

## Arrêt

n° 344 212 du 2 avril 2026  
dans l'affaire X I

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. MOMMER  
Rue de l'Aurore 10  
1000 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Ministre de l'Asile et de la Migration

### LE PREMIER PRÉSIDENT DU CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS,

Vu la requête introduite le 27 mai 2025, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 15 avril 2025.

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 (ci-après dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu la demande et le consentement à recourir à la procédure purement écrite en application de l'article 39/73-2 de la loi précitée.

Vu l'ordonnance du 11 mars 2026 selon laquelle la clôture des débats a été déterminée au 20 mars 2026.

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

#### 1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante, de nationalité camerounaise, déclare être arrivée sur le territoire belge le 20 novembre 2022.

1.2. Le 21 novembre 2022, la requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges, laquelle a donné lieu à une décision de refus du statut de réfugié et de refus d'octroi de la protection subsidiaire prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 27 août 2024.

1.3. Le 27 septembre 2024, la requérante a introduit, devant le Conseil, un recours à l'encontre de cette décision.

1.4. Le 17 mars 2025, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

1.5. Le 15 avril 2025, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée. Il s'agit de l'acte attaqué, lequel est motivé comme suit :

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

L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 15.04.2025, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif de la requérante.

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...) ».

1.6. Le 9 octobre 2025, le Conseil a rejeté le recours introduit par la requérante à l'encontre de la décision visée au point 1.3. du présent arrêt.

## **2. Exposé du moyen d'annulation**

1.1. La requérante prend un moyen unique « de la violation : des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme : du principe de bonne administration tels que les principes de minutie, de sécurité juridique, de légitime confiance ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2.1. Dans une première branche, après un rappel théorique sur la portée de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, la requérante fait valoir ce qui suit :

« En l'espèce, il n'est pas contesté que la requérante souffre d'une infection au VIH et d'un syndrome de stress posttraumatique. Son médecin a clairement indiqué dans les documents médicaux figurant au dossier administratif qu'en cas d'arrêt du traitement, elle connaîtra une aggravation du VIH qui pourrait engendrer à terme son décès. La partie adverse considère cependant que la requérante peut retourner au Cameroun dans la mesure où la prise en charge et les traitements nécessaires sont disponibles et accessibles dans ce pays. Pour aboutir à cette conclusion, elle se réfère à l'avis du Docteur MBOYO IKEKE, médecin-conseiller de l'Office des Etrangers, qui s'est lui-même basé uniquement sur des articles tirés d'internet et de la banque de données Med COI pour constater la disponibilité et l'accessibilité des soins au Cameroun. Or, les documents sur lesquels s'est basé le médecin de l'Office des Etrangers ne démontrent nullement que les soins dont a besoin la requérante sont non seulement disponibles mais également accessibles dans son

pays d'origine. Ils ne répondent, en outre, en rien au contenu des documents déposés par la requérante à l'appui de sa demande afin de démontrer l'indisponibilité et l'inaccessibilité des soins que nécessite son état. En effet : Quant aux documents médicaux déposés et de leur prise en considération : La requérante a déposé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour du 18 mars 2025 une attestation psychologique circonstanciée du 15 janvier 2024 rédigée par la psychologue Madame [M.S.] qui suit la requérante depuis avril 2023 à raison de deux fois par mois (pièce 4 de la demande). Cette attestation psychologique fait partie intégrante de la demande de régularisation pour raisons médicales de la requérante et fait état d'éléments inhérents à son profil particulièrement vulnérable confirmant qu'elle souffre d'un syndrome de stress post-traumatique, élément non remis en cause par la partie adverse. En ne mentionnant pas cette attestation rédigée par une professionnelle de la santé mentale dans la rubrique « Histoire clinique et certificats médicaux versés au dossier » de sa décision mais considérant pourtant que « aucun autre document médical que ceux repris ci-dessus n'a été fourni. On peut conclure que sa situation médicale actuelle peut-être évaluée sur base de ces seuls documents médicaux fournis », la partie adverse n'a pas pris sa décision sur base de tous les éléments en sa possession et a dès lors manqué à son obligation de motivation. En effet, conformément aux principes de bonne administration, et plus particulièrement au principe de minutie, de prudence et de précaution, toute autorité administrative est tenue de procéder à un examen complet, concret, attentif, loyal et sérieux des circonstances propres à chaque cas. Cela inclut la collecte et la prise en compte de l'ensemble des éléments pertinents du dossier, de manière à pouvoir prendre une décision éclairée et fondée sur une appréciation raisonnable de tous les faits utiles (cf. J. JAUMOTTE, *Les principes généraux du droit administratif à travers la jurisprudence administrative*, in *Le Conseil d'État de Belgique, cinquante ans après sa création (1946-1996)*, ULB, Bruxelles, Bruylant, 1999, p. 687). En l'espèce, ces obligations n'ont manifestement pas été respectées. Pourtant, s'il est vrai que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressée. L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit également permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. En omettant d'examiner les éléments ayant trait à la situation de santé mentale de la requérante et en s'abstenant de justifier cette omission, la partie adverse a enfreint le principe de bonne administration et n'a pas valablement motivé sa décision. Votre Conseil a sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse de l'ensemble des éléments en sa possession. Ainsi, dans un arrêt récent n° 263.145 du 28 octobre 2021, Votre Conseil a jugé que : « [...] » Voir également CCE, arrêt n° 235 612 du 28 avril 2020, dans lequel Votre Conseil a jugé que : « [...] ». Cette absence de prise en considération sérieuse des éléments déposés par le requérant a aussi été sanctionnée dans un arrêt n°110 513 du 24.09.2013 duquel il ressort que : « [...] ». La requérante fait sienne ces jurisprudences. Quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et des soins : Afin d'attester de la disponibilité du traitement médicamenteux de la requérante composé d'un traitement antirétroviral par Dovato et de la possibilité d'un suivi régulier par un hématologue spécialisé en maladie infectieuse ainsi qu'un suivi rapproché par un psychologue la partie adverse se base sur des informations tirées de la banque de données MedCOI. Or une analyse approfondie de ce document révèle que, contrairement à ce que prétend l'Office des Etrangers dans sa décision, celui-ci ne démontre absolument pas la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical spécialisé et régulier que nécessite l'état de la requérante. La partie adverse dépose deux documents MEDCOI référencés AVA 18776 du 01.02.2025 et AVA 18879 du 30.01.2025 qui révèlent que les spécialistes en infectiologie, psychologie et psychiatrie sont disponibles, tout comme les différents médicaments qui constituent le traitement de la requérante. 1. En ce qui concerne les médicaments, rien n'indique cependant dans quelle mesure ces médicaments sont disponibles ni à quel prix. Les informations Med Coi déposées se limitent, en effet, à faire état de la disponibilité d'une combinaison d'antirétroviraux (dolutegravir, lamivudine, tenofovir disproxil) dans une pharmacie de Bertoua, ville située à 540 kilomètres du village natale de la requérante ce qui est totalement insuffisant pour démontrer qu'ils sont effectivement disponibles et accessibles à l'ensemble de la population et que la requérante pourrait y avoir accès. Pour rappel, la requérante est née à Bana et a vécu à Douala mais n'a jamais vécu à Bertoua qui se situe à des centaines de kilomètres de son village natal. La partie adverse n'a dès lors pas valablement démontré, eu égard aux informations déposées par la requérante à l'appui de sa demande, qu'elle pourrait malgré tout bénéficier du traitement médicamenteux que nécessite son état et que ce dernier est disponible au Cameroun. Pour rappel, son traitement médicamenteux ne peut être interrompu sous peine d'une aggravation de son infection au VIH qui pourrait engendrer son décès. Par conséquent, en considérant que les médicaments qui composent le traitement médicamenteux que nécessite l'état de la requérante sont disponibles au Cameroun sur base uniquement des informations tirées de la banque de données MED COI, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation. 2. En outre, concernant le suivi par un médecin spécialisé du VIH, par un psychologue, psychiatre et gynécologue la simple constatation de la possibilité d'un suivi par un médecin spécialiste à l'hôpital régional de Bertoua et du Centre pasteur et de l'hôpital général de Yaoundé, deux villes situées à des centaines de kilomètres de la région d'origine de la

