santé du requérant et il ne peut remplacer le GENVOYA, traitement indispensable au requérant. Lorsque la partie adverse affirme que le TRUVADA est disponible et peut être administré au requérant, elle ne prend pas en compte les informations capitales contenues dans le dossier médical du requérant et commet une erreur manifeste et grave d'appréciation qui est dangereuse pour la vie du requérant. Ce seul constat suffit à annuler l'acte attaqué. En tout état de cause, afin de justifier de la disponibilité des médicaments composant le traitement du requérant et de son suivi, la partie adverse se contente de renvoyer à deux requêtes MedCOI qui renvoient à l'existence du Centre Pasteur de Yaounde et de l'Hôpital Central de Yaounde sans plus amples informations. Votre Conseil a pourtant souvent insisté sur la nécessité pour la partie adverse de démontrer la disponibilité effective du traitement et du suivi au pays d'origine et de ne pas simplement renvoyer à l'existence d'une liste de médicaments ou d'infrastructures et de professionnels de la santé (CCE 30 mars 2017, n°184.749, 28 février 2012, n° 76 076 ; 31 juillet 2012, n° 85 358 ; 16 mars 2015, n° 141 028 ; 27 mai 2015, n° 146 400 ; 16 décembre 2015, n° 158 676 ; 12 avril 2016, n° 165 542 ; 19 janvier 2017, n° 180 942). Votre conseil s'est par ailleurs prononcé clairement dans un arrêt récent 211.356 du 23.10.2018 sur la motivation de la partie adverse par référence à des documents MedCOI non accessibles au requérant. Ce renvoi à la base de données MedCOI n'établit donc en rien la disponibilité effective du traitement du requérant. Le requérant quant à lui, a clairement établi que la disponibilité des soins de santé en général et concernant sa pathologie en particulier, n'est absolument pas garantie au Cameroun et ce tant dans sa demande de séjour que dans les actualisations de cette demande. Le médecin traitant de la requérante énonce en effet dans son certificat médical du 18.09.2018 que : « La couverture antirétroviraux n'est que de 32 à 37% au Cameroun selon le rapport du PEPFAR d'avril 2017 et indicateurs 2016 de la Banque Mondiale et en annexe) et les ruptures de stocks sont fréquentes avec un risque d'émergence de résistance dans un pays où la troisième ligne de traitement est inexistante (cf en annexe) ; La mise à disposition du contrôle de la charge virale se fait lentement dans le pays et le cout de la mesure reste un obstacle pour de nombreux patients (voir p 17-18 du rapport de PEPFAR avril 2017) » « G/ Nombre d'annexes jointes au présent certificat : - [...] - Indicateurs de la Banque mondiale sur la couverture en antirétroviraux pour les patients infectés par le VIH au Cameroun en 2016 (dernière actualisation le 18/09.2017) - Extrait de la Lettre d'infectiologue publiée à l'occasion de la conférence AFRAVIH 2016 sur la non-disponibilité des traitements de 3eme ligne au Cameroun - Extraits du Strategic Direction Summary pour le Cameroun de PEPFAR, édité en avril 2017 » Le requérant a ainsi clairement démontré que la disponibilité effective du traitement et de son suivi n'est pas garantie. Concernant la disponibilité du traitement et de la prise en charge du VIH au Cameroun, l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), affirme également clairement : « Les données des enquêtes confirment les estimations de l'ONUSIDA, qui indiquent que l'Afrique du Sud a également connu une amélioration de la couverture de traitement et qu'elle est tout près d'atteindre les objectifs de traitement 90-90-90*. Selon ces données, 85 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH, 71 % de ces personnes ont accès au traitement antirétroviral et 86 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable. En revanche, au Cameroun et en Côte d'Ivoire, la suppression de la charge virale chez l'ensemble des personnes vivant avec le VIH est inférieure à 50 %, en raison de la faible couverture de traitement. Ces deux pays sont loin d'atteindre les objectifs 90-90-90, avec des chiffres de 47 %, 91 % et 80 % et de 37 %, 88 % et 76 % respectivement. »⁴ Le très récent article « Cameroun : le taux d'échec des ARV interpelle les autorités » explique également : « Cette étude dont les résultats ont été publiés en août 2018 révèle que le traitement du VIH/sida par l'utilisation des ARV connaît un taux d'échec élevé dans le pays. [...] Les travaux dirigés par Avelin F. Aghokeng rejoignent une autre étude, publiée le 4 septembre dernier par la revue The Lancet. Cette étude dirigée par Raph L Hamers constate que "après 15 ans d'intensification du traitement ARV, l'augmentation continue de la résistance aux médicaments anti-VIH dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire constitue une menace croissante pour la riposte au VIH, avec le potentiel d'accroître la mortalité, l'incidence du VIH et les coûts". A en croire Anton Poznaik, les causes de cette résistance sont multiples, la principale étant le non-respect de la posologie. "Ce qui signifie que la personne avait oublié de prendre un traitement, qu'elle ne voulait pas le prendre, qu'elle ne pouvait pas se le payer, qu'elle avait du mal à aller à la clinique ou qu'il y a eu des effets qui l'ont amenée à arrêter le traitement", explique-t-il. Le président de l'IAS ajoute que des problèmes de programmation tels que des ruptures de stock et des lignes d'approvisionnement sont également parmi les causes de la résistance aux ARV. En tout état de cause, conclut l'étude publiée dans The Lancet, "pour atteindre les objectifs mondiaux de l'Onusida, des stratégies renforcées sont nécessaires pour améliorer la qualité des services de traitement antirétroviral et la durabilité des schémas thérapeutiques disponibles et pour lutter contre la résistance". En ce qui concerne le cas spécifique du Cameroun, Avelin F. Aghokeng indique que "distribuer simplement les ARV ne suffit pas". "Les programmes nationaux de prise en charge doivent aussi s'améliorer, en prenant davantage en compte toutes les régions du pays, les zones urbaines et rurales, en réduisant les

