



## Arrêt

**n° 272 246 du 3 mai 2022**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres ANDRIEN D. & JANSSENS J.**  
**Mont Saint Martin 22**  
**4000 LIÈGE**

**contre:**

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

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 04 juillet 2019, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant recevable mais non fondée la demande du 8 août 2014 d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 de la partie requérante et de l'ordre de quitter le territoire, pris tous deux le 02 mai 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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 octobre 2021 convoquant les parties à l'audience du 18 novembre 2021.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me J. PAQUOT *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me E. BROUSMICHE *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause.**

La partie requérante expose être d'origine camerounaise. Elle précise être arrivée sur le territoire belge le 21 décembre 2013.

Elle a ensuite introduit en Belgique une demande de protection internationale, laquelle s'est clôturée par un arrêt du conseil de céans n° 138.207 du 10 février 2015 ne lui reconnaissant pas la qualité de réfugié et ne lui octroyant pas le statut de protection subsidiaire.

Le 8 août 2014, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 13 avril 2015, cette demande a été déclarée recevable mais non fondée par la partie défenderesse. La partie requérante a introduit un recours en suspension et annulation de cette décision devant le Conseil de céans (RG 213.360). La partie défenderesse a par la suite retiré sa décision. Par arrêt n° 198.813 du 29 janvier 2018, le Conseil a rejeté le recours précité.

Le 2 mai 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour précitée. Il s'agit du **premier acte attaqué**, qui est motivé comme suit :

*« 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.*

*Le Médecin de l'Office des Étrangers (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 26.04.2018, (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 sont accessibles à la requérante, 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 la requérante à son pays d'origine.*

*Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Cameroun.*

*Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

*Dès lors,*

*Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.*

*Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au pays d'origine. 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.*

*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 prise en considération.»*

Le 2 mai 2018 également, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante. Il s'agit du **deuxième acte attaqué**, qui est motivé comme suit :

*« 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<sup>er</sup>, 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 passeport revêtu d'un visa valable.»*

## 2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. Le Conseil précise que l'ensemble des notes de bas de page figurant dans les écrits de la partie requérante sont ici omises même s'il en sera évidemment tenu compte dans l'examen de la requête.

2.2.1. La partie requérante prend un **moyen** unique « *de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3 et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, de l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, des articles 7, 9ter, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du devoir de minutie, du droit à être entendu et de l'autorité de la chose jugée de Votre arrêt n°208 888 du 6 septembre 2018 (articles 2 et 23 du Code judiciaire) »*

2.2.2. La partie requérante développe ce moyen comme suit :

### « • **Premier grief**

*L'article 39/2 §2 n'autorise Votre Conseil qu'à annuler la décision entreprise et non à procéder à un examen plein contentieux de la requérante en lui accordant en titre de séjour contrairement à lorsqu'il est saisi d'un recours formé en vertu de l'article 39/2, §1er. Or cette différence ne paraît pas raisonnablement justifiée ne serait pas raisonnablement justifiée, vu le risque de violation de l'article 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme en cas de retour au pays d'origine, et reviendrait à lui infliger un traitement discriminatoire.*

*A défaut pour Votre Conseil de partager cette appréciation, la requérante postule que la Cour Constitutionnelle soit saisie de la question préjudicielle reprise au dispositif.*

### • **Deuxième grief : motivation inadéquate et droits de la défense**

*Les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 prescrivent la motivation dans l'acte des considérations de droit et de fait qui fondent la décision ; il ne peut être fait référence à des éléments dont le destinataire ne peut avoir connaissance avant ou, au plus tard, au moment de la notification de la décision. L'obligation de motivation formelle a pour objet d'informer l'administré, alors même qu'une décision n'est pas attaquée, des raisons pour lesquelles l'autorité administrative l'a prise, ce qui lui permet d'apprécier s'il y a lieu d'introduire les recours qui lui sont offerts. En imposant la motivation formelle, la loi est de nature à renforcer le contrôle juridictionnel sur les actes administratifs, consacré par l'article 159 de la Constitution et organisé par l'article 14 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat (Cour d'arbitrage, arrêt 55/2001 du 8 mai 2001). Motiver une décision, c'est extérioriser dans son corps même ses prémisses logiques, en droit comme en fait ; c'est, de la part de l'auteur de l'acte, faire apparaître à l'intention des intéressés la justification de la mise en oeuvre de sa compétence en fonction d'une situation déterminée (Doc. pari , Sénat, n° 215.1 (S.E. 1988), p. 2).*

*D'une part, en ce qui concerne la motivation de l'accessibilité des soins, principalement de la sécurité sociale, le rapport médical renvoie vers deux sites Internet divers, sans que ne soient cités les passages pertinents qui confirmeraient les motifs de la décision ; une simple référence à des sites Internet sans que le passage pertinent ne soit cité et reproduit ne peut constituer une motivation adéquate. A défaut d'en reproduire les passages pertinents, il conviendrait de verser une copie de ces pages au dossier administratif, ce qui n'a pas été fait en l'espèce.*

*En cela, la décision attaquée n'est pas correctement motivée en méconnaissance des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers.*

*D'autre part, il suffit de lire la demande 9ter initiale pour constater que la partie requérante a fourni des informations quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins au Cameroun. En réponse à ces informations, la partie adverse soutient que ces informations ont un caractère général et ne concernent pas la requérante.*

*Toutefois, la partie adverse produit d'ailleurs des informations tout aussi générales pour affirmer, à tort, que les soins sont accessibles en l'espèce.*

Partant, la partie adverse qui rejette les informations communiquées par la requérante pour ces seuls motifs sans évaluer leur contenu qui dénonce le système des soins de santé camerounais, ne motive pas valablement sa décision en méconnaissance des articles 9ter et 62 de la loi sur les étrangers.