requérante, n'est bien entendu pas suffisante pour conclure à la disponibilité au Cameroun du traitement et du suivi spécialisé dont a besoin la requérante. Votre Conseil l'a d'ailleurs rappelé dans un arrêt n°49781 du 19 octobre 2010 : « [...] » Il n'y a, en effet, aucune indication sur les conditions dans lesquelles les soins et les traitements sont disponibles, la durée d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ainsi que la possibilité d'un suivi régulier. La base de données MED COI ne donne pas non plus de renseignements sur la prise en charge des personnes atteintes du VIH ni, dans l'affirmative, de quelle manière, à quelles conditions et à quel coût cette prise en charge pourrait avoir lieu. Il est illusoire de considérer sur la seule base de l'existence d'un service spécialisé dans un hôpital à Yaoundé ou à Bertoua que la requérante pourrait y avoir accès et y recevoir le suivi médical adéquat en cas de retour dans son pays d'origine. Et ce d'autant plus que la requérante nécessite plusieurs suivis spécialisés de manière régulière et n'a jamais vécu à Yaoundé ou à Bertoua. En se basant uniquement sur ces documents afin de considérer que le suivi médical de la requérante est disponible et qu'elle pourrait bénéficier d'un suivi spécialisé régulier au Cameroun, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision. Par conséquent, la motivation relative à la disponibilité du traitement médicamenteux, du suivi médical que nécessite l'état de santé de la requérante est totalement insuffisante et inadéquate. A titre surabondant, il y a lieu de remarquer que le projet Med-COI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine, et non pas leur accessibilité. Les informations contenues dans ces rapports doivent dès lors être fortement relativisées puisque toute une série d'informations fondamentales sur l'accessibilité ne sont pas fournies. L'avis du médecin-conseil précise explicitement que « les informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif. Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie. ». Celles-ci doivent dès lors être fortement relativisées puisque toute une série d'informations fondamentales sur l'accessibilité ne sont pas fournies. Quant à l'accessibilité du traitement : Dans sa demande d'autorisation de séjour, la requérante s'est référée à plusieurs sources relatives à la situation des soins de santé au Cameroun. Ces informations récentes et précises mettaient notamment en exergue l'accès difficile aux soins de santé pour les Camerounais ainsi que l'absence de système de sécurité sociale efficace et accessible à tous. 1. La partie adverse considère tout d'abord que depuis le 1er mai 2007, les médicaments antirétroviraux sont délivrés gratuitement dans les centres hospitaliers du Cameroun grâce au financement du Fond mondial de lutte contre le SIDA. Elle se réfère à trois sources afin d'appuyer ses déclarations. La première source est un article de presse du média AFP Actuel réagissant à une polémique indiquant que les médicaments antirétroviraux seront payants au Cameroun dès janvier 2022. Cette source indique également que le gouvernement camerounais a pris l'engagement en 2017, de consacrer plus de 43 millions d'euros à la lutte contre le VIH pour la période de 2018 à 2020. La même source dénonce cependant que le pays n'a finalement dépensé que 13,4 millions d'euros et qu'il n'a pas payé sa quote-part financière au Fonds mondial de lutte contre le Sida qui garantit la subvention des ARV à travers le pays. Elle indique que ce retard entraîna des dysfonctionnements dans la chaîne d'approvisionnement en ARV. Il ressort dès lors des informations de la partie adverse elle-même qu'il existe des dysfonctionnements dans la disponibilité et l'accessibilité des traitements antirétroviraux au Cameroun. Concernant la décision 3908 du 02.12.2021 du Ministère de la santé concernant les examens de suivi biologique qui seraient gratuits pour les personnes vivant avec le VIH au Cameroun, il s'agit uniquement d'une décision politique mais la partie adverse ne dépose aucune source qui permet d'attester de l'effectivité de cette mesure et du fait qu'elle a réellement été mise en place et dans quelle mesure elle l'a été. Cet élément ne permet dès lors pas d'établir l'accès in concreto de la requérante au suivi régulier par un hématologue. En outre, elle ne répond en rien aux informations déposées par la partie requérante, visant spécifiquement les personnes séropositives au Cameroun. Ces informations, font pourtant état de ruptures de stocks en antirétroviraux et d'une pratique de surcote des médicaments et des suivis par deux tiers des hôpitaux camerounais, et ce bien après 2007, date à laquelle ces traitements seraient délivrés gratuitement au Cameroun selon les informations de la partie défenderesse. Votre Conseil a pourtant estimé dans un arrêt n° 250 810 du 11 mars 2021 que la partie défenderesse se devait de répliquer au contenu des documents déposés par la partie requérante et ne pouvait examiner la demande uniquement sur base ses informations recueillies de son initiative : « [...] ». En faisant fi des informations objectives déposées par la requérante à l'appui de sa demande et en se basant sur des informations générales relatives à des initiatives sans déposer d'informations ou rapports relatifs à l'effectivité de ces mesures et prouvant qu'in concreto les traitements antirétroviraux sont accessibles au Cameroun, la partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision. 2. La partie adverse souligne également la présence de mécanismes de mutuelles de santé au Cameroun. Elle cite à titre d'exemple la Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé. Cette mutuelle est cependant destinée, selon ses propres déclarations, « pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations défavorisées de la ville de Yaoundé » et « elle s'adresse principalement aux habitants des sept arrondissements de la Capitale » (décision attaquée). La requérante étant originaire de Bana et n'ayant jamais vécu à Yaoundé, cette référence manque de pertinence et ne permet pas de démontrer qu'elle pourrait avoir accès financièrement à l'ensemble des soins médicaux dont elle a besoin. Elle renvoie, en outre, à une source datée de janvier 2013, soit il y a plus de 14 ans, et qui ne peut illustrer la réalité d'aujourd'hui. En effet, Votre Conseil a statué récemment au sujet de cette mutuelle précisément dans un arrêt n° 312 205 du 2 septembre 2024 et a

