

## Arrêt

n°308 251 du 13 juin 2024  
dans l'affaire X/ VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I OGER  
Avenue de Tervuren 116/6  
1150 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

### LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 18 septembre 2023, par X, qui déclarent être de nationalité camerounaise, tendant à l'annulation et la suspension des décisions déclarant non fondée une demande de régularisation médicale sur base de l'article 9 ter et une décision d'ordre de quitter le territoire, prises le 1<sup>er</sup> septembre 2022.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 22 septembre 2023 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 7 mai 2024 convoquant les parties à l'audience du 28 mai 2024.

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

Entendu, en leurs observations, Me M. KIWAKANA *loco Me I. OGER*, avocat, qui comparaît assisté de la partie requérante, et Me J. BYL *loco Me F. MOTULSKY*, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

- 1.1. Le requérant est arrivé sur le territoire, le 8 août 2014.
- 1.2. Il a introduit des demandes de protection internationale et des demandes de régularisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la Loi, aucune de ces demandes n'a eu d'issue positive.
- 1.3. Des ordres de quitter le territoire ont été délivrés à son encontre les 18 juin 2016 et 2 juin 2017.
- 1.4. Le 27 juillet 2021, il a introduit une nouvelle demande de régularisation sur la base de l'article 9ter de la Loi.
- 1.5. Le 1<sup>er</sup> septembre 2022, la partie défenderesse a rejeté cette demande, 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. L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Cameroun, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 18.08.2022, (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 au requérant, 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 du requérant dans son pays d'origine. Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles au Cameroun. Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

- 1) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou
- 2) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...). Vu que le requérant a déjà été radié d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour. »

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant un ordre de quitter le territoire, il s'agit du second 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un VISA valable»

## 2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérant prend un moyen unique : « Violation de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, combiné à une violation du « principe général de minutie » prescrivant de statuer sur base de tous les éléments de la cause, ainsi que d'une violation des articles 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 1 à 3 de la loi du 29/07/1991 relatifs à la motivation formelle. »

2.2. Dans un premier temps, elle rappelle les termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la Loi. Ensuite, elle expose : « 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 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 ». On relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant inséré l'article 9ter 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 ». Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter 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. On 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'expliquer 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. Enfin Le conseil d'Etat dispose : « ... qu'il découle du principe général de soin et de minutie qu'aucune décision administrative ne peut être régulièrement prise sans que son auteur ait, au préalable, procédé à un examen complet et détaillé des circonstances de l'affaire sur laquelle il entend se prononcer. Ce principe, qui correspond à un devoir de prudence et de minutie, oblige dès lors l'autorité à effectuer une recherche minutieuse des faits, à récolter tous les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin de pouvoir prendre la décision en pleine connaissance de cause, après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce ... » (arrêt CE n° 221.713 du 12 décembre 2012) »*

2.3. Dans une rubrique intitulée : « *La disponibilité des traitements* », elle argue : « *Dans son avis, le médecin de l'Office des Etrangers relève le traitement médical actuel de Monsieur [T] tel qu'il est rapporté dans le certificat médical circonstancié établi par le médecin traitant de Monsieur [T] et notamment la prise quotidienne de TRIUMEQ qui est un composé (dolutegravir/abacavir/lamivudine).*

