



Arrêt

**n°228 299 du 31 octobre 2019
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. ROLAND
Rue Saint-Quentin, 3
1000 BRUXELLES**

contre:

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
et de l'Asile et la Migration**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 8 avril 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 28 janvier 2019 et notifiés le 11 mars 2019.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 7 mai 2019 convoquant les parties à l'audience du 4 juin 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me S. JANSSENS loco Me F. ROLAND, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES loco Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante déclare être arrivée en Belgique en 2017.

1.2. Le 11 avril 2018, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 23 octobre 2018.

1.3. Le 20 décembre 2018, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.4. En date du 28 janvier 2019, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision de rejet de la demande visée au point 1.2. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

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

Mme [M.] 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'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Cameroun, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 20.12.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux lui sont accessibles, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de Mme [M.] à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Par conséquent, il n'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 ».

1.5. Le même jour, la partie défenderesse a pris à son encontre un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION :**

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

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

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

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « *de la violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 4 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients, du principe général du respect des droits de la défense, des principes généraux de bonne administration, notamment du principe de préparation avec soin d'une décision administrative, de l'obligation de diligence et de prudence dans la prise de décision, et du défaut de prendre en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier, de l'erreur manifeste d'appréciation* ».

2.2. Elle reproduit des extraits de l'article 9 ter de la Loi et elle a égard à la notion de « *traitement adéquat* » en se référant aux travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter dans la Loi et à la jurisprudence européenne. Elle rappelle la teneur des articles 3 et 13 de la CEDH et des articles 4 et 47 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union européenne et elle reproduit le second paragraphe de l'article 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients.

Elle explicite la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse et des principes de bonne administration.

2.3. Dans une première branche, ayant trait à la violation du droit au recours et des droits du patient, elle expose que « *Le droit au recours effectif prévu par l'article 13 de la CEDH et l'article 47 de la Charte, combinés respectivement avec l'article 3 de la CEDH et l'article 4 de la Charte, suppose qu'un accès au dossier administratif soit réservé au requérant et/ou à son conseil en vue de préparer le recours. Le respect des droits de la défense l'impose également. Cet accès aux sources utilisées par l'administration est d'autant plus essentiel lorsque les dites sources proviennent d'une base de données [inaccessible] au public. En effet, sans accès à ces informations et à ces bases de données, il est purement et simplement impossible pour le requérant de prendre connaissance des sources sur lesquelles se fondent la décision attaquée, et a fortiori de pouvoir y répondre ou même de préparer utilement son recours. Enfin, il est indiscutable que l'article 39/2, §2 de la [Loi] ne prévoit qu'un recours de pure légalité contre les décisions attaquées en l'espèce. Il est de jurisprudence constante que Votre Conseil n'accepte dès lors pas de prendre en considération des écrits, des moyens de cassation ou tout élément déposé postérieurement à la requête introductive d'instance. [...] En l'espèce, dans son avis concernant la disponibilité des soins au pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne cite que des sources provenant de la base de données « Medcoi ». La partie requérante relève, quant à cette base de données, qu'elle n'est pas accessible au public et que donc les informations déposées au dossier administratif ne sont pas vérifiables puisqu'un mot de passe est nécessaire pour entrer sur la base de données. La partie requérante, par l'intermédiaire de son conseil, a dès lors pris contact avec le « bureau publicité » de la partie adverse, lequel bureau est responsable de fournir une copie du dossier administratif sur demande de l'avocat (précisément en vue d'évaluer l'opportunité d'introduire un recours contre une décision de l'administration, et d'avoir accès aux sources utilisées). Lorsqu'un contact est [pris] avec ce service, aucune suite n'est réservée directement, si ce n'est un e-mail automatique qui indique qu'une suite y sera réservée « dans les 30 jours » conformément à la loi du 11.04.1994 relative à la publicité de l'administration. Dans les faits, il est systématiquement observé que ce délai de 30 jours est utilisé en totalité, et que les documents demandés ne parviennent donc jamais en temps utile pour préparer le recours comme en l'espèce. Partant, la partie requérante n'a pas été en mesure de prendre connaissance de ces documents avant d'introduire le présent recours. Ce manquement de la partie adverse est d'autant plus grave que le présent recours est un recours en annulation d'un acte administratif, qui n'est pas de plein contentieux et qu'aucun nouveau moyen d'annulation ne peut donc être développé postérieurement à l'introduction de la présente requête (article 39/2, §2 de la [Loi]). En conséquence, au vu des circonstances et de l'attitude de la partie adverse, la partie requérante n'a pas pu bénéficier d'un recours effectif contre les décisions attaquées, ce qui constitue une violation des articles 3 et 13 de la CEDH et des articles 4 et 47 de la Charte, ainsi que des droits de la défense. L'absence de réponse à la demande de consultation du dossier dans les 15 jours constitue également une violation de l'article 9 de la loi du 22 août 2002. Enfin, en raison de l'attitude de la partie adverse, la partie requérante est incapable de comprendre la motivation de la décision attaquée, ce qui constitue une violation des articles 62 de la [Loi] et des articles 2 à 3 de la loi du 29.7.1991. Au vu de ces éléments, la décision litigieuse doit être annulée. [...] Le cas échéant, avant dire droit, il conviendrait de poser la question préjudicielle suivante à la CJUE : « Dans le cadre d'une procédure de recours de pure légalité, n'autorisant pas l'ajout de moyens postérieurement à la requête introductive d'instance (article 39/2, §2 de la loi du 15.12.1980), l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, doit-il être interprété comme imposant à l'Etat membre, en vue de garantir un droit de recours effectif, de rendre le dossier administratif accessible au justiciable suffisamment à temps pour lui permettre d'en prendre connaissance et de préparer utilement un éventuel recours contre une décision administrative défavorable prise à son égard ? » ».*