ruptures de stock de médicaments et réactifs. Et pour cela il faut une mobilisation permanente", suggère en outre le chercheur. » La décentralisation des médicaments pose un réel problème : « Deux principales raisons justifient cette situation. La première étant que ce phénomène est dû au manque de planification. La seconde raison est que les UPEC sont actuellement confrontées à une difficulté liée à la migration des malades d'un centre à un autre, toute chose qui conduit à un surcroît des sollicitations, et donc à une explosion de la file active des PVVIH. Dans un communiqué, l'association Positive Génération a appelé les autorités à "arrêter la langue de bois, et à prendre rapidement leurs responsabilités afin de trouver une solution pérenne pour l'accès aux soins et traitements des malades ». « Ce n'est pas un premier fait au Cameroun de Paul Biya. Ces situations inconcevables s'observent depuis 7 ans, sous l'immobilisme des responsables de la Santé ». « Situation dénoncée par l'ensemble des camerounais qui ne comprennent pas toujours qu'en dépit d'une subvention de 64 milliards de FCFA destinée à la fourniture en ARV pour une durée de cinq ans et octroyée depuis le 1er juillet 2012, par le Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida au Cameroun, de telle pénurie puisse s'observer pour une énième fois » De ce qui précède il ressort très clairement que la partie adverse ne parvient pas à démontrer que le traitement et le suivi indispensables au requérant sont disponibles dans son pays d'origine, alors que le requérant a, quant à lui, très clairement établi cette « non-disponibilité ». Au vu de ce qui précède, l'administration manque en motivation sur ce point et ce défaut de motivation permet à lui seul l'annulation de la décision de refus d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prise en l'espèce. L'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé ».