*Ensuite, il reconnaît implicitement que le TRIUMEQ n'est pas disponible au Cameroun mais de son opinion personnelle – sans jamais avoir examiné Monsieur [T] et en contredisant l'avis (cf dossier administratif) et l'examen minutieux de l'infectiologue qui suit Monsieur [T] depuis son arrivée en Belgique – que les molécules ABACAVIT et LAMIVUDINE peuvent être remplacées par du TENOFOVIR et de l'EMTRICITABINE. Il n'est pas inutile, à ce stade, de rappeler qu'une mauvaise posologie ou prise des antirétroviraux rend le virus plus résistant : « L'inobservance du mode d'emploi du médicament est la principale cause de la résistance du virus ». On observe aussi que l'avis du médecin conseil de la partie adverse, sur ce point précis, n'est pas documenté ou justifié et ne procède pas d'un examen individuel de la situation de Monsieur [T]. Dans un arrêt n° 162 368 votre juridiction a considéré ce qui suit : « En outre, le Conseil relève que le médecin conseil en arrive alors à examiner si chacune des molécules prise isolément est disponible au pays d'origine. A cet égard, il apparaît effectivement que l'efavirenz et le tenofovir sont bien disponibles, il n'en va toutefois pas de même s'agissant de l'emtricitabine. Ainsi, le médecin conseil estime pouvoir remplacer ce dernier par l'abacavir. Outre le fait que le médecin conseil ne fournit aucun élément permettant de démontrer qu'un tel remplacement de molécule puisse être opéré sans affecter les soins apportés au requérant, le Conseil relève que le médecin conseil ne démontre pas davantage que le médicament d'origine, à savoir l'atripla, puisse être effectivement remplacé par l'association de ces molécules, à savoir l'efavirenz, l'emtricitabine, tenofovir et le disoproxil, et que cela constituerait un traitement équivalent pour le requérant. Le Conseil ajoute également que le médecin conseil ne se prononce nullement sur la disponibilité du disoproxil et n'a effectué aucune recherche quant à la disponibilité de cette molécule, la passant ainsi complètement sous silence. » Il s'avère en l'espèce que la motivation de la décision est inadéquate car l'opinion du médecin conseil selon laquelle le TRIUMEQ peut être remplacée par un trio de trois autres molécules n'est pas précédée d'une analyse individuelle de la situation de Monsieur [T] et n'est pas autrement justifiée ou documentée. Le moyen est fondé.»*

2.4. Dans une rubrique relative à « *l'accessibilité des soins et du suivi dans les pays d'origine* », elle expose : « *Le médecin conseil de la partie adverse classiquement expose à titre liminaire que « le conseil de l'intéressé argumente dans sa requête de la non-accessibilité des soins de santé au Cameroun mais ne fournit aucun document pour étayer son argumentation ». Monsieur [T] expose » être un homme de bientôt 53 ans gravement atteint par le HIV, souffrant d'insuffisance rénale chronique et d'hypertension artérielle. Il a été victime d'un AVC qui lui a laissé des séquelles physiques. Son âge et son état de santé empêchent Monsieur [T] d'exercer une activité rémunérée au pays et donc de bénéficier d'une quelconque assurance soins de santé. Son épouse au Cameroun l'a quitté et a divorcé lorsqu'il lui a annoncé avoir contracté le SIDA dans les bras d'une autre. Il n'a plus eu de contact avec ses enfants qui pour les mêmes raisons se sont détournés de lui. Ses frères et sœurs l'ont également mis au ban de la famille depuis que sa maladie est connue. Il n'y a aucun espoir d'être financièrement aidé par des proches. Au Cameroun, comme dans bon nombre d'autres pays, les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA sont souvent rejetées par leurs familles et leurs amis. Du fait que le SIDA est intimement associé aux comportements sexuels « immoraux » et à la mort, les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA sont souvent confrontées à des formes extrêmes de stigmatisation et de discrimination.»*

*L'état de besoin et de détresse de Monsieur [T] découle ipso facto de ses multiples problèmes de santé qui sont avérés et non contestés par l'administration. Son état de besoin a ainsi été reconnu par le Tribunal du Travail de Bruxelles. Il n'est pas pertinent d'exiger de Monsieur [T] plus de document car cela reviendrait à produire des informations générales issues de sources publiques d'information, majoritairement des sites internet, dont l'administration est supposée avoir connaissance. Ainsi il a été jugé par votre conseil ( 250 810 du 11 mars 2021) : « En effet, au regard du raisonnement appliqué par la partie défenderesse dans la*

décision querellée et dans la note d'observations, il semble que la requérante, dès lors qu'elle vit en Belgique depuis plusieurs années, se trouve dans une impasse kafkaïenne : afin d'établir qu'elle n'aurait pas accès aux soins nécessaires dans son pays d'origine, elle ne peut que produire des documents que la partie défenderesse qualifie de « généraux ». En effet, le Conseil ne se représente pas ce que pourraient être des documents « personnalisés », sauf à exiger de la requérante qu'elle retourne dans son pays d'origine, soit victime de traitements inhumains et dégradants et en transmettre la preuve à la partie défenderesse, en espérant que ces traitements n'aient pas mené à son décès. S'il est de jurisprudence constante que « c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande qu'il incombe d'en aviser l'administration compétente, tandis que l'administration n'est, pour sa part, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des éléments allégués, ni de l'interpeller préalablement à sa décision, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie » (C.C.E., n° 119.422 du 25 février 2014), il ne saurait toutefois être exigé plus d'un demandeur qui a démontré, d'une part, que telle catégorie de personnes se trouve dans une situation générale donnée, et, d'autre part, qu'il appartient à cette catégorie de personnes, dès lors qu'une preuve personnalisée serait immensément difficile voire impossible à obtenir. Dès lors, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations rappelées supra, éluder l'analyse de cet aspect de la demande. Le Conseil estime qu'il incombat, au contraire, à la partie défenderesse, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine en tenant compte des documents transmis par la requérante. La partie défenderesse n'a pas répondu de façon satisfaisante à cet aspect de la demande dans la décision querellée, en sorte qu'elle n'a pas permis à la partie requérante d'en comprendre les motifs. En effet, force est de constater que la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte des documents déposés par la requérante afin d'appuyer ses déclarations, et donc sans répliquer au contenu desdits documents. Ce constat est d'autant plus problématique que les documents sur lesquels le fonctionnaire médecin a fondé son avis ne permettent pas d'acquérir la certitude que la requérante aura accès aux soins dans son pays d'origine, à tout le moins aux traitements liés à son insuffisance rénale ». On observe en outre qu'en ce qui concerne l'accessibilité du suivi tant médicamenteux que médical que la partie adverse se contente de s'en référer à des informations générales toutes assez anciennes et donc dépassées. Dans cet amas d'informations pas toujours pertinentes on en épingle deux qui sont de nature à intéresser la situation de Monsieur [T]. « Le gouvernement camerounais est en train de finaliser la couverture maladie universelle qui devrait prendre en compte l'ensemble de la population » (MedCOI IV, 18 décembre 2019) « Notons qu'un rapport de 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 » (MedCOI, Report on access to healthcare : Cameroon, 19 mars 2014). On réalise sans peine que ces bribes d'information contredisent l'argumentaire et la position de la partie adverse. Il en ressort que la couverture maladie universelle n'existe pas eu Cameroun sauf à établir -quod non – qu'au jour d'aujourd'hui le gouvernement camerounais a fini de finaliser. Le système de couverture pour indigents dans « certains hôpitaux » « ou « la réduction spontanée » des frais de soins de santé pour les indigents par « certains hopitaux », à supposer que cela soit encore d'actualité 12 ans plus tard ne donne aucune garantie à Monsieur [T] du suivi médical et pharmaceutique permanent requis par son état de santé. Les documents sur lesquels le fonctionnaire médecin a fondé son avis ne permettent pas d'acquérir la certitude que le requérant aura accès aux soins dans son pays d'origine La motivation de la décision querellée n'est pas adéquate. Le moyen unique est fondé. »

2.5. Enfin quant à l'ordre de quitter le territoire, elle argue : « (...) étant accessoire à la décision d'irrecevabilité il y également lieu de le suspendre et de l'annuler pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique. »

### 3. Discussion.

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

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

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la Loi, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la Loi, 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 suscité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle ensuite que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliquer 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cfr dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n° 147 344 ; C.E., 7 déc. 2001, n° 101 624).

3.2. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 18 août 2022 du médecin-conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière s'est référée en termes de motivation, que celui-ci a conclu à l'accessibilité des soins et du suivi requis au pays d'origine pour les raisons qui suivent : « *Le conseil de l'intéressé argumente dans sa requête sur la non-accessibilité des soins de santé au Cameroun. Cependant, il ne fournit aucun document pour étayer son argumentation. Rappelons tout de même que l'article 9ter prévoit que « l'étranger transmet avec la demande tous 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 appartient donc au requérant de fournir les documents (ou tout au moins les pages nécessaires) avec sa requête pour que l'administration de l'Office des Etrangers soit dans la capacité de les consulter à tout moment du traitement de la demande (pour lequel aucun délai n'est prévu dans la loi) étant donné que rien ne garantit la fiabilité des liens internet (Site internet qui n'existe plus, qui change de nom, document retiré ou lien modifié...). Constatons que l'intéressé n'a fourni aucun rapport. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).*