2.4. Dans une deuxième branche, relative à l'absence de prise en compte de certains éléments essentiels du dossier et du défaut de motivation subséquent, elle argumente qu'« *A la lecture de la première décision litigieuse, il n'apparaît pas que la partie adverse et son médecin-conseil aient pris en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier. [...] En effet, à l'appui de sa demande (cf. pages 3 à 10 de la demande 9ter), la requérante a cité in extenso de nombreux rapports nationaux, internationaux et des articles de presse relatifs non seulement à la disponibilité et l'accessibilité générale des soins au Cameroun, mais également à la situation spécifique des soins dont a besoin la requérante. A chaque fois, la partie requérante a bien précisé qu'il s'agissait d'extraits repris in extenso et a cité ses sources (renvoyant à des sites internet en note de bas de page) pour chaque extrait. [...] Dans son avis, le médecin-conseil ne répond aucunement aux arguments invoqués par la requérante et ses médecins : - Il passe totalement sous silence l'ensemble des rapports cités par la partie requérante, en se bornant à indiquer que « le Conseil de l'intéressée fait référence à des rapports sur la situation*

humanitaire au Cameroun, mettant en avant les difficultés des personnes souffrant du VIH dans l'accès aux soins, sans en fournir les rapports ». Cette motivation ne peut évidemment suffire dans la mesure où les extraits sont repris in extenso et renvoient à chaque fois et de manière précises aux sources utilisées (références + site internet consultable). Cette absence de réponse est particulièrement grave dans la mesure où ces sources indiquent très clairement un manque de disponibilité et d'accessibilité des soins et traitements ; - En ce que le médecin-conseil affirme de manière stéréotypée que « [les] éléments cités ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE 23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n° 23.771 du 26.02.2009) », il convient de relever que ces considérations sont incompréhensibles et semblent provenir d'un « copier-coller » grossier. Elles sont en tout état de cause manifestement erronées et ne répondent nullement aux arguments de la requérante. En effet, il a été rappelé que la requérante avait cité des sources précises, qu'elle a jointes à sa demande et aux compléments, et qui concernent spécifiquement les pathologies dont elle souffre, l'impossibilité d'avoir accès aux traitements qui lui sont nécessaires, ou encore l'état des structures de santé ou des équipements dans son pays d'origine, ce qui aura nécessairement un impact sur les possibilités de traitements adéquats ; - La jurisprudence de la CEDH citée par le médecin-conseil a été fondamentalement modifiée ces dernières années, notamment suite à l'arrêt Paposhvili cité ci-dessus (CEDH, 13.12.2016, AFFAIRE PAPOSHVILI c. Belgique (Requête no 41738/10)), si bien que la motivation du médecin-conseil à ce sujet est erronée et en tous les cas inadéquate ; - Le médecin-conseil ne répond par ailleurs nullement aux arguments évoqués par la requérante concernant les soins de santé mentale, alors qu'à nouveau des sources et des informations précises avaient été reprises et citées par la requérante, et que ces dernières évoquent très clairement une impossibilité pour la requérante d'être soignée adéquatement dans son pays d'origine ; - Le médecin-conseil cite des rapports de 2010 et 2014, notamment concernant l'existence de mutuelles, alors même que la partie requérante