A cette motivation déficiente, s'ajoute le fait que, bien que demandés à la partie adverse (pièce 5), les rapports Medcoi et le dossier administratif n'ont pas été communiqués, ce qui rend particulièrement difficile leur critique, et ce en méconnaissance des droits de la défense et du droit à un recours effectif, garanti par l'article 47 de la Charte.

• **Troisième grief : défaut de disponibilité et d'accessibilité des soins nécessaires au Cameroun**

Ayant déclaré la demande recevable sur base de l'article 9ter §3, la partie adverse admet que la pathologie dont souffre la requérante répond à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er de l'article 9ter, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume, soit « 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 ». Elle prétend cependant que les soins sont accessibles et disponibles au Cameroun.

Suivant l'article 9ter : « 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 ».

Tel que le rappelle la Cour européenne des droits de l'homme : »

La partie requérante cite alors les paragraphes 107 et 187 de l'arrêt Paposhvili c. Belgique du 13 décembre 2016 de la Cour européenne des droits de l'Homme (req. 41738/10). Elle poursuit dans les termes suivants :

« Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., 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 » (C.C.E. n°54648 20 janvier 2011 ; C.C.E. n°48809 du 30 septembre 2010).

En l'espèce, les documents attestent que l'état de santé de la requérante requiert un suivi médical tri-annuel (charge virale, CD4, paramètres rénaux et vasculaires) ainsi qu'un traitement médicamenteux antirétroviral.

Il ressort de ce qui suit que la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et viole les dispositions visées au moyen en retenant la disponibilité d'un suivi et d'un traitement adéquat et accessible au Cameroun.

1. Quant à la disponibilité des soins.

**Premièrement**, dans le rapport médical sur lequel se fonde la décision attaquée, le médecin conseil de la partie adverse s'appuie uniquement sur les informations tirées des bases de données MedCOI pour affirmer que les médicaments prescrits et le suivi médical nécessaire aux pathologies de la requérante sont disponibles au Cameroun. Or, force est de constater que la clause de non-responsabilité relative au projet MedCOI stipule précisément que: « les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis » (voy. avis du médecin fonctionnaire, p. 3). Il ressort de cette clause que le projet MedCOI analyse la

disponibilité des soins dans le pays d'origine uniquement sur base d'informations recueillies généralement dans un seul et unique établissement de soins. Une telle information permet légitimement de douter du sérieux de cette étude supposée évaluer la disponibilité des soins à l'échelle nationale : le fait qu'un centre médical dispose des soins requis ne signifie pas que lesdits soins soient disponibles à l'échelle de la demande nationale.

Or, il ressort qu'une importante disparité existe entre les régions dans la disponibilité et l'accès au traitement : « Dans un entretien accordé à SciDev.Net, ce dernier explique que la mesure régulière de la quantité de virus dans le sang (charge virale) est l'un de ces outils souvent indisponibles et qui est, de son point de vue, encore très peu accessible au Cameroun du fait de son coût pour le patient. "L'absence de ces outils limite l'action du personnel médical pour mieux suivre les patients, ce qui conduit à des échecs virologiques sous silence, qui vont évoluer vers un développement de la résistance au traitement poursuit Avelin F. Aghokeng. "Dans un contexte de pauvreté et de ressources limitées, cela peut rapidement s'amplifier, comme nous l'avons observé dans les zones rurales", conclut-il. Car, selon un communiqué de presse publié par l'IRD, cette étude qui a duré de 2014 à 2016 est la toute première à être réalisée à l'échelle nationale, couvrant aussi bien les zones rurales que les zones urbaines. Une démarche qui n'a pas manqué de mettre à nu de nombreuses disparités. En zones rurales, outre l'absence d'outils de suivi du traitement, "il faut ajouter le manque de personnel médical, les distances souvent très importantes entre les domiciles et le centre de santé, les difficultés programmatiques (rupture en stock de médicaments)", souligne le chercheur. »

Partant, la partie adverse n'a pas procédé à un examen concret et individuel du cas de l'espèce, a commis une erreur manifeste d'appréciation, n'a pas correctement motivé sa décision en méconnaissance des articles 9ter et 62 de la loi sur les étrangers et a méconnu le devoir de minutie lequel oblige l'autorité à procéder à une recherche minutieuse des faits, à récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce (arrêt n° 216.987 du 21.12.2011).

**Deuxièmement**, le médecin conseil procède à l'analyse de la disponibilité de la « mesure des CD4 et de la charge virale VIH ». Toutefois il n'a pas été vérifié que ce suivi serait bien réalisé tous les trois mois comme le précise le certificat médical type du 5 mars 2018 du Dr. [M.] (pièce 6) et le médecin conseil n'a pas vérifié la disponibilité d'un suivi des paramètres vasculaires et rénaux. Par ailleurs, selon le médecin conseil, « la requérante peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (avis du Médecin-conseil, p. 4). Or il ressort de sources diverses et fiables que des soins de santé de qualité font de manière générale défaut au Cameroun. »

La partie requérante cite ensuite divers articles de journaux et des documents émanant d'Amnesty international, de la Commission européenne, du CICR et de l'UNHCR. Elle poursuit dans les termes suivants :

« Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de conclure à l'indisponibilité de soins médicaux au Cameroun. Par conséquent, le renvoi de la requérante vers son pays d'origine irait à rencontre de l'article 3 de la CEDH et serait contraire à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Par ailleurs, la partie défenderesse a violé l'article 9ter, alinéa 5 de la Loi en ne procédant pas à l'appréciation des possibilités de suivi médical estimé nécessaire indiqué dans le certificat médical type, notamment le suivi des paramètres rénaux et vasculaires.