Concernant l'accessibilité des soins de santé, selon une étude de cas de 2017 de l'OMS sur les système de soins primaires au Cameroun, les soins de santé primaires (SSP) sont fournis conformément au cadre des districts sanitaires proposé par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Afrique, ce qui implique une infrastructure de centres de santé intégrés appartenant à l'Etat, confessionnels et privés, base sur des infirmières et soutenue par des médecins. Les réalisations positives du système de SSP se sont révélées être une couverture élevée de la population en matière de vaccination, de technologie de prévention du paludisme et de dépistage du VIH. L'assurance maladie privée offre une bonne couverture. Cependant, le gouvernement camerounais est en train de finaliser la couverture maladie universelle qui devrait prendre en compte l'ensemble de la population.2 Concernant plus spécifiquement la maladie dont est atteint l'intéressé, la lutte contre le VIH/sida est une priorité pour le gouvernement camerounais. Le pays a établi en 2011 un plan stratégique national quinquennal relativement fonctionnel et efficace pour le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), qui définit huit approches stratégiques pour lutter contre le VIH/sida :

1. Améliorer la prévention de la transmission du VIH et des IST ;
2. Améliorer l'accès aux soins et aux traitements ;
3. Soutenir et protéger les personnes vivant avec le VIH/sida, les orphelins et les enfants vulnérables (OEV) et les autres personnes concernées ;
4. Améliorer la collaboration entre les secteurs public, privé et non gouvernemental ;
5. le renforcement des systèmes de santé (RSS) ;
6. Renforcer les capacités des communautés ;
7. Le renforcement de l'information stratégique ;
8. La coordination des activités entre (et au sein) des agences gouvernementales, des partenaires et des régions.

Le nouveau plan stratégique national pour la période 2014-2017 se concentre sur :

1. Réduire de 50% l'incidence du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) d'ici 2017 ;
2. Améliorer la qualité de vie des PVVIH par une meilleure prise en charge globale de la maladie ;
3. Réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les PVVIH, les personnes séropositives, les

orphelins et les enfants vulnérables (OEV) et les personnes âgées vulnérables (OEV) et les autres personnes affectées ;

4. Renforcer la disponibilité de l'information stratégique et son utilisation appropriée dans la prise de décision et dans l'amélioration des interventions.

5. Renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la réponse nationale.

Grâce à la mise en oeuvre du Plan stratégique 2010 pour le VIH, la prévalence du VIH a baissé de 5,5% à 4,3% entre 2009 et 2011. Dans la même période, 88% des femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu un traitement pour prévenir la transmission mère-enfant et 20% des enfants de moins de quinze ans ont été traités par thérapie antirétrovirale (ARV). En décembre 2013, on comptait 131 531 personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV. Cela signifie que le taux de couverture était de 26%, ce qui est nettement inférieur au taux attendu par le Plan stratégique national (70%). Selon la personne de contact MedCOI CM1 au Cameroun, il existe aujourd'hui des centres de santé VIH/SIDA avec des infrastructures appropriées dans 75% des districts sanitaires. Chaque centre de santé VIH/SIDA dispose d'un médecin généraliste et 80% d'entre eux sont équipés de machines de diagnostic fiables. Il y a une pharmacie dans 20% des hôpitaux. Dans les autres structures sanitaires, les traitements sont assurés par un technicien pharmaceutique. Dans les hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie, il y a des infectiologues, des virologues, des dermatologues et des vénérologues. Selon les informations fournies par le contact CM1 dans le questionnaire sur l'accès aux soins de santé de 2013, il existe au Cameroun un accès gratuit universel au traitement du VIH/SIDA, y compris les infections opportunistes (IO) pour les PVVIH éligibles. Les critères d'éligibilité pour avoir un accès gratuit aux ARV sont : être séropositif et avoir un taux de cellules CD4 2350 cellules/mm<sup>3</sup> (indépendamment de la symptomatologie). En outre, les PVVIH présentant une maladie au stade 3 ou 4 de l'OMS reçoivent un traitement ARV, quel que soit le nombre de cellules CD4. La politique de gratuité du VIH/SIDA est financée par le gouvernement camerounais et par des partenaires internationaux.<sup>3</sup> Notons qu'un rapport du MedCoi<sup>4</sup> 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. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine.».