avait cité des sources plus récentes qui contredisent les informations données par le médecin-conseil ; - Le médecin-conseil ne répond aucunement aux arguments développés par la partie requérante concernant l'accessibilité, tant financière que géographique, des soins dans le pays d'origine ; Cette absence d'analyse des documents et arguments déposés par la requérante à l'appui de sa demande ne peut en aucun cas se justifier et les motifs du médecin-conseil ne sont nullement acceptables. Il convient ainsi de rappeler que sont en jeu des droits fondamentaux, protégés notamment par l'article 3 de la CEDH, qui prohibent tout traitements inhumains et dégradants (sic). Partant, la prudence et les obligations de bonne administration imposées à l'administration sont particulièrement prégnantes dans le cas d'espèce et s'accommode[nt] mal d'un formalisme excessif. En tout état de cause, cette absence de réponse aux arguments invoqués par la requérante entache la motivation de la décision litigieuse d'une illégalité manifeste. La décision attaquée viole ainsi les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991[1], l'article 62 de la [Loi], ainsi que les principes de bonne administration cités au présent moyen. [...] De manière encore plus fondamentale, il est manifeste que le médecin-conseil et la partie adverse à sa suite ne respectent nullement la jurisprudence récente de la CEDH relative à l'article 3 de la CEDH, rendue dans un dossier de 9ter belge et citée expressément dans la demande 9ter de la requérante (CEDH, 13.12.2016, AFFAIRE PAPOSHVILI c. Belgique (Requête no 41738/10)). Cette jurisprudence est pourtant parfaitement claire et oblige les Etats à « vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'Etat de destination sont suffisants et adéquats en pratique » (§189). Or, comme déjà expliqué, la base de données Medcoi indique seulement, comme cela est systématiquement le cas, que ce traitement serait « disponible » (yes/no) sans plus d'informations quant à l'adéquation précise des soins avec le cas de la requérante, la suffisance de ces traitements au pays d'origine, et ne permettent ainsi absolument pas de répondre aux questions les plus élémentaires concernant la disponibilité et l'accessibilité de ces soins, tant en termes de continuité que d'effectivité. Ceci est d'autant plus vrai que la CEDH poursuit son raisonnement en indiquant que « Dans l'hypothèse où, après l'examen des données de la cause, de sérieux doutes persistent quant à l'impact de l'éloignement sur les intéressés – en raison de la situation générale dans l'Etat de destination et/ou de leur situation individuelle – il appartient à l'Etat de renvoi d'obtenir de l'Etat de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés » (§191). Or, au vu des informations présentées par la requérante dans sa demande, il est indubitable que des doutes persistent quant à l'impact d'un éventuel éloignement : partant, dans la décision attaquée, la partie adverse se devait de présenter des assurances individuelles et suffisantes quant à la [disponibilité] et l'accessibilité des traitements adéquats, ce qui n'a pas été fait en l'espèce. Dans le cas d'espèce, il est aussi particulièrement choquant d'observer que les seules sources d'information utilisées par la partie adverse pour affirmer que les soins au pays d'origine sont suffisants et adéquats sont des réponses Medcoi daté[s] pour la majorité de mars et août 2016, soit il y a plus de 3 ans ! Outre ce qui a déjà été dit concernant la base