2.9. Dans une seconde branche, relative à l'accessibilité, elle fait valoir que « Dans le cadre de cette analyse, la partie adverse doit examiner les possibilités effectives pour le demandeur, compte tenu de la situation générale du pays en question en ce qui concerne les soins de santé et compte tenu de la situation individuelle du demandeur, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective. La Cour européenne des Droits de l'Homme l'a d'ailleurs rappelé dans son arrêt PAPOSHVILI du 16.12.2016 (§187). La Cour rappelle également que « Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), n o 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée). (§190) » Le requérant souffre de pathologies graves qui nécessitent un traitement et un suivi important et régulier. Contrairement à ce qu'affirme la partie adverse, le traitement et le suivi indispensables au requérant ne lui seraient absolument pas accessibles en cas de retour dans son pays d'origine. En effet, la partie adverse ne tient absolument pas compte de la situation générale des soins de santé au Cameroun ainsi que de la situation individuelle du requérant, ce qui est contraire à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme. Tout d'abord force est de constater que la partie adverse ne tient absolument pas compte des sources apportées par le médecin traitant du requérant dans son certificat médical du 18.09.2018 qui expliquent très clairement que le traitement du requérant ne lui est accessible au pays d'origine. Les documents « Indicateurs de la Banque mondiale sur la couverture en antirétroviraux pour les patients infectés par le VIH au Cameroun en 2016 (dernière actualisation le 18/09.2017) », « Extrait de la Lettre d'infectiologue publiée à l'occasion de la conférence AFRAVIH 2016 sur la non-disponibilité des traitements de 3eme ligne au Cameroun » et « Extraits du Strategic Direction Summary pour le Cameroun de PEPFAR, édité en avril 2017 », ne sont même pas évoqués par la partie adverse. Ce simple constat démontre bien que la partie adverse ne prend absolument pas en compte l'ensemble des éléments pertinents de la cause. Ce constat suffit à l'annulation de l'acte attaqué. En tout état de cause, la partie adverse reste en défaut de prouver l'accessibilité effective au traitement du requérant au Cameroun. Elle tente en effet de démontrer cette accessibilité aux soins en affirmant l'existence d'une sécurité sociale camerounaise comportant trois branches : « accidents de travail – maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités – vieillesse – décès (survivant) ». Cet énoncé montre bien que le requérant ne serait absolument pas couvert par cette prétendue sécurité sociale étant donné qu'il n'entre dans aucune des branches citées. Il ne s'agit pas d'une sécurité sociale accessible à tous. L'existence de mutuelles et d'assurances privées ne démontre pas plus qu'il aurait accès à son traitement. Il est important de rappeler à la partie adverse qu'une assurance ne couvre pas un risque déjà réalisé et que le requérant n'a en tout état de cause pas les moyens de payer une assurance privée. La partie adverse ne démontre d'ailleurs pas que le traitement et le suivi spécifiques au requérant seraient couverts par ces mutuelles, et à concurrence de quel montant. En tout état de cause, la partie adverse ne tient pas compte de la situation individuelle du requérant qui est sans ressources et n'a pas d'emploi. Son père est décédé en 2008 et sa mère a plus de 80 ans et est sans ressources. En raison de la guerre civile au

Nord du Cameroun, tous ses frères ont dû se réfugier au Nigeria⁷. Le contact avec eux est déjà difficile et ils ne peuvent évidemment pas aider le requérant à assumer son traitement. Rien ne garantit qu'en cas de retour au Cameroun, le requérant aurait accès suffisamment rapidement au marché du travail pour assurer le paiement de son traitement et cela d'autant plus dans ce contexte de guerre civile. L[e]s articles suivants démontrent d'ailleurs que l'accessibilité aux soins de santé au Cameroun n'est absolument pas garantie : « En raison de l'absence de sécurité sociale et de la pauvreté, la plupart des Camerounais ont recours aux médicaments de rue, achetés à la pièce à des vendeurs ambulants ou au marché. Souvent, il s'agit de médicament pirates, inopérants voire toxiques. 80% des Camerounais ont régulièrement recours à la médecine indigène et aux plantes, nettement moins chère que la médecine occidentale. Souvent, lorsque l'on se décide à emmener un malade à l'hôpital, il est trop tard. L'hôpital refuse de soigner le patient s'il ne s'acquitte pas au préalable d'une somme conséquente (souvent plus de 100.000 FCFA). Dans ce cas, la solidarité familiale joue. Un membre de la famille mange le montant de sa tontine et paie les soins. Le secteur de la santé souffre des conséquences combinées de la corruption, de la bureaucratie et de l'accaparement des ressources par le personnel. Les salaires insuffisants, la dévaluation des employés, une mauvaise gestion de l'administration et des conditions de travail difficiles accentuent ces types de comportements et étouffent ceux qui tentent en vain d'inverser la tendance, créant une brèche de plus en plus importante dans le système de santé publique. De nombreux articles font état d'un mauvais entretien des structures médicales, avec seulement 20 à 25% des équipements médicaux opérationnels et un taux de fréquentation des hôpitaux ne s'élevant qu'à 30%. ». Cette situation n'est pas nouvelle et a déjà été dénoncée : « Jugé en mauvaise posture pour l'atteinte en 2015 des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) de l'ONU relatifs à ce domaine, le Cameroun se distingue par un faible accès aux services de santé pour les 60% des ménages, expliqué par un déficit énorme de personnel et d'infrastructures puis l'insuffisance de financements. Les ménages continuent à supporter la charge financière des soins, contrairement à d'autres pays de niveau socio-économique similaire ». « La tendance générale se rapporte à d'importantes pénuries de personnels. Le Cameroun s'écarte de 27% de la norme recommandée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) pour le nombre d'infirmières rapporté à la population et dans des proportions très fortes dans plusieurs provinces (régions) pour celui des médecins, a observé le rapport de la Banque mondiale. Pour le Pr Alain George Juimo, spécialiste de l'imagerie médicale en service à l'Hôpital général de Yaoundé, mis à part la carence de personnel, une autre préoccupation réside dans l'insuffisance des équipements "pour relever le défi du service moderne de la médecine, bien que depuis un certain temps le gouvernement fait des efforts pour rattraper un retard criard". "Pourquoi un médecin du Cameroun n'accepte pas d'être soigné par un autre ? Pourquoi les ministres du Cameroun ne font pas leur check-up au pays ? C'est parce que nous n'avons pas confiance en nos structures, nous n'avons pas confiance à la qualité des soins", a-t-il affirmé sans ambages ». « Le régime de protection sociale ne couvre nullement la maladie lorsqu'elle n'est pas liée au travail. Le régime de protection sociale camerounais ne rend donc pas les soins médicaux indispensables au requérant accessibles. En outre, 83% des travailleurs du secteur privé au Cameroun ne bénéficient pas du régime de sécurité sociale ». Dans l'article intitulé « Proposition de réforme du système de santé du Cameroun », le Dr. Kleber MBENOUN décrit les nombreux problèmes du système de santé du Cameroun et avance des pistes afin de les résoudre. Il explique par exemple : « Quels devraient être les objectifs de la réforme ? Que tous les patients qui se rendent dans les hôpitaux soient pris en charge à temps, de façon adéquate et complète, indépendamment de leur capacité à payer individuellement leurs soins. Pour y parvenir, le système de santé camerounais doit, avec pour objectif l'excellence, régler dans une approche intégrée les problèmes que rencontrent ses composantes, à savoir le malade, les infrastructures et équipements médicaux, le personnel de santé. Ramener les frais de santé au niveau des faibles moyens financiers du Camerounais moyen[.] On ne peut résoudre le problème de santé du Cameroun sans intégrer le fait que le malade camerounais n'a simplement pas les moyens financiers de s'offrir les soins de santé dont il a besoin. Et le camerounais moyen, ce n'est pas le professeur de lycée ou l'assistante sociale qui ne constitue que la petite portion de ceux qui s'en sortent un temps soit peu. Cet aspect du problème doit être abordé au niveau du malade sans emploi de Kousseri ou du paysan de Pouma, sans revenus substantiels. C'est lorsque le système sera capable de les prendre en charge qu'il pourra se targuer de traiter convenablement les camerounais. C'est au-delà des ambitions de l'émergence, une question de justice sociale dans un pays béni par Dieu en ressources naturelles. ». Au vu de ce qui précède, il ne fait aucun doute que le requérant n'aurait absolument pas accès à son traitement en cas de retour au Cameroun. La partie adverse n'apporte pas la preuve de cette accessibilité et manque de toute évidence à son obligation de motivation. Cette accessibilité n'est pas garantie. La décision attaquée doit être annulée ».