En termes de recours, la partie requérante rappelle les diverses pathologies dont souffre le requérant (à côté du VIH) et argumente que « On observe en outre qu'en ce qui concerne l'accessibilité du suivi tant médicamenteux que médical que la partie adverse se contente de s'en référer à des informations générales toutes assez anciennes et donc dépassées. Dans cet amas d'informations pas toujours pertinentes on en épingle deux qui sont de nature à intéresser la situation de Monsieur [T.]. « Le gouvernement camerounais est en train de finaliser la couverture maladie universelle qui devrait prendre en compte l'ensemble de la population » (MedCOI IV, 18 décembre 2019) « Notons qu'un rapport de 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 » (MedCoi, Report on access to healthcare : Cameroon, 19 mars 2014). On réalise sans peine que ces bribes d'information[s] contredisent l'argumentaire et la position de la partie adverse. Il en ressort que la couverture maladie universelle n'existe pas au Cameroun sauf à établir -quod non – qu'au jour d'aujourd'hui le gouvernement camerounais a fini de finaliser. Le système de couverture pour indigents dans « certains hôpitaux » « ou « la réduction spontanée » des frais de soins de [santé] pour les indigents par « certains hôpitaux », [à] supposer que cela soit encore d'actualité 12 ans plus tard ne donne aucune garantie à Monsieur [T.] du suivi médical et pharmaceutique permanent requis par son état de santé. Les documents sur lesquels le fonctionnaire médecin a fondé son avis ne permettent pas d'acquérir la certitude que le requérant aura accès aux soins dans son pays d'origine[.] La motivation de la décision querellée n'est pas adéquate », ce à quoi le Conseil se rallie.

3.3. En conséquence, la partie défenderesse, par l'intermédiaire de son médecin-conseil, a manqué à son obligation de motivation et a violé l'article 9 ter de la Loi.

3.4. Le moyen unique pris, ainsi circonscrit, semble fondé et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué.

3.5. Au sujet de l'ordre de quitter le territoire querellé, il convient de rappeler que la partie défenderesse est tenue par les obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent lorsqu'elle prend une décision administrative individuelle, et ainsi, notamment, de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue (en ce sens, arrêt CE n° 196 577 du 1er octobre 2009).

Le Conseil précise que la première décision attaquée n'est censée jamais avoir existé au vu de l'effet rétroactif de l'annulation précitée et qu'ainsi, la demande d'autorisation de séjour datée du 27 juillet 2021 fondée sur l'article 9 ter de la Loi ayant mené à cette décision et antérieure à la prise de l'ordre de quitter le territoire contesté, redevient pendante. Il appartenait donc à la partie défenderesse d'y avoir égard. En effet,

il ne peut être exclu a priori que la partie défenderesse fasse droit à cette demande. Or, en cas de décision favorable, le requérant n'aurait pas séjourné de manière irrégulière de telle sorte qu'il n'aurait pas été appelé à quitter le territoire en application de l'article 7 de la Loi. La partie défenderesse n'a donc pas tenu compte de tous les éléments de la cause et a méconnu son obligation de motivation formelle (cfr en ce sens, arrêt CE n° 238 304 du 23 mai 2017). En conséquence, l'ordre de quitter le territoire entrepris doit être annulé.

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

3.7. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne peuvent énerver la teneur de la présente ordonnance.

En ce que le requérant n'aurait pas démontré qu'il ne saurait accéder aux traitements nécessaires au pays d'origine par ses propres moyens, le Conseil souligne en tout état de cause qu'il s'agit d'une motivation *a posteriori* qui ne peut rétablir la motivation inadéquate de la première décision entreprise et il est inutile de s'attarder sur sa pertinence.

Par ailleurs, rien n'indique que la couverture maladie mise en place par le Cameroun garantirait réellement au requérant un accès aux soins et au suivi qui lui sont requis au pays d'origine pour toutes les pathologies.

3.8. Les dépens sont mis à charge de la partie défenderesse.

#### **4. Débats succincts**

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

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

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

##### **Article 1.**

Les décisions déclarant non fondée une demande de régularisation médicale sur base de l'article 9ter et l'ordre de quitter le territoire, prises le 1<sup>er</sup> septembre 2022 sont annulées.

##### **Article 2**

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le treize juin deux mille vingt-quatre 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