de données [Medcoi], il ne fait aucun doute que ces documents sont évidemment trop vieux et dès lors tout à fait insuffisants pour permettre d'affirmer que ces soins sont actuellement disponibles de manière suffisantes et adéquates. Enfin, la CEDH précise encore 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 » (§190). Comme on l'a déjà évoqué, il ressort de la décision attaquée que la partie adverse n'a nullement pris la situation individuelle de la requérante en compte afin d'analyser l'accès aux soins et a même omis de prendre en considération plusieurs éléments essentiels du dossier. Au vu de la motivation de la décision attaquée, la partie adverse a manifestement violé l'article 3 de la CEDH, ainsi que ses obligations de motivation reprises au moyen ».

2.5. Dans une troisième branche, s'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins et des traitements, elle développe que « Concernant l'accessibilité des soins, la motivation du médecin-conseil est tout simplement indigente. Outre l'absence totale de réponse aux nombreux arguments invoqués par la requérante, le médecin-conseil de la partie adverse se limite ainsi à : - citer un rapport Medcoi publié en mars 2014 (soit il y a plus de 5 ans), indisponible au public et donc inaccessible à la requérante, qui indiquerait que souffrir du VIH au Cameroun engendre effectivement des discriminations mais que celles-ci seraient en diminution. Le médecin-conseil reconnaît pourtant que « des discriminations subsistent encore », mais indique que « rien ne démontre que l'intéressée en serait personnellement victime ». En réalité, ces phrases confirment que les personnes atteintes de VIH sont bien discriminées au Cameroun et que ces discriminations subsistent à l'heure actuelle... L'argument utilisé par le médecin-conseil ne fait donc que renforcer le fait que des problèmes d'accessibilité aux soins existent au Cameroun ; - citer un document d[u] site « cleiss.fr » qui indique que la sécurité sociale camerounaise comporte 3 branches : « accidents de travail – maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités – vieillesse – décès (survivants) ». Le médecin-conseil reconnaît donc, comme l'avait précisé la requérante en s'appuyant sur ce même document, que la législation camerounaise ne prévoit pas de couverture « soins de santé ». A nouveau, ce constat ne fait que renforcer l'absence d'accessibilité des soins nécessaires à la requérante ; - citer un article publié en février 2010 (soit il y a plus de neuf ans !?) qui indique qu'il existe des mutuelles de santé. Au vu de la date de publication de cet article, les informations qu'il contient ne peuvent être utilisées en l'espèce. Par ailleurs, aucune de ces sources ne nous [indique] les conditions d'affiliation à ces mutuelles, le prix, le temps d'attente avant de pouvoir être couvert, etc. soit autant d'éléments essentiels en vue de s'assurer de l'accessibilité réelle des soins pour la requérante. Or, la partie requérante avait déjà précisé dans sa demande que le nombre de mutuelles étaient en baisse drastique (de 119 en 2009 à 58 en 2014) et qu'elles rencontraient de graves problèmes de fonctionnement, citant à ce sujet un rapport de février 2015 (cf. demande 9ter, p. 9). Elle avait en outre précisé que les conditions mises à l'affiliation auprès de ces mutuelles ne lui permettraient pas d'y adhérer en cas de retour ; - citer le même rapport Medcoi de mars 2014 en expliquant que ce rapport indiquerait que certaines personnes rentrant dans certaines conditions bénéficieraient de la gratuité pour certains médicaments, dont des ARV. Outre le fait que la requérante ne peut vérifier ces informations, celles-ci datent de 2014 et ne concernent que certains médicaments qui ne sont pas spécifiés : rien n'est dit sur le suivi, les hospitalisations, les consultations, les autres pathologies dont souffre la requérante, etc. [...] Au vu de ce qui précède, il ressort qu'aucun document cité par le médecin-conseil ne permet à la requérante d'être assurée que les soins dont elle a besoin lui seront effectivement accessibles (cf. (CEDH, 13.12.2016, AFFAIRE PAPOSHVILI c. Belgique (Requête no 41738/10)). Bien au contraire. L'absence totale d'analyse des contenus cités est encore plus grave dans la mesure où la requérante avait déposé à l'appui de sa demande originelle des documents établissant que les soins et les médicaments qui lui sont nécessaires ne sont certainement pas disponibles, et à tout le moins ne sont pas accessibles dans son pays d'origine. Encore une fois, les déclarations tout à fait stéréotypées du médecin-conseil démontre qu'il n'a absolument pas tenu compte des informations transmises dans la demande 9ter et qu'il ne répond dès lors absolument pas aux arguments de la requérante. Au vu des éléments inquiétants soulevés par la requérante dans sa demande, il appartenait à la partie adverse d'apporter des garanties quant à la disponibilité suffisante et adéquate et à l'accessibilité effective des soins dans le pays d'origine de la requérante (cf. CEDH Paposhvili, cité plus haut). [...] De manière plus grave, il ressort de la lecture de la décision attaquée et de l'avis du médecin-conseil que la motivation de ces actes est tout à fait bâclée et largement insuffisante. Partant, la partie adverse a manifestement violé les articles 62 de la [Loi] et les articles 2 à 3 de la loi du 29.7.1991, ainsi que les principes de bonne administration visés au présent moyen ».