2.10. La partie requérante prend un troisième moyen de la « violation des articles 7, 62 §2 et 74/13 de la loi du 15.12.1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement

les actes administratifs ; des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; des articles 19 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; des articles 1, 5, 6 de la directive 2008/115/CE du 16.12.2008 ; du principe général de bonne administration et plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, commet une erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.11. Dans une première branche, elle avance qu' « Un ordre de quitter le territoire a été pris le 05.11.2018 suite à la décision de non-fondement du 9^{ter} introduit par la partie requérante. Cet ordre de quitter le territoire est connexe à cette décision et il est aux yeux de la partie adverse la conséquence directe de l'adoption de la décision de non fondement du 9^{ter}. Dans le présent recours contre le non-fondement 9^{ter}, la partie requérante invoque le risque de traitement[s] inhumains et dégradants en cas de retour au Cameroun et le défaut de motivation de la décision de non-fondement à l'égard de l'article 3 de la CEDH. En effet, la partie requérante a clairement démontré que le traitement qui lui est nécessaire n'est pas disponible et accessible dans son pays d'origine. Les éléments qui précèdent ont tous été communiqués à la partie adverse. Au moment de la décision attaquée, une question sérieuse se pose donc quant à la compatibilité de l'éloignement de la partie requérante avec l'article 3 de la CEDH. La partie requérante estime que le grief soulevé à l'appui du recours qu'elle a introduit à l'encontre de la décision de non fondement 9^{ter} du 05.11.2018 est défendable au sens de l'article 13 de la CEDH et au sens de l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. La Cour de Justice de l'Union européenne confirme ce point de vue à l'occasion d'un arrêt du 18.12.2014, CPAS Ottignies LLN c. Abdida, n° 562/13 et le rappelle dans son arrêt PAPOSHVILI c. Belgique du 13.12.2016. Dans cet arrêt, la Cour expose que les articles 5 et 13 de la directive 2008/115/CE (retour), lus à la lumière des articles 19, § 2 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ainsi que l'article 14, § 1, b) de cette directive doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à ce qu'une législation nationale ne confère pas un effet suspensif à un recours exercé contre une décision ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie de quitter le territoire d'un Etat membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé. Selon la partie requérante, deux conclusions doivent être tirées de l'enseignement de la Cour. En premier lieu, un examen du « risque sérieux de détérioration grave et irréversible » de l'état de santé du requérant doit être réalisé et ensuite, si ce risque est constaté, le recours offert au requérant doit être suspensif. Or, dans le cas d'espèce, il y a un manifeste problème de motivation dans la décision attaquée. En effet, aucun examen du risque sérieux de détérioration n'est effectué par la partie adverse. En tout état de cause, la partie requérante estime avoir démontré dans son recours contre le refus 9^{ter}, le haut degré de gravité de la pathologie qu'elle développe et les nombreuses circonstances humanitaires impérieuses qui impliquent qu'un retour au Cameroun violerait l'article 3 de la CEDH. L'ensemble de ces éléments laisse raisonnablement penser qu'en cas de retour au Cameroun l'état de santé du requérant se détériorera. Dès lors, prendre un ordre de quitter le territoire à l'égard de la partie requérante alors même qu'une question de violation de l'article 3 de la CEDH garantissant un droit fondamental est soulevée – et non tranchée – constitue un obstacle à l'effectivité du recours ouvert à la partie requérante pour contester la décision de non fondement 9^{ter} puisque cet ordre de quitter le territoire empêche, s'il est exécuté, qu'il soit statué sur le recours contre le non fondement 9^{ter} ».