**Troisièmement**, en ce qui concerne la disponibilité du traitement médicamenteux, le médecin conseil de la partie défenderesse a écrit ce qui suit : « Comme médicaments antirétroviraux nous trouvons entre autres le tenofovir disoproxil Infections : HIV ; antiretroviraïs Alternative Médication = Available Truvada (combinaison of tenofovir/emtricitabine) Infections: HIV; antiretrovirals ; combinaisons, Alternative Médication, Available Central hospital of Yaounde, Po box 87. Henri Dunani street. Yaounde - (Public Facility) La Rilpivirine (inhibiteur de la nonnucleoside reverse-transcriptase) peut être remplacé par efavirenz qui d'après le BM 8389 est présente et disponible au Cameroun : efavirenz, Infections : HIV ; antiretrovira/s Current Médication Available général hospital of Yaounde ngouso. bp. 5408, yaounde, (Public Facility) ». Le médecin précise que « les références ci-dessous, ajoutées au dossier administratif de l'intéressé, démontrent la disponibilité des soins requis ».

D'une part, il apparaît que la partie défenderesse n'a pas de la sorte procédé à une analyse de la disponibilité du traitement actuel, soit l'Odefsey ; elle s'est contentée de procéder à une analyse de la

disponibilité de certaines molécules, qui par ailleurs ne sont pas les composants du médicament Odefsey. Conformément à l'article 9ter de la Loi, la partie défenderesse est tenue de procéder à l'examen de la disponibilité et l'accessibilité du traitement estimé nécessaire indiqué dans le certificat médical. En l'espèce, le médecin n'a pas procédé à cette appréciation : aucune analyse de la disponibilité du traitement Odefsey n'a été réalisée.

Votre Conseil a déjà jugé en ce sens : « Force est de constater que si la partie défenderesse examine bien la disponibilité des différentes composantes de l'Odefsey (à supposer que l'Odefsey se compose uniquement de trois molécules - ce dont le Conseil ne saurait être certain, au vu de son ignorance en matière de pharmacologie, et de l'absence d'explications complémentaires contenues dans l'avis du fonctionnaire médecin à ce sujet -), celle-ci n'apporte aucun élément permettant de s'assurer que l'Odefsey, en tant que comprimé unique, est bien disponible au pays d'origine de la requérante » (CCE, arrêt n° 221 461 du 21 mai 2019).

D'autre part, la particularité du traitement médicamenteux nécessitée par la requérante consiste en sa composition, en un seul comprimé, de trois molécules particulières, soit la Rilpivirine (Edurant 25 mg), le TAF (ténofovir alafénamide, nouvelle formulation du ténofovir 25 mg) et le FTC (emtricitabine, Emtriva 200 mg) ». Or le médecin conseil a procédé à l'analyse de la disponibilité du « ténofovir disoproxil » alors que l'Odefsey se compose du « ténofovir alafénamide » et qu'il s'agit précisément de la particularité de l'Odefsey. Quant au truvada : la partie adverse a procédé à l'analyse de la disponibilité d'une combinaison « tenofovir/emtricitabine » ; sans qu'il soit possible pour la requérante de savoir s'il s'agit du « ténofovir disoproxil » ou du « ténofovir alafénamide ». La même remarque peut être faite quant à l'emtricitabine : l'Odefsey se compose du FTC (emtricitabine, Emtriva 200 mg) et l'analyse de la partie adverse ne permet pas de savoir si la disponibilité alléguée par la partie adverse concerne cette molécule précise ou un autre type d'emtricitabine. Quant à la rilpivirine : le médecin conseil considère que ladite molécule peut être remplacée par la molécule efavirenz, qui serait équivalente et disponible au Cameroun. Il convient d'insister sur le fait que le traitement actuel de la requérante (Odefsey) est une combinaison précise de différentes molécules distinctes, regroupé en un comprimé unique. Par ailleurs, le ténofovir disoproxil en tant que tel n'est donc pas disponible ; seul un médicament soi-disant équivalent pourrait être trouvé au Cameroun. Dans le même sens, le médecin conseil indique au sujet du truvada que c'est un « traitement alternatif » (« alternative médication ») qui est disponible au Cameroun.

Il ressort de ce qui précède que la partie adverse, en se contentant d'affirmer que sont disponibles, au Cameroun, d'autres molécules que celles que composent l'Odefsey qui peuvent être prescrites dans une autre combinaison en des comprimés différents, ne se conforme pas à son obligation d'analyse de l'existence du traitement actuel de la requérante. Partant, la partie adverse viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et son obligation de motivation. Par ailleurs, aucune indication précise ne permet de savoir quel médicament est réellement disponible puisque le médecin mentionne seulement l'existence d'une « alternative médication ». Vu les pathologies de la requérante et le traitement prescrit, la partie adverse ne peut se contenter de la disponibilité d'un traitement alternatif au traitement prescrit, sans même s'assurer de ce qui est véritablement disponible au Cameroun. Ce faisant, la partie adverse méconnaît l'article 9ter de la Loi. L'absence d'indication plus précise que « alternative médication » entraîne également une violation de l'obligation de motiver les décisions correctement, prescrite notamment par l'article 62 de la même loi du 15 décembre 1980. Enfin, elle méconnaît aussi l'article 35 du code de déontologie médicale et l'avis n°65 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique en s'abstenant de requérir l'avis de son confrère spécialiste sur un changement de traitement.