2.6. La partie requérante produit enfin de nouveaux documents à l'appui du présent recours, à savoir « - Un rapport médical du 15.03.2019 du Dr [G.], qui répond à l'avis du médecin-conseil de l'Office des Etrangers. Deux articles scientifiques sont également joints au rapport du Dr [G.] ; - un nouveau certificat médical type, rédigé par le Dr [G.] en date du 12.02.2019 ; - une attestation de grossesse ».

Elle souligne qu' « Afin d'assurer à la requérante un recours effectif au sens de l'article 13 de la CEDH, vu les manquements graves de la partie adverse et étant donné qu'un renvoi vers son pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH, il convient de prendre ces nouveaux éléments en compte dans le cadre de la présente procédure. Jugé par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (arrêt du 20 décembre 2011, YOH-EKALE MWANJE c. Belgique) : « [cfr considérant 105] » ».

3. Discussion

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

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

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

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

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, 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 établi 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 (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2. Le Conseil remarque qu'en termes de demande, s'agissant des soins psychologiques et psychiatriques, la requérante a, entre autres, invoqué spécifiquement que « *Le Cameroun est un pays comptant 22 254 000 habitants. Il n'y a, actuellement, que 4 psychiatres actifs pour tout le Cameroun.*

En effet : « Les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques sont présentes dans toutes les régions du monde, dans toutes les communautés et tranches d'âge, indépendamment du niveau de vie de leurs pays. Alors que 14% de la charge mondiale de morbidité est attribuée à ces troubles, la plupart des personnes affectées - 75% d'entre elles vivent dans les pays à faible revenu - ne peuvent accéder au traitement dont elles ont besoin, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). Malheureusement, le Cameroun ne fait pas l'exception et il n'y a que peu des psychiatres (quatre actifs) qui travaillent dans les établissements de santé mentale publiques et prennent en charge des malades mentaux (Hôpital Jamot Yaoundé et hôpital Laquintinie de Douala[1]) ». En matière d'infrastructures également, le manque est criant : « La plupart des formations sanitaires ne disposent pas d'unité de prise en charge psychiatrique. Depuis des décennies, l'hôpital Jamot basé à Yaoundé est l'unique établissement spécialisé où sont référés et traités les malades mentaux. A Douala, l'hôpital Laquintinie, accueille quelques cas avec plus ou moins de bonheur. Aujourd'hui plus qu'hier, la prise en charge des malades mentaux est confrontée à plusieurs défis. (...) Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 75 à 85 % des personnes souffrant de troubles mentaux graves ne reçoivent aucun traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, contre 35 à 50 % dans les pays à haut revenu. L'insuffisance en moyens humains et logistiques ajoutée au nombre sans cesse croissant des malades mentaux limitent énormément les capacités d'accueil de l'hôpital Jamot de Yaoundé. Malgré l'ouverture d'une filière de psychiatrie en 2010 à la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de Yaoundé, le nombre de psychiatres reste insignifiant. Aujourd'hui, le pays en compte moins de dix » ». A titre de précision, les liens Internet ayant trait à ces informations ont été fournis en notes de bas de page.