considéré que : « [...] ». Il ressort également de l'article, déposé par la partie adverse elle-même, que plus de la moitié des mutuelles ayant vu le jour depuis 2006 n'existent plus et qu'elles présentent des faiblesses et vulnérabilités. Il ressort, en effet, de cet article à laquelle se référerait la partie adverse à ce sujet que : « [...] » Il apparaît dès lors, qu'en plus de concerner la ville de Yaoundé où la requérante n'a jamais vécu et n'a aucune attache, la prétendue croissance des mutuelles au Cameroun est à relativiser fortement et ne permet pas de conclure à l'accessibilité du traitement médical nécessaire à la requérante. La partie adverse cite également la mutuelle MULEMACARE qui interviendrait entre 50 et 80% des frais en fonctions de la formule choisie et permet via sa complémentaire de prendre en charge entre 70 et 100% des médicaments. La partie adverse n'a cependant fourni aucune information concernant les conditions d'accès précises à cette mutuelle qui permettrait de conclure que la requérante pourrait en bénéficier en cas de retour au Cameroun. Elle relève, au contraire, que la requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait souscrire à une mutuelle de santé pour prendre en charge ses soins de santé et que c'est à elle qu'il revient de démontrer qu'elle ne pourrait pas avoir accès aux soins que nécessite son état de santé. Votre Conseil a cependant déjà considéré à cet égard dans un arrêt n° 250 810 du 11 mars 2021 que : « S'agissant du motif relatif à l'assurance santé, le Conseil observe que, si le fonctionnaire médecin conseille à la requérante de « s'affilier à une mutuelle de santé en cas de nécessité », il ne donne aucune information quant aux conditions d'accès aux dites mutuelles de santé, ni à leur couverture des soins nécessaires à la requérante. » Votre Conseil a en outre récemment rappelé dans un arrêt n° 312 430 du 3 septembre 2024 que « [...] » Il apparaît dès lors que la partie adverse, en fondant sa motivation sur l'existence de ces mutuelles pour justifier l'accessibilité du traitement de la requérante, a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision. 3. Ensuite, concernant la pathologie mentale de la requérante, la partie adverse relève une initiative de l'hôpital Jamot, qui a mis en place une unité dédiée aux soins de santé mentale. Elle détaille comment trois locaux du service de psychiatrie ambulatoire ont été réhabilités pour former le « Village de l'Amour » qui se consacre aux soins des « personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes ». Cependant, cette initiative de l'hôpital Jamot vise les personnes vivant à Yaoundé, où vivent environ 1.5 millions d'habitants et ne permet en aucun cas d'assurer que la requérante qui n'a jamais vécu dans cette ville soit correctement prise en charge. Par ailleurs, la partie adverse ne cite pas ses sources, de sorte que la requérante ne peut vérifier ces informations. Votre Conseil a déjà statué qu'il revient à la partie défenderesse de clarifier dans le dossier administratif, avec la plus grande précision et exhaustivité ses sources d'information sur lesquelles elle se base pour déclarer la demande non-fondée (Arrêt n°128 269 du 27 août 2014) : « [...] » Le même constat peut être fait pour le Centre de santé mentale Benoit Menni renseigné par la partie adverse qui n'indique même pas où se situe ce dispensaire ni sur quelle information elle se base pour établir que cette institution prend en charge les personnes souffrant de maladies mentales. Enfin, elle souligne que la consultation chez un psychiatre coûte 7000 CFA et qu'une consultation à l'hôpital Laquintinie coûte environ 4000 à 5000 CFA. Pour justifier ses allégations, elle se réfère à un document du 15 janvier 2025 intitulé : « Q&A-20241218-CM-157 » auquel la requérante n'a pas accès et qui n'est pas repris dans l'avis du médecin-conseil. La requérante n'est dès lors pas en mesure d'analyser le contenu de cette source et sa pertinence en l'espèce. 4. La partie adverse considère, en outre, que les éléments invoqués par la requérante dans sa demande ont un caractère général et ne la visent pas personnellement. Elle lui reproche de ne pas démontrer que sa situation individuelle est comparable à la situation générale. Relevons, cependant, que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne requiert pas de la requérante qu'elle individualise sa demande au point de ne fournir que des informations qui la concernent personnellement mais lui impose de fournir des renseignements sur sa situation médicale et sur la disponibilité et l'accessibilité des soins dans son pays d'origine. En l'espèce, les informations déposées ont trait spécifiquement à la situation et aux besoins médicaux précis de la requérante. Elles comprennent, en effet, à la fois des informations concernant sa maladie et des informations concernant l'absence de disponibilité et d'accessibilité des soins pour 90% des Camerounais ne bénéficiant pas de la sécurité sociale et remplissent dès lors les exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Votre Conseil a sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse de ces éléments, notamment dans un arrêt n°110 513 du 24 septembre 2013 : « [...] ». Dans un arrêt n°73.791 du 23 janvier 2012, il a également été jugé que : « [...] » (en ce sens, CCE, arrêt 78.575, 30.03.2012, CCE arrêt n°81.253, 15.05.2012) En considérant que la requérante aurait dû davantage individualiser sa demande, la partie adverse a rajouté une condition à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et a commis une erreur manifeste d'appréciation et de motivation. De plus, Votre Conseil a, dans un arrêt n° 235 612 du 28 avril 2020, rappelé que : « [...] » En 2021, Votre Conseil a souligné dans l'arrêt n° 250 810 également la difficulté de fournir des documents « personnalisés » : « [...] » Votre Conseil a déjà sanctionné ce type de motivation dans cette affaire par son arrêt d'annulation n° 312 205 du 2 septembre 2024. La partie adverse se réfère, en outre, à trois arrêts de Votre Conseil afin de justifier ses allégations. Cependant, le premier arrêt n° 23 040 du 16 février 2009 n'est pas consultable en ligne, n'est pas référencé dans un recueil de jurisprudence de la partie défenderesse et ne figure pas au dossier administratif. Le deuxième arrêt n° 23 771 du 26 février 2009 concerne une décision de refus de séjour basée sur l'ancien article 9, alinéa 3 de la loi du 15 décembre 1980 en raison de l'existence de circonstances exceptionnelles. Dans cet arrêt, Votre Conseil a considéré que les requérants n'avaient pas suffisamment étayés leur demande concernant l'existence de circonstances exceptionnelles les empêchant d'introduire leur demande de séjour dans leur pays d'origine. L'affirmation de la partie adverse, reprise de