Votre conseil a déjà jugé en ce sens : « En outre, à supposer que les molécules prises séparément puissent convenir comme traitement à la requérante, à la lecture de l'avis médical et du dossier administratif, rien ne permet au Conseil de comprendre si les molécules composant l'Odefsey et reprises par le médecin-conseil dans la partie « Historique Clinique et attestations déposées » sont bien disponibles au Cameroun ou si ce sont des « Alternative Médication » qui le sont. Le Conseil observe en effet que les résultats de l'analyse de la disponibilité des soins ne sont pas très clairs à cet égard. En outre, si ce sont bien des « Alternative Médication » qui sont disponibles, force est de constater que la partie défenderesse ne les nomme pas toujours en sorte que la requérante n'est pas en mesure de savoir quel traitement sera disponible au pays d'origine. Enfin, quand les « Alternative Médication » sont clairement mentionnées dans l'avis, rien ne permet non plus au Conseil d'affirmer que celles-ci sont bien des molécules équivalentes à celles composant l'Odefsey. [...] Dans cette perspective, le Conseil ne saurait considérer qu'il est établi que le « rilpivirine 25 mg » est disponible au Cameroun. En effet, le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas

d'application de l'article 9ter de la Loi, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane, ce qui n'est pas le cas in specie (en ce sens, voir CCE n°194 879 du 10 novembre 2017) » (CCE, arrêt n° 221 461 du 21 mai 2019).

## 2. Quant à l'accessibilité des soins.

Au préalable, il convient de souligner le fait que selon la jurisprudence récente de la CEDH: « 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (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).

191. 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'État de destination et/ou de leur situation individuelle - il appartient à l'État de renvoi d'obtenir de l'État de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés afin qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation contraire à l'article 3 (sur l'obtention d'assurances individuelles, voir Tarakhel, précité, § 120). » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

Dans le cadre des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 introduisant l'article 9ter, le directeur de l'Office des étrangers a précisé que : « L'accessibilité effective de cette infrastructure et la possibilité matérielle de recevoir un traitement et des médicaments sont également prises en compte » (Doc. Pari., Chambre, Sess. Ord. 2005-2006, n°2478/008, exposé introductif, p. 137).

Dans ce sens, la jurisprudence de Votre Conseil rappelle que : « 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, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande » (arrêt n°151640 du 3 septembre 2015).

La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation dans la mesure où les informations disponibles dénoncent les défaillances dans la prise en charge et le traitement des maladies au Cameroun de manière générale. Les informations visant la sécurité sociale sont également pertinentes.

### > Quant à l'existence d'un système de sécurité sociale

Votre Conseil a déjà jugé dans un cas analogue que le fait que l'OE mentionne l'existence d'un système de sécurité sociale dans le pays ne suffit pas à démontrer que le demandeur y aura accès :

« Il ressort toutefois des informations figurant au dossier administratif, et plus particulièrement du document intitulé « Caisse nationale de Sécurité sociale » provenant du site Internet <http://www.cnssguinee.org/contentjnanager.asp?CategoryID-10>, auxquelles fait référence le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, que le régime de sécurité sociale guinéen offre une protection contre les risques de maladies aux « Travailleurs salariés » qui sont « immatriculés » et ont « travaillé et cotisé pendant au moins trois mois, avant la constatation médicale de la maladie », « un mois de travail s'entend[ant] pour au moins dix-huit jours, ou cent vingt heures de travail salarié ».

*Il appert de ces informations que les prestations en nature et en espèce ne sont dispensées qu'aux personnes répondant à certains critères de prestations de travail, avant la constatation médicale de la maladie. Or, le Conseil relève, à l'instar de la partie requérante, que le requérant est sur le territoire belge depuis au moins 2008, en sorte qu'il ne pourra d'emblée, dès son retour sur le territoire guinéen, ni même par la suite, bénéficier des prestations offertes par le régime de sécurité sociale guinéen, telles que décrites dans les documents figurant au dossier administratif et auxquels s'est référé la partie défenderesse, à la suite de son médecin conseil, pour conclure à l'accessibilité des soins ».(CCE, 31.03.2014, n°121.938).*

*Partant, la partie adverse qui affirme que la requérante aura accès aux soins de santé en se fondant sur les informations tirées de site internet sans procéder à une appréciation concrète et individuelle du cas de l'espèce, commet une erreur manifeste d'appréciation, ne motive pas valablement sa décision en méconnaissance des articles 9ter et 62 de la loi sur les étrangers et méconnaît le devoir de minutie.*

*Par ailleurs la partie adverse qui produit des informations tout aussi générales pour affirmer, à tort, que les soins sont accessibles en l'espèce et qui rejette les informations communiquées par la requérante au seul motif que les documents fournies par la requérante ont un caractère général sans évaluer leur contenu qui dénonce le système des soins de santé camerounais, ne motive pas valablement sa décision. Que par ailleurs les informations fournies par le médecin conseil sur la revalorisation des allocations familiales et des allocations prénatales et de maternité ne sont pas pertinentes dans le cas d'espèce*

*Au contraire de ce qu'affirme la partie adverse, les sources disponibles font état de la non-existence d'une sécurité sociale adéquate au Cameroun et appropriée au cas d'espèce.*

*Or le suivi « mesure des CD4 et de la charge virale VIH » et les frais de déplacement coûtent chers, au-delà des moyens de la plupart des camerounais : « Marie-Claire Ondilo vit à Bafia, à deux heures de route au nord de Yaoundé. Discrète avec son foulard sur les cheveux et sa silhouette fine, cette mère de deux enfants vient ici chaque mois. Les antirétroviraux sont gratuits, mais le transport engloutit chaque fois 2 500 CFA (3,80 euros), alors que son emploi dans un champ de manioc lui rapporte de 5 000 à 7 000 CFA (de 7,62 à 10,67 euros) par semaine. Il y a bien un hôpital plus proche de chez elle mais, ici, elle est sûre de recevoir ses médicaments. [...] Sa préoccupation : réunir suffisamment d'argent pour financer le test de charge virale (qui mesure la quantité de virus dans le sang) qui permettra d'ajuster son traitement. Le prix - 16 000 CFA, soit 24,39 euros - est hors de portée de la plupart des patients, la majorité d'entre eux gagnant moins de 30 000 CFA (45,73 euros) par mois. Comme Sidoine, de nombreuses femmes font face, seules, à la maladie qui reste un tabou et un motif fréquent de divorce. »*

*> Quant à l'accessibilité géographique*

*L'unique établissement dans lequel un suivi serait disponible selon la base de données Medcoi se situe à Yaoundé, c'est-à-dire à plus de 310 km d'où est originaire la requérante et à 5h de route. Il ne ressort pas du rapport médical que la partie adverse ait prêté une attention particulière à cette distance géographique, alors qu'il lui incombait de le faire. Tel qu'il ressort de la jurisprudence de la CEDH : « 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) » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique, nous soulignons ; voy. également dans ce sens : CCE 28/02/2012, n°76.069).*

*> Quant à la possibilité pour la requérante de travailler*

*Le médecin conseil indique que la requérante n'est pas en incapacité de travailler et que rien ne démontre qu'elle ne pourrait pas avoir accès au marché du travail et qu'elle ne pourrait pas financer ses besoins médicaux. Non seulement la partie défenderesse ne tient pas compte du coût du suivi et des frais de transport qui sont souvent au-delà des capacités financières, mais la partie défenderesse ne répond pas au constat fait dans la demande de régularisation qu'il existe d'importantes discriminations*



sur le marché de l'emploi des personnes séropositives. En cela, la partie adverse méconnaît son obligation de motivation prescrite par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et l'article 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980.

> Quant à l'entourage social de la requérante au Cameroun

Si le rapport médical du médecin-conseil de la partie adverse indique que : «Il ressort des déclarations déposées par Mme [M.], lors de la demande d'asile, qu'elle dispose de membres de sa famille au pays d'origine. Rien n'indique qu'elle ne pourrait être aidée par ceux-ci en cas de nécessité. Et, vu la durée relativement longue du séjour de l'intéressée dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous osons croire qu'elle doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité», la partie adverse ne procède à aucun examen individuel et concret de la situation sociale de la requérante dans son pays d'origine, ce qui ne permet aucunement de garantir que la requérante bénéficiera effectivement d'une aide suffisante pour prendre en charge les coûts de son traitement et des suivis médicaux. Dans ce sens, Votre Conseil a déjà jugé que le seul fait de mentionner la présence de la famille sans examiner sa situation financière et si cette famille est disposée à aider le demandeur ne suffit pas (CCE 29/01/2013, n°96.043).

### 3. Conclusion

Les exigences de l'article 9ter ne sont donc nullement respectées : il ne ressort pas de la décision attaquée que la partie adverse a obtenu des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles à la requérante.

Au vu de ces éléments, la partie adverse, n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni violer les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 CEDH, décider que la requérante, compte tenu son état de santé et du suivi particulier dont elle a besoin, ne serait pas soumis à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour dans le pays où elle résidait.

• **Quatrième grief contre l'ordre de quitter le territoire ; violation du droit à la vie privée et familiale.**

[...] »

### **3. Discussion.**

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéa 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 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 du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch.

repr., sess. ord. 2005- 2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

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

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des dispositions légales visées au moyen 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. 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. L'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 26 avril 2018 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une pathologie, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

3.3.1. Sur le « **premier grief** », relatif à la nature du contrôle juridictionnel exercé par le Conseil dans le cadre de l'examen d'un recours portant sur une décision faisant suite à une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil rappelle qu'il est une juridiction administrative au sens de l'article 161 de la Constitution, dont la composition, le fonctionnement et les compétences sont régies par la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980) et, notamment, par les dispositions de l'article 39/2, § 1er, de cette loi, tel qu'applicable lors de la prise des actes attaqués, dont il ressort qu'étant saisi d'un recours en annulation tel que celui formé par la partie requérante, il n'est appelé à exercer son contrôle que sur la seule légalité de l'acte administratif attaqué et ne dispose légalement d'aucune compétence pour réformer cet acte en y substituant une décision reflétant sa propre appréciation des éléments du dossier.

3.3.2. Il convient en outre de relever qu'il a été jugé par la Cour Constitutionnelle (arrêt n° 186/2019 du 20 novembre 2019) que :

« B.12. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de comparer la situation de l'étranger qui introduit un recours en annulation contre une décision de refus d'autorisation de séjour pour raisons médicales prise sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 avec la situation du demandeur de protection internationale qui a introduit un recours de pleine juridiction contre une décision de refus d'autorisation de séjour, dans l'hypothèse où l'un et l'autre font valoir des risques pour leur vie, ainsi que des risques de traitements inhumains et dégradants. ».

La Cour Constitutionnelle a dit pour droit, en termes de dispositif, que : « L'article 39/2, § 2, de la loi du 15 décembre 1980 « sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers » ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec les articles 2, 3 et 13 de la Convention européenne des droits de l'homme. »

La question préjudicielle qui avait été posée à la Cour était la suivante :

« L'article 39/2, § 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec les articles 2, 3 et 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales en ce qu'il ne permet pas au Conseil du contentieux des étrangers, saisi d'un recours en annulation contre une décision de refus d'autorisation de séjour prise sur la base de l'article 9ter de la même loi dans le cadre duquel la requérante invoque la violation des [articles] 2 et 3 de la Convention précitée, de procéder à un examen ex nunc de la situation de la requérante alors que le Conseil du contentieux des

étrangers peut effectuer un tel examen lorsqu'il est saisi de recours formés en vertu de l'article 39/2, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980 par des demandeurs de protection internationale faisant également valoir des risques pour leur vie ainsi que des risques de traitements inhumains et dégradants ? ».

Il n'y a donc pas lieu de poser à la Cour Constitutionnelle la question formulée par la partie requérante dans le dispositif de sa requête, question dont le libellé est le même que celui de la question reproduite ci-dessus.

3.4. Dans son « **deuxième grief** », la partie requérante relève notamment le fait « *qu'en ce qui concerne la motivation de l'accessibilité des soins, principalement de la sécurité sociale, le rapport médical renvoie vers deux sites Internet divers, sans que ne soient cités les passages pertinents qui confirmeraient les motifs de la décision ; une simple référence à des sites Internet sans que le passage pertinent ne soit cité et reproduit ne peut constituer une motivation adéquate. A défaut d'en reproduire les passages pertinents, il conviendrait de verser une copie de ces pages au dossier administratif, ce qui n'a pas été fait en l'espèce.* »

Figurent au dossier administratif (au sujet de l'accessibilité aux soins et traitements requis dans le pays d'origine de la partie requérante) :

- le document, repris en note subpaginale 2 de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, intitulé « *Profil en ressources humaines pour la santé au Cameroun* » émanant de l'Observatoire de Ressources Humaines pour la Santé de l'Afrique, et notamment les pages 20 à 33 auxquelles le médecin conseil de la partie défenderesse renvoie. L'information évoquée par le médecin conseil de la partie défenderesse sur le nombre de mutuelles au Cameroun apparaît en page 28.

- le document, repris en note subpaginale 3 de l'avis précité, intitulé « *Mutualité, Passage à l'Echelle et Extension de l'Assurance Maladie* » émanant de l'USAID (« [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org) »), et notamment la page 25 à laquelle le médecin conseil de la partie défenderesse renvoie.

- deux pages (« 1/2 » et « 2/2 »), sans contenu concret, issues du site « [irrico.belgium.int](http://irrico.belgium.int) » (OIM) correspondant au document repris en note subpaginale 4 de l'avis précité. Les pages 4 et 5 de ce document auxquelles le médecin conseil de la partie défenderesse renvoie n'y figurent pas.

- le document de 8 pages (y compris les références), repris en note subpaginale 5 de l'avis précité, intitulé « *Report card prévention du VIH chez les filles et les jeunes femmes* » émanant de l'UNFPA (« [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org) »).

- le document de 146 pages, repris en note subpaginale 6 de l'avis précité, intitulé « *Stratégie sectorielle de santé* » émanant du Ministère de la santé publique du Cameroun.

- le document de 6 pages, repris en note subpaginale 7 de l'avis précité, intitulé « *Sécurité sociale : une révolution historique signée Paul Biya* » émanant de la CNPS.

Comme relevé ci-dessus, les pages 4 et 5 issues du site « [irrico.belgium.int](http://irrico.belgium.int) » (OIM) correspondant au document repris en note subpaginale 4 de l'avis précité, auxquelles le médecin conseil de la partie défenderesse renvoie, ne figurent pas au dossier administratif.

S'agissant de cette - seule - référence (les autres documents, avec les pages ad hoc, auxquels il est fait référence par le médecin conseil de la partie défenderesse se trouvent en copie au dossier administratif, comme relevé ci-dessus) et compte tenu du fait que l'extrait pertinent du document précité n'est pas reproduit dans l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, c'est à bon droit que la partie requérante argue qu'à « *défait d'en reproduire les passages pertinents, il conviendrait de verser une copie de ces pages au dossier administratif, ce qui n'a pas été fait en l'espèce* » et que, dès lors, la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée sur ce point.

Dans sa note d'observations, la partie défenderesse indique qu'à son estime, « *la partie requérante n'a pas intérêt à invoquer que la motivation serait inadéquate parce qu'elle ferait référence à des éléments dont elle ne pourrait avoir connaissance dès lors qu'il apparaît qu'elle a pu critiquer les motifs du médecin fonctionnaire et qu'elle pourra en outre, après avoir pris connaissance des informations figurant au dossier administratif, soulever des observations lors de l'audience devant votre Conseil.* » Ceci semble afférent à la critique, distincte de celle ici examinée, de la partie requérante selon laquelle « *bien*

que demandés à la partie adverse (pièce 5), les rapports Medcoi et le dossier administratif n'ont pas été communiqués [...] ». Quoi qu'il en soit, les pages du site internet « [irrico.belgium.int](http://irrico.belgium.int) » auxquelles renvoie le médecin conseil de la partie défenderesse ne figurant pas au dossier administratif, la partie requérante n'a pu formuler, sur cette base, dans sa requête, une critique du constat qu'en tire le médecin de la partie défenderesse et n'a pu davantage le faire à l'audience.

Le « deuxième grief » est, dans la mesure de ce qui a été exposé ci-dessus, fondé.

3.5. Sur le « **troisième grief** », s'agissant de la disponibilité des soins au Cameroun pour la partie requérante et en particulier des informations relatives à la banque de données MedCOI mentionnées dans l'avis susvisé du fonctionnaire médecin, il convient de relever que la clause de non responsabilité relative au projet MedCOI mentionnée en page 2 de l'avis du médecin conseil et reproduite par la partie requérante dans sa requête, en page 6, consiste pour l'essentiel (partie citée par la partie requérante dans sa requête) à relever que « *les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine* ». Il ne peut en être conclu que ce qui est renseigné comme disponible ne l'est en réalité pas. Force est de constater que la partie requérante reste en défaut d'établir qu'elle ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins et traitements sont disponibles. Il en est d'autant plus ainsi que la partie requérante n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard dans sa demande.

Il a été jugé par le Conseil d'Etat que « *Dans son avis, après avoir listé les médicaments constituant le traitement actif de la partie adverse, le médecin conseil de la partie requérante constate que ceux-ci sont disponibles dans le pays d'origine, la Guinée, en s'appuyant sur deux sources d'information, dont la banque de données MedCOI. Par conséquent, lorsqu'il s'accorde à reconnaître que les médicaments prescrits au requérant "figurent effectivement" dans les sources citées par l'avis du médecin conseil, dont la base de données MedCOI, mais qu'il décide "qu'il ne ressort nullement de celles-ci que ces médicaments soient effectivement disponibles en Guinée", le Conseil du contentieux des étrangers fait mentir l'avis du médecin fonctionnaire, qui constate que les médicaments qu'il énumère sont "disponibles" en s'appuyant sur des informations fournies par des médecins se trouvant sur place, et partant, viole la foi qui est due à cette pièce du dossier.* » (CE n° 246.381 du 12 décembre 2019).

Cela étant, la partie requérante rappelle à juste titre, à la lecture des points C. et F. du certificat médical type du 5 mars 2018, que « *les documents attestent que l'état de santé de la requérante requiert un suivi médical tri-annuel (charge virale (sic), CD4, paramètres rénaux et vasculaires) ainsi qu'un traitement médicamenteux antirétroviral* ». Elle soulève à ce sujet notamment le fait que la possibilité de suivi des paramètres rénaux et vasculaires n'a pas été vérifiée. Force est en effet de constater qu'il ne peut être clairement déduit de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse qu'il a spécifiquement « *vérifié la disponibilité d'un suivi des paramètres vasculaires et rénaux* », le Conseil ne pouvant le déduire indubitablement de la mention « *laboratory research HIV : CD4 count & viral load = Available [...]* ». C'est à bon droit dès lors que la partie requérante soutient que « *la partie défenderesse a violé l'article 9ter, alinéa 5 de la Loi en ne procédant pas à l'appréciation des possibilités de suivi médical estimé nécessaire indiqué dans le certificat médical type* », en ce qui concerne « *le suivi des paramètres rénaux et vasculaires* ».

La partie défenderesse n'aborde pas spécifiquement cette question dans sa note d'observations.

Le « troisième grief » en sa partie intitulée « 1. Quant à la disponibilité des soins » et en son point « deuxièmement », est dans cette mesure fondé.

3.6.1. Sur le « **troisième grief** », en sa partie intitulée « 1. Quant à la disponibilité des soins » et en son point « **troisièmement** », il convient de relever que :

- la partie requérante est actuellement traitée par Odefsey ;
- le médecin conseil de la partie défenderesse indique que Odefsey est un « *traitement identique, d'une autre marque* » par rapport au traitement antérieur de la partie requérante par « *éviplera = trithérapie = émitricitabine 200 mg, rilpivirine (chlorhydrate) 25 mg, tenofovir, disoproxil (sous forme de fumarate) 245* ».

Le médecin conseil de la partie défenderesse a donc vérifié la disponibilité au Cameroun de :

- tenofovir disoproxil : il a constaté que ledit tenofovir disoproxil est présent et disponible au Cameroun selon la requête MedCOI BMA 10145.
- emtricitabine : il la renseigne comme composant (en combinaison avec du tenofovir) le Truvada, présent et disponible au Cameroun selon la requête MedCOI BMA 10145.
- rilpivirine : le médecin conseil de la partie défenderesse constate qu'elle peut être remplacée par « *Efavirez* », présente et disponible au Cameroun selon sa lecture du BMA 8389.

3.6.2. S'agissant de l'examen de la disponibilité du ténofovir, la partie requérante soutient que :

- son traitement actuel (Odefsey) se compose notamment du « *ténofovir alafénamide* » et non du « *ténofovir disoproxil* » (elle conteste ce faisant *de facto* le constat que l'Odefsey est un « *traitement identique, d'une autre marque* » par rapport à son traitement antérieur par « *éviplera* ») ;
- que le « *truvada* » est une combinaison « *tenofovir/emtricitabine* », « *sans qu'il soit possible pour la requérante de savoir s'il s'agit du « ténofovir disoproxil » ou du « ténofovir alafénamide* » ».

S'agissant de l'examen de la disponibilité de l'emtricitabine, la partie requérante soutient que « *l'Odefsey se compose du FTC (emtricitabine, Emtriva 200 mg) et [que] l'analyse de la partie adverse ne permet pas de savoir si la disponibilité alléguée par la partie adverse concerne cette molécule précise ou un autre type d'emtricitabine* ».

S'agissant de l'examen de la disponibilité de la rilpivirine, la partie requérante ne conteste pas qu'elle puisse être remplacée par « *Efavirez* » et que cette molécule est présente et disponible au Cameroun selon le BMA 8389.

La partie requérante argue que « *[...] la particularité du traitement médicamenteux nécessité par la requérante consiste en sa composition, en un seul comprimé, de trois molécules particulières, soit la Rilpivirine (Edurant 25 mg), le TAF (ténofovir alafénamide, nouvelle formulation du ténofovir 25 mg) et le FTC (emtricitabine, Emtriva 200 mg)* » et que « *[...] le traitement actuel de la requérante (Odefsey) est une combinaison précise de différentes molécules distinctes, regroupé en un comprimé unique.* ».

3.6.3. Le Conseil est sans compétence pour juger :

- si l'Odefsey est composé de tenofovir alafénamide (dont la disponibilité n'a pas été recherchée) et non de tenofovir disoproxil (dont la disponibilité a été constatée) comme l'Eviplera.
- quel type de tenofovir est contenu dans le Truvada.
- si un type de tenofovir peut être substitué à l'autre ou non.
- si l'emtricitabine du Truvada est bien de la même nature que celle de l'Odefsey.

Toutefois, à supposer même que le Truvada soit composé de ténofovir alafénamide et non de ténofovir disoproxil et du même type d'emtricitabine que celle de l'Odefsey, comme requis selon la partie requérante, le Truvada étant une combinaison de tenofovir et d'emtricitabine, rien ne permet d'être certain, à la lecture de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, que ces molécules, apparaissant comme y étant mélangées (à défaut de précision en sens contraire dans l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse) et donc a priori impossibles à isoler, y sont réparties en même proportion que celle que l'on retrouve dans le médicament actuel Odefsey. Il n'est pas déraisonnable de penser que l'examen de la possibilité de maintien des proportions des différentes molécules est important dans le cadre de l'examen de la disponibilité d'un traitement équivalent à celui dont dispose actuellement la partie requérante. Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée, fondée sur l'avis de son médecin conseil ne permettant pas de conclure avec certitude à la disponibilité du traitement requis par l'état de santé de la partie requérante, n'est pas adéquatement motivée. C'est ce que relève en substance la partie requérante lorsqu'elle argue que « *[...] la particularité du traitement médicamenteux nécessité par la requérante consiste en sa composition, en un seul comprimé, de trois molécules particulières, soit la Rilpivirine (Edurant 25 mg), le TAF (ténofovir alafénamide, nouvelle formulation du ténofovir 25 mg) et le FTC (emtricitabine, Emtriva 200 mg)* » et que « *[...] le traitement actuel de la requérante (Odefsey) est une combinaison précise de différentes molécules distinctes, regroupé en un comprimé unique.* ».

Il ne s'agit pas ici de considérer qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre, ce qui n'entre pas dans la compétence du Conseil du Contentieux des étrangers, comme soulevé en termes de note d'observations, jurisprudence à l'appui, mais de constater que rien ne permet d'être certain, à la lecture de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, de l'existence des molécules nécessaires ou

d'un substitut à celles-ci sous une forme permettant un dosage correspondant à celui actuellement administré à la partie requérante.

3.7. Le moyen, dans la mesure de ce qui a été analysé dans les points 3.4., 3.5. et 3.6.3. ci-dessus, est fondé. Il suffit à justifier l'annulation de la décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante.

Il n'y a pas lieu d'examiner ici les autres griefs exposés dans le moyen, qui ne pourraient mener à une annulation aux effets plus étendus.

3.8. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire pris également le 2 mai 2018, le Conseil estime qu'il est indiqué, en raison du caractère à nouveau pendant, au vu de ce qui précède, de la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante, et pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de faire disparaître l'ordre de quitter le territoire, attaqué, de l'ordre juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque. En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire à la partie requérante, si elle déclare irrecevable ou rejette, le cas échéant, à nouveau, sa demande d'autorisation de séjour (dans le même sens, C.C.E., arrêt n°112 609, rendu en assemblée générale, le 23 octobre 2013).

#### **4. Débats succincts**

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

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

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

##### **Article unique.**

La décision du 2 mai 2018 de rejet de la demande du 8 août 2014 d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire du 2 mai 2018 sont annulés.

##### **Article 2.**

La demande de suspension est sans objet.

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

M. G. PINTIAUX, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A.D. NYEMECK

G. PINTIAUX