2.12. Dans une deuxième branche, elle soulève que « L'acte attaqué est mal motivé, en ce que la partie adverse ne prend pas en compte l'ensemble des éléments liés à la situation individuelle du requérant et notamment son état de santé. Monsieur [K.] est atteint de pathologies graves. Les rapports médicaux qui ont été transmis à la partie adverse sont clairs et précis : une interruption de traitement entraînerait des conséquences gravissimes sur la santé du requérant. La partie requérante a également clairement démontré que ce traitement ne lui est pas disponible et accessible dans son pays d'origine et qu'un retour dans son pays d'origine constituait un risque de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH. Comme énoncé ci-avant, la situation médicale préoccupante du requérant est connue par la partie adverse, qui n'en tient absolument pas compte dans l'acte attaqué alors qu'elle a déclaré la demande 9^{ter} du requérant recevable. La partie adverse ne pouvait prendre la décision attaquée sans avoir égard à ces éléments qui lui ont tous été communiqués. A tout le moins la partie adverse aurait-elle dû indiquer les raisons pour lesquelles elle estime que la décision d'éloignement attaquée ne viole pas le droit fondamental dont se prévaut la partie requérante. En l'espèce, la décision attaquée ne tient absolument pas compte de l'état de santé du requérant et est totalement incompatible avec l'obligation qu'a l'Etat belge de protéger toute personne contre des traitements inhumains et dégradants (article 3 CEDH, article 19 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne). L'article 74/13 de la loi du 15.12.1980 est sans équivoque : « Lors de la prise d'une décision

d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné. » Le Conseil d'Etat rappelle clairement dans son ordonnance n° 12.208 du 17 novembre 2016 d'admissibilité des recours en cassation : « Qu'il ne ressort nullement des points 3.1.2.2. et 3.1.2.3. de l'arrêt critiqués en cassation, que le Conseil du contentieux des étrangers aurait jugé que le requérant n'était pas en l'espèce tenu de délivrer à la partie adverse un ordre de quitter le territoire, sur la base de l'article 7 de la loi précitée du 15 décembre 1980; qu'il juge seulement que lors de cette délivrance, il lui incombait « de procéder à un examen attentif de la situation et de réaliser la balance des intérêts en présence » et qu'il ne ressort « nullement » de la motivation de l'acte qu'un tel examen ait eu lieu; qu'il y a lieu de relever que, contrairement à ce que le moyen revient à soutenir, la compétence du requérant pour l'adoption d'un ordre de quitter le territoire n'est pas une compétence entièrement liée, y compris dans les cas où l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 précitée prévoit qu'il « doit » l'adopter car, comme le confirme l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, même en pareilles hypothèses, le requérant n'est pas tenu d'édicter un ordre de quitter le territoire qui méconnaîtrait les droits fondamentaux de l'étranger » Force est en effet de constater que rien n'est précisé sur ce point. Aucune motivation adéquate ne ressort de la décision attaquée par rapport à l'état de santé du requérant et à l'article 3 de la CEDH. La partie requérante estime qu'en tout état de cause, la partie adverse n'a pas suffisamment motivé l'acte attaqué dans la mesure où une telle décision ne peut échapper aux garanties minimales énoncées par les textes européens et la jurisprudence européenne. En effet, en prenant une décision de quitter le territoire, la partie adverse méconnaît les obligations internationales telles qu'elles sont transposées dans la Directive 2008/115/CE du 16.12.2008 puisque lors de l'appréciation d'une décision de retour, il incombe à la partie adverse de prendre en considération l'ensemble des éléments du dossier, notamment les éléments médicaux qui pourraient justifier la non-expulsion de l'étranger du territoire vu ses problèmes de santé (article 5 de la Directive Retour 2008/115/CE). Egalement, le considérant 6 de la Directive Retour (2008/115/CE) énonce : « Les États membres devraient veiller à ce que, en mettant fin au séjour irrégulier de ressortissants de pays tiers, ils respectent une procédure équitable et transparente. Conformément aux principes généraux du droit de l'Union européenne, les décisions prises en vertu de la présente directive devraient l'être au cas par cas et tenir compte de critères objectifs, ce qui implique que l'on prenne en considération d'autres facteurs que le simple fait du séjour irrégulier ». L'article 1er de la Directive Retour indique alors que les normes et les procédures qu'elle fixe s'appliquent « conformément aux droits fondamentaux en tant que principes généraux du droit communautaire ainsi qu'au droit international, y compris aux obligations en matière de protection des réfugiés et de droits de l'homme ». La CJUE dans son arrêt ABDIDA/Belgique C562/13 du 18 décembre 2014 énonce dans le même sens que : « Il ressort de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui doit être prise en compte, en application de l'article 52, paragraphe 3, de la Charte, pour interpréter l'article 19, paragraphe 2, de celle-ci, que, si les non-nationaux qui sont sous le coup d'une décision permettant leur éloignement ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un État afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux sociaux ou autres fournis par cet État, la décision d'éloigner un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans ledit État est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3 de la CEDH, dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre cet éloignement sont impérieuses (voir, notamment, Cour eur. D. H., arrêt N. c. Royaume-Uni du 27 mai 2008, § 42). 48 Dans les cas très exceptionnels où l'éloignement d'un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie vers un pays dans lequel les traitements adéquats n'existent pas violerait le principe de non-refoulement, les États membres ne peuvent donc pas, conformément à l'article 5 de la directive 2008/115, lu à la lumière de l'article 19, paragraphe 2, de la Charte, procéder à cet éloignement. » Il est flagrant de constater que la partie adverse, dans la décision attaquée, n'a à aucun moment considéré le risque de violation de droits fondamentaux en cas de retour du requérant dans son pays d'origine. L'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé ».

3. Discussion

3.1. Sur la troisième branche du premier moyen pris et sur la première branche du second moyen 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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

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

Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9 *ter* précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé 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 le requérant 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'intéressé. 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 l'occurrence, le Conseil observe qu'il ressort notamment de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 19 octobre 2018, que « *Traitements actifs actuels [...] En effet, bien qu'un traitement par combi-thérapie « dernier cri » ne soit pas encore disponible au Cameroun, un traitement tout à fait correct y est possible par une combi-thérapie alternative équivalente ; c'est-à-dire le TRUVADA. Il est prouvé qu'il s'agit d'un bon traitement combiné, d'autant plus que dans le cas précis on n'a jamais prouvé une résistance à ce traitement réputé adéquat Les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale. Même auparavant (le 29/06/2016), la fonction rénale était correcte. A cette époque, il n'y avait pas d'insuffisance rénale non plus* » et que « *La disponibilité des soins [...] Le traitement par TRUVADA, qui est un médicament analogue, équivalent à celui prescrit, y est disponible – ainsi que des éventuels soins à l'hôpital comme à domicile par des spécialistes en maladies infectieuses – de sorte que le requérant peut très bien être soigné dans son pays d'origine. Dans le cas présent, une résistance au TRUVADA n'a pas été démontrée et les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale* ».

Le Conseil constate ensuite qu'il ressort du dossier administratif, plus particulièrement des points A et F du certificat médical type du 18 septembre 2018 fourni à l'appui de la demande que « *–Insuffisance rénale en novembre 2016 ayant conduit à modifier le traitement en GENVOYA –Normalisation de la fonction rénale sous GENVOYA (contenant du TRUVADA-TAF) qui a remplacé le STRIBILD (contenant du TRUVADA, toxique pour le rein chez ce patient)* » et que « *En raison de sa toxicité rénale, le TRUVADA est contre-indiqué chez ce patient qui nécessite une bithérapie pour l'hépatite B à base de Emtricitabine-Tenofovir alafenamide (TRUVADA-TAF) ; Cette association n'est pas disponible au Cameroun[,] contrairement au TRUVADA* ». Le Conseil précise en outre que ce certificat médical type émane du Docteur [A-F. G.], consultante au Centre de Référence SIDA du CHU Saint-Pierre à Bruxelles

ainsi que du Docteur [M-C.P.], infectiologue au Centre de Référence SIDA du CHU Saint-Pierre à Bruxelles.

En conséquence, le médecin-conseil de la partie défenderesse, médecin généraliste, s'est écarté de la contre-indication au Truvada figurant dans le certificat médical type du 18 septembre 2018 rédigé notamment par le Docteur [M-C.P.], médecin spécialiste, en relevant que « *une résistance au TRUVADA n'a pas été démontrée et les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale* ».

3.3. Le Conseil souligne à cet égard qu'en vertu de l'article 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 5 de la Loi, qui dispose que le médecin-conseil de la partie défenderesse « [...] peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts », il était loisible au médecin-conseil de la partie défenderesse de s'adresser au médecin spécialiste du requérant afin d'obtenir de plus amples informations s'il s'estimait insuffisamment informé par les éléments fournis à l'appui de la demande. En effet, s'il a été estimé que ce médecin-conseil « [...] jouit d'une entière liberté dans son appréciation des certificats médicaux, et [qu']un examen additionnel ou des renseignements complémentaires ne sont pas requis » c'est dans le cas où « [...] la situation médicale de l'intéressé peut être clairement constatée sur la base du dossier de l'intéressé ». (voir aussi Doc. Parl. Chambre 2005-2006, n° 2478/001, 345-35). Or, en l'espèce, le médecin-conseil de la partie défenderesse - qui est médecin généraliste et qui n'a pas rencontré le requérant - remet en cause la contre-indication du médecin spécialiste de ce dernier en postulant que « *une résistance au TRUVADA n'a pas été démontrée et les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale* ». Or, le Conseil estime qu'il n'appartient pas au médecin-conseil généraliste - qui n'a en outre pas rencontré le requérant - de contredire le diagnostic d'un médecin spécialiste qui suit effectivement le requérant ni de remettre en cause la pertinence de son diagnostic en ne s'estimant pas suffisamment informé alors qu'il s'est dispensé de la possibilité de contacter ledit spécialiste afin d'assurer sa complète information. A cet égard, le Conseil attire l'attention de la partie défenderesse sur la 7^{ème} recommandation adressée par le Médiateur fédéral à l'Office des étrangers dans son rapport 2016 sur la « *Régularisation médicale et le fonctionnement de la section 9^{ter} de l'Office des étrangers* » qui énonce que « *L'instruction du 14 juin 2012 de la hiérarchie de la DEX (Direction Séjour Exceptionnel) interdisant aux médecins-conseillers de contacter les médecins traitants doit être abrogée : une interaction entre médecins-conseillers et médecins traitants (experts) doit être autorisée pour des raisons déontologiques, pratiques, éthiques et de transparence* » (p. 57). A titre de précision, le Conseil relève que le courrier du 5 septembre 2018 envoyé par la partie défenderesse au requérant ne pouvait suffire à cet égard dès lors qu'il enjoignait à ce dernier de fournir tous les rapports et certificats médicaux étayant son état de santé actuel (les derniers certificats médicaux produits datant de décembre 2017) et le traitement en cours. Ainsi, ce courrier ne demandait aucun renseignement complémentaire sur la contre-indication au Truvada, laquelle avait pourtant déjà été soulevée antérieurement dans le certificat médical type du 8 décembre 2017. Enfin, le Conseil souligne que les bilans sanguins dont le médecin-conseil de la partie défenderesse a été mis en possession ne datent pas du mois de novembre 2016 et que l'insuffisance rénale attestée par le médecin spécialiste du requérant durant cette période et causée par le Stribild contenant du Truvada ne pouvait dès lors être constatée.

3.4. Il résulte de ce qui précède que la troisième branche du premier moyen et la première branche du second moyen, ainsi circonscrites, sont fondées et suffisent à l'annulation de la première décision attaquée. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du requérant constituant l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée qui lui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner le reste de ces deux branches, les autres branches des premier et deuxième moyen et le troisième moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse se réfère aux arrêts n° 203 009 et 203 977 rendus les 26 avril et 18 mai 2018 par le Conseil de céans et elle avance que « *dans la mesure où le médecin conseil de la partie adverse n'avait pas contesté ni remis en cause de quelque manière que ce soit les constatations des médecins traitants du requérant quant à la réalité de sa pathologie et la nécessité de traitements ad hoc, n'ayant envisagé, cette question étant examinée ci-dessous, que le remplacement d'un médicament par un médicament analogue, l'on ne s'explique pas les raisons pour lesquelles il eut fallu que le médecin conseil de la partie adverse examine le requérant ou encore contacte ses confrères (en ce sens, voy. C.C.E., n° 205.640 du 21 juin 2018 ; C.C.E., n° 206.289 du 18 juillet 2018 ; C.C.E., n° 205.910 du 26 juin 2018 ; C.C.E., n° 212.672 du 22 novembre 2018)* », que « *Le requérant critique le constat du médecin conseil de la partie adverse selon lequel le traitement par*

combi-thérapie « dernier cri » n'étant pas encore disponible au Cameroun, un traitement alternatif équivalent par combi-thérapie pouvait y être envisagé, c'est-à-dire en utilisant le Truvada. Le requérant fonde sa critique sur la contre-indication expresse de ses médecins conseils indiquant que le requérant est intolérant au Truvada. Ledit argumentaire ne prend toutefois pas en considération l'ensemble des précisions de l'avis du médecin conseil, ayant permis à ce dernier de conclure à la possibilité pour le requérant d'utiliser le Truvada, nonobstant les contre-indications de ses médecins. En effet, le Truvada, étant le tenofovir disoproxil comporte une toxicité rénale pour tout patient, pas seulement pour le requérant, de telle sorte que son abandon peut être justifié sur la base du suivi de la fonction rénale du patient. Or, comme le médecin conseil de la partie adverse a eu l'occasion de le constater dans son avis, le traitement actuel du requérant démontre une absence d'insuffisance rénale sur la base des résultats hématologiques notamment quand le requérant était encore sous tenofovir disoproxil. Cette constatation objective justifiant le recours au Truvada n'est pas contestée dans le recours introductif d'instance en se référant à des pièces médicales que le requérant aurait communiquées en temps opportun et qui auraient été de nature à démontrer la réalité dans son cas d'une insuffisance rénale » et que « Le requérant revient sur la question d'une prétendue mauvaise appréciation du médecin conseil de la partie adverse qui avait pu envisager l'usage du Truvada alors que le médecin traitant du requérant avait indiqué que le Stribild contenant du Truvada avait causé de l'insuffisance rénale chez le requérant au mois de novembre 2016. Il est toutefois inexact de prétendre que cette contre-indication n'aurait pas été prise en considération par le médecin conseil de la partie adverse dès lors que son avis constate que les analyses de sang que le requérant avait communiquées à l'appui de sa demande ne démontraient pas d'insuffisance rénale. En d'autres termes encore, le requérant prétend à une mauvaise appréciation du médecin conseil de la partie adverse qui s'était écarté d'un complément d'informations du médecin traitant du requérant alors qu'il ne prend simultanément pas en considération le fait que ce complément d'informations rédigé au mois de septembre 2018 et se référant à l'insuffisance rénale au mois de novembre 2016, n'avait été corroboré par aucune donnée objectivement vérifiable, à savoir des résultats hématologiques » , ce qui ne peut énerver la teneur du présent arrêt. A titre de précision, le Conseil tient à rappeler que, dans le cas d'espèce, à la différence de l'affaire ayant mené à l'arrêt n° 203 009 du 26 avril 2018, le médecin-conseil de la partie défenderesse a remplacé le médicament prescrit au requérant par un médicament équivalent, à savoir le Truvada, alors que celui-ci avait pourtant été expressément contre-indiqué par un médecin-spécialiste. Le Conseil relève en outre que la partie requérante conteste bien l'indication du médecin-conseil de la partie défenderesse selon laquelle « les analyses de sang communiquées ne montrent pas d'insuffisance rénale » et il rappelle que les bilans sanguins dont ce dernier médecin a été mis en possession ne datent pas du mois de novembre 2016 et que l'insuffisance rénale attestée par le médecin spécialiste du requérant durant cette période et causée par le Stribild contenant du Truvada ne pouvait dès lors être constatée.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Les actes attaqués étant annulés, 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, prise le 5 novembre 2018, est annulée.

Article 2.

La décision d'ordre de quitter le territoire, prise le 5 novembre 2018, est annulée.

Article 3.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-six septembre deux mille dix-neuf par :

Mme C. DE WREEDE,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOUY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOUY

C. DE WREEDE