*l'arrêt en question qui mentionne : « En l'espèce, le Conseil constate que les requérants ne démontrent pas que leur situation individuelle est comparable à la situation générale et qu'ils n'étaient en rien leur allévation de sorte que cet argument ne peut être retenu. » a été totalement sortie de son contexte et ne concernait absolument pas la même problématique ni la même question traitée dans la présente procédure. La référence jurisprudentielle qui est faite par la partie adverse n'est dès lors pas pertinente. En se référant à de la jurisprudence ancienne qui ne concerne pas le même type de demande ni la même problématique que dans le cas d'espèce afin de justifier ses allégations, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision. 5. La partie adverse relève, par ailleurs, concernant l'approvisionnement en médicaments que : « rien n'empêche la requérante de prendre ses médicaments de Belgique ni de s'en faire prescrire suffisamment en Belgique pour assurer une meilleure transition et éviter tout risque d'interruption lors du retour (...) ». Il s'agit cependant d'une affirmation péremptoire qui ne repose sur aucune source objective mais sur de simples hypothèses émises par le médecin conseil de la partie adverse. Il ne peut, en outre, être exigé de la requérante qu'elle se constitue une réserve de médicaments en Belgique avant de rentrer dans son pays d'origine dans la mesure où il lui est impossible d'anticiper la durée et la fréquence des pénuries de médicaments auxquelles elle sera confrontée en cas de retour au Cameroun. Rien n'indique, en outre, qu'elle sera en mesure de se procurer une quantité plus importante de médicaments si elle en fait la demande en Belgique. L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 indique, enfin, clairement que le traitement doit être disponible et accessible dans le pays d'origine et le fait d'imposer au candidat au séjour d'anticiper l'indisponibilité et l'inaccessibilité des médicaments revient à ajouter une condition à la loi. Par conséquent, l'affirmation péremptoire de la partie adverse selon laquelle la requérante peut se constituer une réserve des médicaments nécessaires est totalement hypothétique et ne permet nullement de rencontrer le contenu des informations objectives déposées. La partie adverse a donc commis une erreur manifeste d'appréciation. La motivation de la décision sur ce point est en outre tout à fait inadéquate. 6. La partie adverse se borne, par ailleurs, à déclarer que Votre Conseil a considéré que la dimension qualitative des soins n'est pas à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qu'il lui suffit de prouver la disponibilité et l'accessibilité de ces soins dans le pays d'origine. Cette motivation est tout à fait inadéquate car il n'est en aucun cas simplement question, dans les informations déposées, de soins de santé d'une qualité moindre mais bien des lacunes importantes dans l'offre publique de soins et d'une dégradation de l'accessibilité économique aux services de santé existants qui pourraient entraîner une aggravation de son VIH et par conséquent son décès, soit une forme de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH. 7. En ce qui concerne, enfin, les références à la jurisprudence de la Cour EDH relatives à l'article 3 de la CEDH, Votre Conseil a déjà considéré dans son arrêt du 29 novembre 2021 que : « [...] » La requérante fait sienne la motivation précitée. En conclusion, les informations produites par la partie adverse ne permettent nullement démontrer que les soins que nécessite l'état de la requérante sont disponibles et accessibles au Cameroun, ce qui justifie l'annulation de la décision attaquée. »*

2.2.2. Dans une deuxième branche, la requérante développe l'argumentation suivante :

*« Une demande d'autorisation de séjour pour motifs médicaux est une demande de protection subsidiaire. Dans un arrêt rendu le 22 novembre 2012 dans une affaire M. M. contre Minister for Justice, Equality and Law Reform, of Ireland (C-277/11), la Cour de Justice de l'Union européenne (première chambre) a affirmé que le droit pour l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'examen de sa demande de protection subsidiaire découle du respect des droits de la défense qui constitue un principe fondamental du droit de l'Union, reconnu comme tel par la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne. Dans cet arrêt, la CJUE rappelle aux Etats membres qu'il leur incombe « non seulement d'interpréter leur droit national d'une manière conforme au droit de l'Union, mais également de veiller à ne pas se fonder sur une interprétation qui entrerait en conflit avec les droits fondamentaux protégés par l'ordre juridique de l'Union ou avec les autres principes généraux du droit de l'Union » (point 93) (voir CJUE, Grande Chambre, 21 décembre 2011, N. S. e.a., C-411/10 et C-493/10, non encore publié au Recueil, point 77 – ADL du 29 décembre 2011). Parce qu'elle juge que l'affaire « soulève plus généralement la question du droit de l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'instruction de sa seconde demande, visant au bénéfice de la protection subsidiaire » (point 75), elle en vient à considérer la question du point de vue général offert par l'exigence de « respect des droits de la défense [qui] constitue un principe fondamental du droit de l'Union » (point 81) (voir CJCE, 28 mars 2000, Dieter Krombach contre André Bamberski, C-7/98, Rec. p. I-1935, point 42 ; et CJCE, 18 décembre 2008, Sopropé – Organizações de CalçadoLda contre Fazenda Pública, C-349/07, Rec. p. I-10369, point 36). 5 La Cour confirme ainsi que le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre est consacré par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, non seulement au titre du respect des droits de la défense (articles 47 & 48 CDFUE), mais également au titre du droit à une bonne administration (article 41 CDFUE) (point 82). Par conséquent, le droit d'être entendu a un champ d'application général (point 84), « doit s'appliquer à toute procédure susceptible d'aboutir à un acte faisant grief » (point 85), y compris lorsque la réglementation en cause ne le prévoit pas expressément (point 86). En l'espèce, la requérante n'a pas été*

*entendue par les services de la partie adverse avant que la décision de rejet de sa demande ne soit prise. La décision attaquée viole dès lors les droits de la défense ainsi que les articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ».*

### **3. Examen du moyen d'annulation**

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type dont le modèle est déterminé par le Roi. 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 1<sup>er</sup>, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9<sup>ter</sup> 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<sup>ter</sup> 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.

Il rappelle encore que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer celui-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite, mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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.

3.2. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur l'avis médical rendu par un fonctionnaire médecin et établi le 15 avril 2025, sur la base des éléments médicaux produits par la requérante. Les conclusions de cet avis sont reprises dans la motivation de l'acte attaqué, lequel a été joint dans sa totalité en annexe dudit acte, et porté à la connaissance de la requérante, simultanément. Il est donc incontestable que la partie défenderesse, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait siens les constats y posés. Le fonctionnaire médecin y constate que la requérante souffre d'un « [s]yndrome de stress post-traumatique » ainsi que d'une « [i]nfection au VIH » et estime que cet état de santé nécessite un traitement médicamenteux, à savoir : « *la trithérapie (Dolutégravir + Ténofovir + Lamivudine)* » ainsi qu'un suivi en infectiologie, psychologie et psychiatrie, qui seraient disponibles et accessibles au Cameroun.

Le fonctionnaire médecin conclut qu'« [i]l ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre actuellement d'une maladie qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressée ne serait pas en état de voyager » et qu'« [i]l ne peut également être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la requérante, qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.3.1. S'agissant de la première branche et de l'argumentation par laquelle la requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir mentionné, dans l'avis médical qui fonde l'acte attaqué, « *une attestation psychologique circonstanciée du 15 janvier 2024 rédigé par la psychologue Madame [M.S.] qui [la] suit depuis avril 2023* », le Conseil n'en perçoit pas la pertinence. En effet, le Conseil relève que cette attestation est bel et bien mentionnée dans l'avis médical établi par le fonctionnaire médecin, bien qu'une inexactitude matérielle subsiste quant à la date – celle du 11 avril 2023, correspondant en réalité au début du suivi de la requérante, ayant été indiquée à la place du 15 janvier 2024. Il ressort du dossier administratif qu'une seule attestation émanant de cette praticienne a été versée, de sorte que la partie défenderesse ne l'a pas omise, mais a simplement commis une erreur de plume qui ne peut avoir eu aucune incidence sur l'acte attaqué. Par ailleurs, force est de constater que le fonctionnaire médecin a examiné la question de la disponibilité et de l'accessibilité des suivis psychologiques et psychiatriques dans le pays d'origine, de sorte que l'argumentation de la requérante ne lui confère aucun intérêt.

Aucun parallèle ne peut être fait avec les arrêts du Conseil invoqués en termes de requête, lesquels sanctionnaient l'absence de prise en considération de l'ensemble des éléments déposés par l'étranger, *quod non* en l'espèce.

3.3.2. Le Conseil ne peut davantage suivre la requérante en ce qu'elle développe des griefs relatifs à la disponibilité de l'ensemble des traitements et suivis requis par son état de santé dans deux villes éloignées de sa région d'origine.

En effet, le Conseil souligne tout d'abord que le fonctionnaire médecin n'avait aucune obligation de citer de manière exhaustive tous les établissements proposant les médicaments et suivis requis par l'état de santé de la requérante dans son pays d'origine. Ainsi qu'il ressort du « *disclaimer* » relatif aux informations provenant de la base de données MedCOI, repris en note de bas de page de l'avis du fonctionnaire médecin, « *Dans le cadre de la recherche de la disponibilité, les informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif. Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie [...]* ». Le fonctionnaire médecin ajoute d'ailleurs, toujours en note de bas de page, qu'« *[i] convient de rappeler que les réponses fournies par l'EUAA Medcoi Sector n'ont pas vocation à être exhaustives [...]. La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées* ».

Ensuite, l'argument de la requérante selon lequel les deux villes susmentionnées sont « *situées à des centaines de kilomètres de la région d'origine* », ne peut suffire à justifier l'annulation de la décision attaquée. En effet, la requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait pas s'installer, au Cameroun, dans un endroit où les soins et le suivi requis sont disponibles et ce, d'autant qu'elle n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard dans sa demande d'autorisation de séjour (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464). Il convient à cet égard de relever qu'il ressort de l'avis médical fondant l'acte attaqué que l'ensemble des traitements et suivis requis sont disponibles à Bertoua.

Le Conseil rappelle en outre la jurisprudence du Conseil d'Etat, selon laquelle, lorsque le constat de la disponibilité des soins et du suivi requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité desdits médicaments doit être considérée comme effective (C.E. n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019).

La requérante ne renverse dès lors nullement la motivation de l'acte attaqué quant à la disponibilité et l'accessibilité des traitements et soins requis par son état de santé dans son pays d'origine.

3.3.3. S'agissant de l'argumentation contestant l'accessibilité des traitements et suivis requis par l'état de santé de la requérante au Cameroun, le Conseil observe tout d'abord que l'avis médical sur lequel se fonde l'acte attaqué est à cet égard motivé comme suit :

« *Concernant les soins du HIV/SIDA au Cameroun, notons que depuis le 1er mai 2007, les médicaments antirétroviraux sont délivrés gratuitement dans les centres hospitaliers publics au Cameroun grâce au financement du Fond mondial de lutte contre le SIDA<sup>2</sup>. De plus, depuis le 1er janvier 2020, les examens de suivi biologique (CD4 et charge virale) sont également gratuits pour les personnes vivant avec le HIV au Cameroun<sup>3</sup>. Selon l'OMS<sup>4</sup>, le Cameroun a fait des progrès significatifs concernant la prise en charge du HIV. Le pays est en passe d'atteindre l'objectif mondial « 95% – 95% – 95% » puisque, en 2022, 95,8 % des personnes atteintes de VIH connaissent leur statut, 92,3 % des personnes connaissant leur statut sont sous traitement et 89,2 % des personnes traitées avec des antirétroviraux ont une charge virale supprimée. Notons aussi la présence de mécanismes de mutuelles de santé au Cameroun. Citons d'abord la Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé (MUCOSANY)<sup>5</sup>. C'est une association à but non lucratif qui œuvre au quotidien pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations défavorisées de la ville de Yaoundé, à travers l'appui à la mise en place d'un mécanisme de financement collectif d'accès aux soins de santé de qualité. Elle s'adresse principalement aux habitants des sept arrondissements de la Capitale. Plus de 2800 individus issus de 500 familles et 40 associations des 7 arrondissements de la ville de Yaoundé mutualisent*

leur risque maladie grâce à la MUCOSANY. Public cible<sup>6</sup> : les familles, les associations, les ONG, les GICS, les femmes, les enfants de moins d'un an, les ministères, les indigents du Cameroun en général et de Yaoundé en particulier. Elle tient son origine de l'exclusion des populations marginalisées aux soins de santé de qualité et permet la mutualisation du risque maladie entre ses membres. Son objectif fondamental est d'abaisser la barrière à l'accès aux soins, en permettant à chaque bénéficiaire de mobiliser, si besoin est, un fonds constitué collectivement. La prise en charge des membres<sup>7</sup> comprend les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements (simples) et les actes de radiologie. Toutefois, les mutualistes paient un ticket modérateur de 25 % pour les soins ambulatoires et de 50 % pour la chirurgie dans certaines MS. Les MS retrouvées dans l'ensemble des régions du Cameroun sont accompagnées techniquement ou financièrement par les institutions suivantes : Minsanté, GTZ, Unicef, Banque africaine de développement (BAD), OMS, Coopération française, Coopération belge, Sald, Assoal, Bepha, Promuscam, etc. La GTZ intervient essentiellement dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et du Littoral. La Coopération belge est présente dans la région de l'Extrême-Nord et le Sald dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et de l'Ouest. La BAD a initié en 2006 des études pour mettre en place des MS dans onze districts de santé des régions du Sud et du Centre. Citons encore par exemple la mutuelle MULEMACARE<sup>8</sup>, créée en 2018, qui intervient entre 50 et 80% des frais en fonction de la formule choisie et permet via sa complémentaire de prendre en charge entre 70 et 100 % des médicaments. Concernant la pathologie mentale de l'intéressée, une initiative de l'hôpital Jamot a mis en place une unité dédiée aux soins de santé mentale. Les soins de santé mentale y sont gratuits : Trois anciens locaux du service de psychiatrie ambulatoire ont été réhabilités pour former le « Village de l'Amour » (VDA), une unité impliquée dans la santé mentale communautaire qui, depuis 2021, se consacre aux soins des « Personnes Atteintes d'une Maladie Mentale et Errantes (PAMME) ». Pour les équipes mobiles de santé mentale, composées d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux, d'éducateurs et de membres de la communauté urbaine de Yaoundé, tous bénévoles, il s'agit de parcourir les rues de la capitale pour repérer, identifier et prendre en charge ces personnes en vue de leur réhabilitation et de leur réintégration dans leur famille. Une fois arrivées au Village de l'Amour, les personnes sont accueillies, évaluées par des psychiatres et prises en charge par des infirmiers et des psychologues. Elles bénéficient de soins d'hygiène, de médicaments, d'un programme nutritionnel, de séances d'ergothérapie et de rééducation, ainsi que d'actions de réinsertion sociale et professionnelle. Il existe actuellement 7 équipes communautaires composées de 6 bénévoles, dont des infirmières hospitalières, qui se rendent dans les familles une fois par mois pour faire des injections et distribuer des comprimés ». Le Centre de santé mentale Benoît Menni est un autre lieu où les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être traitées. La prise en charge médicale et paramédicale des patients est assurée par le dispensaire, le centre de jour pour les activités d'ergothérapie et les consultations externes. Son objectif est de réhabiliter les personnes souffrant de maladies mentales et de les aider à se réinsérer dans leur environnement social en démystifiant la maladie. Le centre accueille des stagiaires des écoles privées catholiques, des infirmières, des bénévoles et des coopérants, et forme des spécialistes de la santé mentale. À l'hôpital général de Douala, la consultation d'un psychiatre coûte 7 000 CFA. Il n'y a pas de délai d'attente pour obtenir un rendez-vous. Une personne de contact de MedCOI Belgique explique qu'une consultation à l'hôpital Laquintinie coûte environ 4 000 à 5 000 francs CFA.<sup>9</sup> Rappelons que dans le dossier médical fourni par la requérante, aucune contre-indication actuelle pour le travail n'a été formulée par un médecin compétent en ce domaine. Elle pourrait ainsi trouver de l'emploi dans son pays d'origine pour financer ses soins. Notons que le CCE a déterminé que la seule possibilité de travailler suffit à démontrer l'accessibilité effective aux soins. Les autres informations plus générales étant apportées en parallèle de cette capacité à travailler (Arrêt du CCE 240011 du 25.08.2020). Notons aussi que la requérante a déclaré lors de sa demande d'asile avoir déjà travaillé au Cameroun comme commerçante<sup>10</sup>. Elle pourrait ainsi reprendre plus facilement une activité de ce type. En outre, elle reste en défaut de démontrer qu'il ne pourrait faire appel à une mutuelle de santé ou aux autres possibilités de soins susmentionnées au Cameroun. Le conseil de la requérante affirme que les soins ne seraient pas accessibles dans le pays d'origine et cite pour appuyer son propos différents documents. Il évoque d'abord différents éléments tels que la corruption et le faible investissement de l'Etat dans les soins de santé, l'espérance de vie des Camerounais, la sécurité sociale qui ne concernerait que le secteur formel (10 % de la population active), les conflits armés, le recours à la médecine indigène et aux pharmacies clandestines, le coût élevé des assurances privées au regard de la pauvreté de la population. Or, ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Il lui appartenait de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021). Force est de constater que le conseil de la requérante se borne à évoquer effectivement ici une situation générale sans pour autant faire de lien concret ou précis avec la situation personnelle de sa cliente de sorte qu'il ne démontre pas, d'une part, que cette dernière subirait de facto les conséquences des difficultés évoquées et, d'autre part, que ces difficultés lui rendraient impossible l'accès aux soins dont elle a besoin si elle devait y faire face. Il évoque ensuite plus particulièrement le cas des personnes atteintes du VIH et des ruptures de stock de médicaments et de leur coût élevé sans plus de précision. On ne sait ainsi pas si le traitement de la

*requérante en particulier serait sujet actuellement à de tels problèmes d'approvisionnement ou de coût, or il lui appartient de le démontrer. Il convient aussi de relever qu'un médicament n'est signalé dans la banque de données MedCOI comme disponible que lorsqu' « il n'y a pas de problème d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche ». Or, en l'espèce, l'ensemble des médicaments nécessaires à la requérante sont repris dans cette banque de données sans qu'il ne soit fait état d'un problème de rupture de stock. En outre, les sources invoquées par la requérante ne sont pas de nature à renverser ce constat dès lors qu'elles sont antérieures aux requêtes MedCOI. S'en suit alors dans la requête une série de statistiques sur le HIV au Cameroun, ces chiffres issus d'études plus ou moins anciennes ne sont pas d'avantage la preuve de l'indisponibilité ou de l'inaccessibilité des soins nécessaires pour la requérante en particulier. Quant aux discriminations envers les personnes atteintes du VIH avancées par le conseil de la requérante, notons que les exemples relevés par l'association concernent des femmes enceinte dans un hôpital de Yaoundé non spécifié par ailleurs. Même s'il semble reconnu qu'il puisse exister des discriminations envers les personnes atteintes de HIV au Cameroun, il ne s'agit pour autant manifestement pas d'une généralité. Cela n'est en tout cas pas la preuve définitive de l'inaccessibilité aux soins dont la requérante a besoin alors que ceux-ci y sont effectivement disponibles et financièrement accessibles. Par ailleurs, rappelons que le Conseil du Contentieux des Etrangers a jugé à plusieurs reprises qu'il appartenait à un requérant de s'installer dans son pays d'origine là où les soins sont disponibles (par ex. : arrêt n°57372 du 04.03.2011) mais aussi que la disponibilité des soins doit être établie au niveau du pays et non d'une région spécifique d'où proviendrait un demandeur (arrêt n°168755 du 31.05.2016). Le CCE a en outre indiqué qu'une faible couverture des soins au niveau d'une région de provenance en particulier ne permet pas de démontrer, in concreto, que le requérant ne pourrait pas en bénéficier alors que la disponibilité a été démontrée au niveau national (arrêt n°248242 du 27.01.2021). Concernant le traitement médicamenteux, ajoutons que rien n'empêche la requérante d'emporter ses médicaments de Belgique ni de s'en faire prescrire suffisamment en Belgique pour assurer une meilleure transition et éviter tout risque d'interruption lors du retour (Arrêt CCE 230059 du 11.12.2019). De même, la prise de rendez-vous pour le suivi peut également être déjà effectuée avant le retour. Rappelons que c'est au requérant qui sollicite une autorisation de séjour à apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique. C'est dès lors à lui qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui lui sont nécessaires ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine. (voir notamment Arrêts CCE n°249 900 du 25.02.2021 et n° 251 125 du 17.03.2021). Quod non. Rappelons enfin qu'il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Ce qui est le cas en l'espèce. Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Cameroun. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume Unis du 06 février 2001, §38). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine. »*

Cette motivation n'est pas utilement remise en cause par la requérante.

En ce qui concerne le grief tiré de l'article de presse du média AFP Actuel, lequel évoque des dysfonctionnements dans la disponibilité et l'accessibilité des traitements antirétroviraux au Cameroun, il ne permet pas de démontrer que les soins et les suivis médicaux dont a précisément besoin la requérante ne seraient pas accessibles dans son pays d'origine.

En effet, cet article se limite à relater des difficultés générales de gestion et de financement de la lutte contre le VIH, sans apporter d'éléments concrets établissant une impossibilité, pour la requérante, d'accéder effectivement au traitement et au suivi nécessaires à sa prise en charge.

S'agissant de l'argumentation relative à la décision n°3908 du 2 décembre 2021 du Ministère de la Santé du Cameroun, selon laquelle les examens de suivi biologique seraient gratuits pour les personnes vivant avec le VIH, la requérante se borne à soutenir qu'il ne s'agirait que d'une décision politique dont l'effectivité ne serait pas démontrée. Ce faisant, elle n'établit nullement que ladite mesure n'a pas été mise en œuvre, mais se limite à se fonder sur l'hypothèse selon laquelle son application serait incertaine, sans en apporter la preuve. Elle n'établit dès lors pas davantage que les soins et les suivis médicaux dont elle a besoin ne seraient pas accessibles dans son pays d'origine.

En ce qui concerne les sources produites par la requérante à l'appui de sa demande, lesquelles évoquent des difficultés relatives à la disponibilité et à l'accessibilité des traitements et suivis médicaux précités, il ressort de la motivation de l'avis médical reproduit ci-avant que le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse n'en a pas fait fit comme elle le prétend, mais en a bel et bien tenu compte, tout en estimant que ces éléments ne permettraient pas de conclure à une indisponibilité et une inaccessibilité effective desdits soins dans le pays d'origine. La requérante ne remet pas valablement en cause les conclusions dudit avis à cet égard. Aucune analogie

ne peut donc être opérée avec l'arrêt du Conseil n° 250 810 du 11 mars 2021, lequel sanctionnait le fait que la partie défenderesse ait « *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* ».

Quant à l'argumentation relative aux mutuelles présentées par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse en terme d'avis médical, le Conseil observe que la requérante reste en défaut de rencontrer valablement les constats posés dans ledit avis desquels il ressort notamment qu' « *aucune contre-indication actuelle pour le travail n'a été formulée par un médecin compétent en ce domaine. Elle pourrait ainsi trouver de l'emploi dans son pays d'origine pour financer ses soins. Notons que le CCE a déterminé que la seule possibilité de travailler suffit à démontrer l'accessibilité effective aux soins. Les autres informations plus générales étant apportées en parallèle de cette capacité à travailler (Arrêt du CCE 240011 du 25.08.2020). Notons aussi que la requérante a déclaré lors de sa demande d'asile avoir déjà travaillé au Cameroun comme commerçante. Elle pourrait ainsi reprendre plus facilement une activité de ce type* ».

Dès lors, à supposer même que la requérante ne puisse bénéficier d'une quelconque couverture sociale au Cameroun (via une couverture sociale publique, une mutuelle, une assurance de santé privée ou encore une initiative telle que celle proposée par l'hôpital Jamot mentionnée dans l'avis médical), il doit être tenu pour établi qu'elle n'a pas démontré qu'elle ne pourrait pas faire usage de fonds dont elle disposerait en travaillant dans son pays d'origine, par exemple. Les critiques de la requérante sur les mutuelles et l'initiative proposée par l'hôpital Jamot sont donc sans pertinence.

Surabondamment, le Conseil relève que ce qui importe pour apprécier l'accessibilité aux soins requis, c'est que les soins soient accessibles à la requérante, que ces soins soient rendus accessibles par un organisme public, privé ou d'aide internationale. L'allégation de la requérante, selon laquelle « *plus de la moitié des mutuelles ayant vu le jour depuis 2006 n'existent plus et qu'elles présentent des faiblesses et vulnérabilités* » ne démontre pas qu'elle ne pourrait effectivement souscrire à l'une de ces mutuelles, dans la mesure où la moitié d'entre elles existerait encore et que la requérante ne démontre pas ne pas pouvoir en bénéficier. S'agissant de la MUCOSANY, mutuelle citée à titre d'exemple par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, la requérante se contente de citer un passage de l'avis dudit médecin relatif à la description de cette mutuelle et d'indiquer qu' « *étant originaire de Bana et n'ayant jamais vécu à Yaoundé, cette référence manque de pertinence et ne permet pas de démontrer qu'elle pourrait avoir accès financièrement à l'ensemble des soins médicaux dont elle a besoin* ». Ce faisant, elle n'en conteste pas l'existence et ne démontre nullement ne pas pouvoir y faire appel, en s'installant à Yaoundé, par exemple.

Quant à l'arrêt du Conseil n° 312 205 du 2 septembre 2024, force est de constater que la requérante ne démontre pas que sa situation est similaire à celle qui y a donné lieu, celle-ci ne souffrant pas de la même pathologie et ne contestant pas qu'elle est en l'occurrence capable de travailler. Or, il incombe au requérant qui entend s'appuyer sur une situation qu'il prétend comparable, d'établir la comparabilité de la situation avec la sienne. Dès lors, il ne suffit pas de mentionner l'extrait d'un arrêt, encore faut-il démontrer la comparabilité de la situation individuelle à la situation invoquée, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

S'agissant de la MULEMACARE citée également, à titre d'exemple, par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, la requérante se contente de reprocher audit médecin de ne pas fournir d'information « *concernant les conditions d'accès précises à cette mutuelle qui permettrait de conclure que la requérante pourrait en bénéficier en cas de retour au Cameroun* ». Or, s'il est exact que « *la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité de traitement adéquat dans le pays d'origine, ne pèse pas exclusivement sur le demandeur* », il ne saurait être prétendu que la partie défenderesse, qui a cité l'existence de la MULEMACARE parmi d'autres éléments lui permettant de conclure à l'accessibilité du traitement et des soins requis, avait l'obligation de renseigner les conditions d'accès précises de cette mutuelle en particulier. Il ne peut dans ce cadre à nouveau qu'être constaté que la requérante n'établit pas la comparabilité de sa situation avec celles ayant donné lieu aux arrêts du Conseil n° 250 810 du 11 mars 2021 et n° 312 430 du 3 septembre 2024 qu'elle invoque. La requérante ne peut davantage être suivie en ce qui concerne l'initiative de l'hôpital Jamot telle que présentée par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse dans son avis médical. En effet, la critique selon laquelle elle « *visé les personnes vivant à Yaoundé* » ne permet nullement de conclure que ladite initiative ne serait pas accessible à la requérante, qui ne démontre aucune impossibilité de s'installer à Yaoundé. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'avoir égard à l'arrêt du Conseil n° 128 269 du 27 août 2014, la requérante restant, à nouveau, en défaut d'établir la comparabilité des causes en présence.

Quant au Centre de santé mentale Benoît Menni et au coût d'une consultation auprès d'un psychiatre à l'hôpital Laquintinie, il y a lieu de constater que la requérante se borne à reprocher à la partie défenderesse un manque d'informations à leur sujet, sans toutefois soutenir que la motivation de l'avis médical ayant fondé l'acte attaqué sur ce point ne lui permettrait pas d'en comprendre les justifications.

Concernant le grief fait à la partie défenderesse d'avoir considéré que la requérante « *aurait dû davantage individualiser sa demande* », le Conseil observe que celle-ci se limite à souligner que « *les informations déposées ont trait spécifiquement à la situation et aux besoins médicaux précis de la requérant* » et qu'elles « *comprennent, en effet, à la fois des informations concernant sa maladie et des informations concernant l'absence de disponibilité et d'accessibilité des soins pour 90% des Camerounais ne bénéficiant pas de la sécurité sociale et remplissent dès lors les exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980* ». Ce faisant, la requérante se borne en réalité à prendre le contre-pied de l'acte attaqué et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis en l'absence de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

Le Conseil ne peut que relever que la seule circonstance que les informations issues de rapports généraux que la requérante avait fait valoir à l'appui de sa demande soient différentes de celles résultant des documents dont le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse fait état à l'appui de l'avis médical fondant l'acte attaqué ne suffit pas pour conclure, ainsi que le fait la requérante, que la partie défenderesse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation, ajouté une condition à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ou violé les dispositions invoquées à l'appui du moyen unique. Quant à la jurisprudence du Conseil citée par la requérante à l'appui de son argumentation sur ce point, il y a à nouveau lieu de relever qu'elle n'établit pas la comparabilité des causes en présence, en sorte qu'il ne convient pas d'y avoir égard.

En ce qui concerne la circonstance que la requérante estime que « *[l]a référence jurisprudentielle qui est faite par la partie [défenderesse] n'est [...] pas pertinente* », elle ne permet pas de conclure que la partie défenderesse – dont le fonctionnaire médecin a valablement motivé l'avis médical fondant l'acte attaqué sur la base de nombreux autres éléments, comme il a été exposé ci-dessus – aurait commis une erreur manifeste d'appréciation ou manqué à son obligation de motivation. Il en va de même en ce qui concerne les critiques formulées par la requérante à l'égard de la motivation de l'avis médical fondant l'acte attaqué quant au stock de médicaments qu'elle pourrait se constituer en Belgique, à la dimension qualitative des soins au Cameroun et à la référence à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

3.4. S'agissant de la deuxième branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'une demande d'autorisation de séjour, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, n'est pas une demande de protection subsidiaire, contrairement à ce qui est affirmé par la requérante.

En effet, dans un arrêt M'Bodj, rendu le 18 décembre 2014, rappelant que « *les trois types d'atteintes graves définies à l'article 15 de la directive 2004/83 constituent les conditions à remplir pour qu'une personne puisse être considérée comme susceptible de bénéficier de la protection subsidiaire, lorsque, conformément à l'article 2, sous e), de cette directive, il existe des motifs sérieux et avérés de croire que le demandeur court un risque réel de subir de telles atteintes en cas de renvoi dans le pays d'origine concerné [...]* », la Cour de justice de l'Union européenne a indiqué que « *Les risques de détérioration de l'état de santé d'un ressortissant de pays tiers ne résultant pas d'une privation de soins infligée intentionnellement à ce ressortissant de pays tiers, contre lesquels la législation nationale en cause au principal fournit une protection, ne sont pas couverts par l'article 15, sous a) et c), de ladite directive, puisque les atteintes définies à ces dispositions sont constituées, respectivement, par la peine de mort ou l'exécution et par des menaces graves et individuelles contre la vie ou la personne d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé interne ou international. L'article 15, sous b), de la directive 2004/83 définit une atteinte grave tenant à l'infliction à un ressortissant de pays tiers, dans son pays d'origine, de la torture ou de traitements ou sanctions inhumains ou dégradants. Il résulte clairement de cette disposition qu'elle ne s'applique qu'aux traitements inhumains ou dégradants infligés à un demandeur dans son pays d'origine. Il en découle que le législateur de l'Union n'a envisagé l'octroi du bénéfice de la protection subsidiaire que dans les cas où ces traitements ont lieu dans le pays d'origine du demandeur. [...] Il s'ensuit que le risque de détérioration de l'état de santé d'un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie résultant de l'inexistence de traitements adéquats dans son pays d'origine, sans que soit en cause une privation de soins infligée intentionnellement à ce ressortissant de pays tiers, ne saurait suffire à impliquer l'octroi du bénéfice de la protection subsidiaire à celui-ci. [...]* » (CJUE, 18 décembre 2014, M'Bodj, C-542/13, points 31 à 33, et 36). L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne relève donc pas du champ d'application de la directive 2004/83/CE. L'argumentation développée par la requérante manque dès lors en droit à cet égard.

En tout état de cause, quant à la circonstance que la requérante n'a pas été entendue avant l'adoption de l'acte attaqué, le Conseil souligne que cette décision fait suite à la demande d'autorisation de séjour introduite par la requérante et a été prise au regard de l'ensemble des éléments produits par cette dernière à l'appui de sa demande. La requérante a donc eu la possibilité de faire valoir tous les éléments susceptibles d'avoir une influence sur l'examen de sa demande d'autorisation de séjour, de sorte que le Conseil ne peut

conclure à une quelconque violation du droit d'être entendu. En tout état de cause, la requérante reste en défaut de démontrer que l'acte attaqué aurait été différent si elle été entendue préalablement à l'adoption de l'acte attaqué, dès lors qu'elle s'abstient d'avancer quelconque élément pertinent qu'elle aurait voulu faire valoir.

A toutes fins utiles, le Conseil rappelle également, s'agissant de la violation alléguée de l'article 41 de la Charte, que la Cour de justice de l'Union européenne a indiqué, dans un arrêt C166/13, rendu le 5 novembre 2014, qu' « *il résulte clairement du libellé de l'article 41 de la Charte que celui-ci s'adresse non pas aux États membres, mais uniquement aux institutions, aux organes et aux organismes de l'Union [...]. Partant, le demandeur d'un titre de séjour ne saurait tirer de l'article 41, paragraphe 2, sous a), de la Charte un droit d'être entendu dans toute procédure relative à sa demande* » (§ 44). Le grief est donc irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de l'article 41 de la Charte.

3.5. Il découle de l'ensemble des éléments qui précèdent que la requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen unique, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

#### **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 requête en suspension et annulation est rejetée.

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

M. OSWALD, premier président,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, Le président,

A. KESTEMONT

M. OSWALD