3.3. Le Conseil observe ensuite que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 20 décembre 2018, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante est atteintes de pathologies pour lesquelles le traitement et les suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. S'agissant de la « Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé[e]) : 1) Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI : Requête Medcoi du 30/08/2016 avec numéro de référence unique BMA 8389 Requête Medcoi du 03/03/2016 avec numéro de référence unique BMA 7595 Requête Medcoi du 09/03/2016 avec numéro de référence unique BMA 7843 Requête Medcoi du 27/12/2017 avec numéro de référence unique BMA 10500 Requête Medcoi du 21/08/2018 avec numéro de référence unique BMA 11361 2) Aperçu des médicaments disponibles pour Mme. [M.] au Cameroun selon des fichiers MedCOI récents. Selon les références ci-dessus je peux conclure que le suivi clinique et biologique trimestriel et le traitement par un interniste/infectiologue/VIH-spécialiste, psychiatre, gynécologue et endocrinologue est disponible au pays d'origine, le Cameroun. Lévothyroxine, lorazépam, clonazépam et rispéridone sont disponibles au Cameroun. Concernant le choix du traitement antirétroviral de première intention, cet avis médical ne conteste pas la justesse du traitement ARV retenu par le spécialiste. Le choix des molécules était peut être judicieux en Belgique, mais le schéma choisi n'est pas le seul possible comme cela est démontré dans les recommandations de l'organisation mondiale de la santé, du centre belge d'information pharmacothérapeutique, du Ministère de la santé du Québec (réactualisé en 2015). Il n'était en tout cas pas guidé par une résistance ou une intolérance qui ait été rapportée. Le traitement comprend généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), associés à un inhibiteur d'intégrase (INI), à un inhibiteur de la protéase virale (IP) ou à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI). Vu que l'emtricitabine + ténofovir (Descovy) et le darunavir + cobicistat (Rezolsta) ne sont pas disponibles au Cameroun pour le moment, il y existe bien des analogues non nucléosidiques (BMA 8389 : éfavirenz, névirapine) et des analogues nucléosidiques (emtricitabine + ténofovir en association fixe avec éfavirenz ou bien névirapine avec lamivudine et ténofovir). Cette association classique est tout à fait possible au Cameroun. Rien ne permet d'avancer qu'elle sera moins efficace ou moins bien tolérée chez [la requérante] que celle initiée en Belgique ». Quant à l'« Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », le médecin-conseil de la partie défenderesse a mentionné que « Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de l'intéressée fait référence à des rapports sur la situation humanitaire au Cameroun, mettant en avant les difficultés des personnes souffrant du VIH dans l'accès aux soins, sans en fournir les rapports. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Notons également que les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant en Cameroun. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En outre, la CEDH a considéré qu'une

simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir. CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Rappelons aussi que "(...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire ». Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical en Cameroun. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38). De plus, dans son arrêt n°61464 du 16.05.2011, notons que le CCE affirme que la requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles ». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soigné[e] ». Notons qu'un rapport du MedCoi indique dans les années 1990, souffrir du HIV engendrerait des discriminations mais que cette tendance change grâce aux campagnes de communication, l'accès gratuit au traitement, les actions de promotion des ONG nationales et internationales. Bien que des discriminations subsistent encore, rien ne démontre que l'intéressée en serait personnellement victime. Concernant la sécurité sociale au Cameroun, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches : accidents de travail - maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités - vieillesse - décès (survivants). Depuis 1962, un certain nombre de soins de santé sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux. Des assurances santé privées existent également. Les mutuelles de santé se développent au Cameroun et 107 mutuelles de santé fonctionnelles ont été recensées en 2008. La majorité de celles-ci prennent en charge les soins de santé primaires et secondaires à concurrence de 75 à 100 % des frais. Notons qu'un rapport du MedCoi indique que depuis 2012, le gouvernement a instauré un système de couverture pour les indigents dans certains hôpitaux et que certains hôpitaux réduisent, par eux-mêmes, de 30% les frais de soins de santé pour les indigents. Notons que le rapport du MedCoi indique également la gratuité de certaines catégories de médicaments dont les ARV. En effet, les personnes souffrant du VIH/SIDA et entrant dans les conditions bénéficient de soins gratuits (traitement ARV et contre les maladies opportunistes ainsi qu'un soutien psychologique). D'autre part, l'intéressée est en âge de travailler et, en absence d'une attestation d'un médecin du travail attestant d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux. « Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Cameroun [»] ».

Le Conseil constate que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur diverses requêtes Medcoi pour attester de la présence de psychiatres au Cameroun mais qu'il n'a toutefois pas précisé leur nombre. Aucune information à cet égard ne figure non plus dans l'examen de l'accessibilité des soins et du suivi du pays d'origine. Or, comme rappelé ci-avant, dans sa demande d'autorisation de séjour, la requérante a insisté sur le faible nombre de psychiatres exerçant au Cameroun, remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci.

Partant, en se bornant dans son avis à renvoyer à des requêtes Medcoi mentionnant la présence de psychiatres au Cameroun sans cependant fournir d'informations plus détaillées sur leur nombre global par rapport à la population susceptible de recourir à leur service, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas répondu à l'argumentation avancée dans la demande de la requérante. Dès lors, en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 20 décembre 2018, la partie défenderesse a violé son obligation de motivation formelle.

3.4. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt. Le Conseil souligne par ailleurs qu'au vu de la nationalité camerounaise de la requérante et du fait que l'état de santé de celle-ci nécessite notamment le suivi par un psychiatre, les éléments invoqués en termes de demande et reproduits au point 3.2. du présent arrêt, sont suffisamment rattachés à la situation personnelle de cette dernière en dépit de leur caractère général.

3.5. Il résulte de ce qui précède que la seconde branche du moyen unique, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à emporter l'annulation de la première décision attaquée. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante constituant l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée qui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le reste de la seconde branche et les autres branches du moyen unique qui à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.6. A titre surabondant, relativement à la question préjudicielle posée, dans un premier temps, outre le fait que l'avocat représentant la requérante à l'audience du 4 juin 2019 a déclaré ignorer si le *dominus litis* a eu accès au dossier administratif, le Conseil observe qu'il n'a pas exposé concrètement en quoi les éléments auxquels ce dernier n'aurait éventuellement pas eu accès auraient permis l'annulation des décisions querellées alors que, conformément à l'ordonnance de convocation du 7 mai 2019, le dossier administratif pouvait être consulté au secrétariat du Conseil jusqu'à la veille de l'audience précitée. La contestation paraît donc de pure forme. Dans un deuxième temps, le Conseil souligne en tout état de cause que dès lors qu'il annule les actes attaqués sans avoir estimé que la réponse à la question préjudicielle formulée par la partie requérante est indispensable, il n'est pas nécessaire d'en saisir la CourJUE, puisqu'à supposer qu'une réponse positive y soit apportée, elle ne pourrait en tout état de cause entraîner une annulation aux effets plus étendus.

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 28 janvier 2019, est annulée.

Article 2.

La décision d'ordre de quitter le territoire, prise le 28 janvier 2019, est annulée.

Article 3.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente et un octobre deux mille dix-neuf par :

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDOY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE

