



Arrêt

n° 191 294 du 1^{er} septembre 2017
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 26 juin 2014, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 5 mai 2014.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 30 mai 2017 convoquant les parties à l'audience du 28 juin 2017.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me C. DEBOUYALSKI *loco* Me C. VERBROUCK, avocat, qui comparaît avec la partie requérante, et Me N. SCHYNTS *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, 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 en Belgique en juillet 2011.

1.2 Le 17 octobre 2012, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Le 19 décembre 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Le 5 février 2013, la partie défenderesse a retiré ces décisions et le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a constaté le désistement d'instance dans son arrêt n° 102 335 du 6 mai 2013.

1.3 Le 26 juillet 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2 et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant, décisions annulées par le Conseil dans son arrêt n°114 165 du 21 novembre 2013.

1.4 Le requérant a actualisé la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2 le 26 mars 2013, le 30 septembre 2013 et le 10 janvier 2014.

1.5 Le 5 mai 2014, la partie défenderesse a rejeté la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2 et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 27 mai 2014, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour :

« Motifs :

Le Médecin de l'Office des Étrangers (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 21.03.2014, (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 rien 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 à son pays d'origine.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins de santé au Cameroun.

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

Dès lors,

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

2) *Du point de vue médical, nous pouvons conclure que la pathologie dont souffre l'intéressé, n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible au Cameroun.*

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH. »

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire visant le requérant :

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

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

L'étranger n'est pas en possession d'un passeport avec un VISA valable. Sa demande 9ter du 17.10.2012 à [sic] été rejetée (non fondé) en date du 05.05.2014. Le requérant n'est pas autorisé au séjour.»

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et des « principes de bonne administration, notamment le devoir de minutie, l'obligation de prendre en compte l'ensemble des éléments de la cause, le principe de précaution, le principe de légalité et de spécialité des compétences administratives. »

2.2 Dans une première branche, relative à la disponibilité des soins, la partie requérante fait valoir que « [...] la partie adverse se réfère à l'avis de son médecin fonctionnaire qui lui-même fait référence à deux rapports MedCOI et quatre sites internet pour considérer que le traitement [du requérant] serait disponible dans son pays d'origine, le Cameroun. Alors que, rien, dans le dossier administratif, ne permet de conclure que le traitement [du requérant], à savoir la trithérapie par efavirenz, tenofovir et emtricitabine, le suivi spécialisé par des spécialistes de l'infection par le VIH et des médecins internistes, la mesure de la charge virale et le comptage des CD4, serait disponible au Cameroun. Selon les rapports MedCOI, les antirétroviraux équivalents à l'Atripla seraient disponibles à l'hôpital de Yaoundé et au centre hospitalier d'Essos, également situé à Yaoundé. Ces informations ne concernent donc que la ville de Yaoundé alors que [le requérant] est originaire et a toujours vécu à Befang-Wum, région située à près de 450 km de Yaoundé. La partie adverse considère également que la disponibilité de l'efavirenz, du tenofovir et de l'emtricitabine serait confirmée par leur présence dans la liste des médicaments essentiels dont l'OMS garantit la disponibilité, faisant référence au site internet de l'OMS. En consultant le site internet en question, la liste des médicaments essentiels du Cameroun la plus récente date de 2009. La préface du document expose que : « Le concept de médicaments essentiels a été utilisé pour la première fois par l'OMS dans les années 70 pour permettre aux Etats Membres de faire face à la prolifération des médicaments sur le marché en tirant un meilleur rapport coût/efficacité des ressources allouées à la santé grâce à une sélection et à une gestion rationnelle des médicaments. Les médicaments essentiels permettent de soigner à moindre coût et de manière efficace la majorité des pathologies d'une région donnée. (...) Il s'agit d'un outil essentiel d'aide à l'usage rationnel des produits pharmaceutiques et à la standardisation des analyses de biologie médicale » [...]. Il en découle que le fait que l'efavirenz, du tenofovir et de l'emtricitabine se trouvent repris dans la liste des médicaments essentiels ne constitue en rien une garantie de disponibilité. Il s'agit seulement d'un outil de santé public ou de recommandations de l'OMS. La partie adverse cite également l'hôpital central de Yaoundé et le centre pasteur qui disposeraient d'un service d'hôpital de jour et d'un laboratoire d'analyse médicale et de recherche. Il ressort des sites internet référencés par la partie adverse que ces deux centres hospitaliers se situent également à Yaoundé [...]. Concrètement, le médecin conseil de l'Office des étrangers n'apporte aucun élément pertinent et suffisant permettant de conclure à l'accessibilité du traitement et des médicaments nécessaires pour [le requérant]. Il faut en conclure en l'espèce que la partie adverse n'a pas suffisamment motivé sa décision en ce qui concerne la disponibilité des soins dans l'ensemble du pays d'origine et a émis des conclusions contraires au dossier administratif en commettant une erreur manifeste d'appréciation. Par-là, la partie adverse a manqué à ses obligations d'examen complet et circonstancié du risque de violation de l'article 3 de la CEDH et son obligation de motivation formelle et a donc violé les articles 3 et 13 de la CEDH, les articles 9^{ter} et 62 de la loi du [15 décembre 1980], les articles 2 et 3 de la loi du [29 juillet 1991,] les principes de bonne administration, notamment le devoir de minutie et le principe de précaution. »

2.3 Dans une deuxième branche, relative à l'accessibilité des soins, la partie requérante allègue que « [...] la partie adverse considère que les soins nécessaires seraient accessibles [sic] pour le requérant au pays d'origine, se fondant sur [sic] Alors que, en ce qui concerne l'accessibilité des soins, il y a lieu de se référer à l'observation générale No 14 du Comité des Droits économiques sociaux et culturels, E/C.12/2000/14, §12 (b) : « Accessibilité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'Etat partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement : Non-discrimination, Accessibilité physique, accessibilité économique (abordabilité), accessibilité de l'information ». « Accessibilité économique (abordabilité): les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de

l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés. » Les soins ne peuvent donc être considérés comme accessibles que s'ils le sont à tous, sans discrimination, notamment selon la zone géographique ou la situation économique. Or ressort des développements de la première branche que les seuls hôpitaux et laboratoires qui seraient apparemment disponibles se situent à Yaoundé. [Le requérant] étant originaire et ayant toujours vécu à Befang-Wum, région située à près de 450 km de Yaoundé, il faut en conclure qu'en cas de retour au pays, les soins ne seraient tout d'abord pas accessibles d'un point de vue géographique. Par ailleurs, pour des raisons économiques, les soins nécessaires ne seraient pas disponibles pour [le requérant] et la partie adverse ne pouvait arriver à la conclusion contraire sur base du dossier administratif. En effet, premièrement la partie adverse se réfère aux informations du Centre des Liaisons Européennes Internationales de Sécurité Sociales – CLEISS – [...]. Celles-ci ne sont pas pertinentes dès lors que le rapport décrit un système de sécurité sociale qui comporte trois branches : accidents du travail-maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités – vieillesse et décès. Outre que [le requérant] ne se trouve dans aucun de ces cas de figure, ces prestations ne sont en tout état de cause ouvertes qu'aux personnes qui ont déjà travaillé au Cameroun, ce qui n'est pas non plus le cas du requérant. Deuxièmement, la partie adverse avance qu'en 1962 un service national de santé dispensant un certain nombre de soins aurait été mis en place au Cameroun. Toutefois, cette information ne repose sur aucun élément au dossier administratif et est trop générale. Ensuite, la partie adverse souligne qu'il existe des assurances santé privées au Cameroun, ce que le requérant ne remet pas en cause. Toutefois, au vu de la situation économique du requérant et son isolement, il est évident qu'il ne pourrait bénéficier de ce service. La partie adverse se fonde sur un rapport de 2009 de l'Observatoire des ressources humaines pour la santé de l'Afrique de mars 2009 pour noter qu'un système de mutuelles de santé aurait été mis en place. Le rapport précise que : « Par ailleurs, la mise en œuvre de la SSS entre 2001 et 2006 a favorisé le lancement du processus de couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé. Celles-ci participent de la promotion des mécanismes alternatifs de financement de la santé. En 2006, 120 mutuelles de santé couvrant 2.348 ménages ont été mises sur pied. De même, le gouvernement est en train de peaufiner l'approche nationale de l'assurance maladie » [...]. Il est donc évident à la lecture du rapport cité par la partie adverse que le système de mutuelle mis en place est encore à l'heure actuelle expérimentale et ne touche qu'une infime partie de la population camerounaise. Ensuite, la partie adverse cite quelques programmes nationaux et internationaux dont l'objectif est de rendre accessible les antirétroviraux au Cameroun. Toutefois, il faut souligner que le descriptif de ces programmes ne permettent pas de [sic] [.] La partie adverse fait enfin référence à la plaquette d'information de l'UNFPA pour conclure que les antirétroviraux seraient gratuits depuis 2007 alors que le rapport précise que : « Le Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA (2006-2010) regroupe un large assortiment de stratégies qui englobent les soins, la prévention, l'appui et le traitement, mais la pratique sur le terrain est quelquefois différente. Les services de Conseils et de Dépistage Volontaire ont été étendus, mais leur disponibilité, et leur accessibilité en zone rurale constituent encore un problème. Les gens sont parfois réfractaires à utiliser les Centres de Traitement Agréés en raison de la stigmatisation associée à ces lieux, et les jeunes filles et femmes subissent parfois les attitudes discriminatoires des professionnels de la santé. Les ARV sont gratuits et disponibles depuis Mars 2007, date avant laquelle ils étaient rares » [...]. Il en découle que ce n'est que dans le cadre d'un plan spécifique que les antirétroviraux ont été disponibles gratuitement et qu'en outre, d'autres obstacles de terrain ne permettaient pas une accessibilité suffisante. En tout état de cause, il existe de nombreux antirétroviraux différents et rien ne permet de penser que les médicaments spécifiques nécessaires pour [le requérant] étaient visés par le programme national. Enfin, il n'est pas tenu compte dans la décision entreprise du fait que le requérant est orphelin (ce qui ressort du dossier administratif) et qu'il n'a dès lors aucun réseau familial prêt à le soutenir en cas de retour. De plus, la partie adverse ne peut ignorer que le requérant a quitté son pays d'origine depuis l'âge de 17 ans. Il n'a plus aucun contact au pays et personne n'est informé de sa maladie qu'il a découverte ici. En cas de retour, [le requérant] serait complètement isolé et ne pourrait compter sur aucun réseau social ou familial pour le soutenir et l'aider à poursuivre son traitement. En conclusions [sic], il ressort de la motivation de la décision entreprise que la partie adverse n'a pas pris en considération la situation particulière et individuelle du requérant. L'argumentation de la partie adverse est donc à la fois non adéquate et incomplète au vu des éléments produits par le requérant, étayés par les certificats médicaux et l'information objective sur l'accès aux traitements médicaux au Cameroun. En conséquence, la partie adverse a violé les articles 3 et 13 de la CEDH, les articles 9^{ter} et 62 de la loi du

[15 décembre 1980], les articles 2 et 3 de la loi du [29 juillet 1991,] les principes de bonne administration, notamment le devoir de minutie et le principe de précaution. »

2.4 Dans une troisième branche, la partie requérante estime que « [...] la partie adverse se réfère à l'avis médical du 20.03.2014 qui contient des motifs d'ordre médical et des considérations d'ordre juridique, notamment quant aux limites de la procédure fondée sur l'article 9^{ter} de la loi du [15 décembre 1980]. Alors que l'article 9^{ter}, §1^{er}, al.5, de la loi du [15 décembre 1980] encadre la mission du médecin de l'Office des étrangers : [...] L'alinéa 1^{er} visé dans l'extrait stipule que : [...] Il en découle que le médecin de l'Office des étrangers doit se prononcer sur la maladie et son degré de gravité, le traitement nécessaire et le risque pour la vie ou le risque de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine lorsque le traitement n'est pas disponible ou accessible. Il ne revient dès lors pas au médecin de l'Office des étrangers d'émettre un avis sur le champ d'application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. En procédant de la sorte, la partie adverse a violé le principe de légalité et de spécialité des compétences administratives et l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le requérant estime que le moyen est sérieux. »

3. Discussion

3.1 En l'espèce, sur le moyen unique, en ses trois branches réunies, à titre liminaire, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué.

Le Conseil constate qu'en l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière les actes attaqués violeraient concrètement l'article 13 de la CEDH. Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition.

3.2.1 Sur le reste du moyen unique, en ses deux premières branches, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9^{ter} 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 [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9^{ter}, 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.

Le Conseil rappelle également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où le requérant – qui a été assisté d'un conseil lors de l'introduction de sa demande – doit être tenu pour complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application, il lui incombait de transmettre à l'appui de la demande tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine.

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

3.2.2 En l'espèce, la motivation de la première décision attaquée est fondée sur le rapport du médecin conseiller, daté du 21 mars 2014, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que le requérant est atteint actuellement d' « *Infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH)* », pathologie pour laquelle le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Cette motivation, qui se vérifie à l'examen du dossier administratif, n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne à prendre le contre-pied de la décision attaquée 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.

3.2.3 S'agissant de la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, d'une part, quant au grief fait à la partie défenderesse d'avoir fondé sa motivation sur le fait que les soins et le suivi médical sont disponibles à Yaoundé alors que le requérant a toujours vécu à Befang-Wum, région située à près de 450 km de Yaoundé, le Conseil observe que la partie requérante reste en défaut d'établir que le requérant ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins et le suivi médical sont disponibles et ce, d'autant que la demande n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard dans sa demande (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464).

D'autre part, s'agissant de l'utilisation, par le médecin conseiller de la partie défenderesse, d'un document relatif à la liste des médicaments essentiels du Cameroun, il apparaît que les critiques de la partie requérante sont dénuées de pertinence, dans la mesure où il ressort des documents issus de la base de données MedCOI que l'efavirenz, l'emtricitabine et le tenofovir sont disponibles au Cameroun.

3.2.4 S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le Conseil renvoie à ce qu'il a jugé *supra*, au point 3.2.3, en ce qui concerne leur accessibilité géographique.

En ce que la partie requérante fait grief au médecin conseiller de la partie défenderesse de se référer aux informations du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, dont elle

estime que les informations qu'il contient ne sont « pas pertinentes » dès lors qu' « [o]utre que [le requérant] ne se trouve dans aucun de ces cas de figure, ces prestations ne sont en tout état de cause ouvertes qu'aux personnes qui ont déjà travaillé au Cameroun, ce qui n'est pas non plus le cas du requérant », le Conseil observe que la partie requérante reste en défaut de contester le médecin conseiller lorsque celui-ci précise qu' « [...] *aucun élément médical n'est présent au dossier en vue de démontrer une incapacité de travail et que le requérant est en âge de travailler. Rien ne démontre dès lors qu'il serait exclu du marché du travail au pays d'origine et qu'il ne pourrait financer ses soins médicaux* ». A cet égard, le Conseil rappelle que c'est à la partie requérante, qui a introduit une demande d'autorisation de séjour, d'apporter la preuve des éléments qu'elle allègue, tandis que l'administration n'est, quant à elle, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des circonstances dont celle-ci se prévaut sous peine d'être placée dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (voir, notamment, C.E., n°109.684 du 7 août 2002 et C.C.E., n° 10.156 du 18 avril 2008 et n° 27 888 du 27 mai 2009). Il en va de même en ce qui concerne l'affirmation de la partie requérante relative aux assurances santé privées au Cameroun selon laquelle « [...] au vu de la situation économique du requérant et son isolement, il est évident qu'il ne pourrait bénéficier de ce service. »

En tout état de cause, cet argumentaire de la partie requérante relatif à l'absence d'activité professionnelle du requérant n'est pas de nature à justifier l'annulation de la première décision attaquée, le rapport du fonctionnaire médecin mentionnant également qu' « [...] *il existe depuis 2000 au Cameroun, le Plan National de lutte contre le SIDA. Celui-ci regroupe un large assortiment de stratégies qui englobent les soins, la prévention, l'appui et le traitement. Les antirétroviraux (ARV) sont gratuits et disponibles depuis 2007* ». A cet égard, en ce que la partie requérante allègue que « [l]a partie adverse fait enfin référence à la plaquette d'information de l'UNFPA pour conclure que les antirétroviraux seraient gratuits depuis 2007 alors que le rapport précise que : « Le Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA (2006-2010) regroupe un large assortiment de stratégies qui englobent les soins, la prévention, l'appui et le traitement, mais la pratique sur le terrain est quelquefois différente. Les services de Conseils et de Dépistage Volontaire ont été étendus, mais leur disponibilité, et leur accessibilité en zone rurale constituent encore un problème. Les gens sont parfois réfractaires à utiliser les Centres de Traitement Agréés en raison de la stigmatisation associée à ces lieux, et les jeunes filles et femmes subissent parfois les attitudes discriminatoires des professionnels de la santé. Les ARV sont gratuits et disponibles depuis Mars 2007, date avant laquelle ils étaient rares » [...]. Il en découle que ce n'est que dans le cadre d'un plan spécifique que les antirétroviraux ont été disponibles gratuitement et qu'en outre, d'autres obstacles de terrain ne permettaient pas une accessibilité suffisante. En tout état de cause, il existe de nombreux antirétroviraux différents et rien ne permet de penser que les médicaments spécifiques nécessaires pour [le requérant] étaient visés par le programme national. », le Conseil constate que les antirétroviraux de première ligne sont disponibles et gratuits depuis 2007 suite à une nouvelle législation, de sorte que la partie requérante n'établit pas qu'ils ne sont disponibles gratuitement que dans le cadre d'un plan spécifique et que le traitement médical du requérant n'est pas accessible.

Ensuite, en ce que la partie requérante fait valoir que la référence au service national de santé est trop générale et que « [l]a partie adverse se fonde sur un rapport de 2009 de l'Observatoire des ressources humaines pour la santé de l'Afrique de mars 2009 pour noter qu'un système de mutuelles de santé aurait été mis en place. [...]. Il est donc évident à la lecture du rapport cité par la partie adverse que le système de mutuelle mis en place est encore à l'heure actuelle expérimentale et ne touche qu'une infime partie de la population camerounaise. », le Conseil estime que la partie requérante reste en défaut d'étayer ses affirmations de manière concrète et de les mettre en perspective par rapport à la situation individuelle du requérant, de sorte qu'il ne peut en tenir compte.

En outre, le Conseil reste sans comprendre l'argumentation de la partie requérante selon laquelle « [...] la partie adverse cite quelques programmes nationaux et internationaux dont l'objectif est de rendre accessible les antirétroviraux au Cameroun. Toutefois, il faut souligner que le descriptif de ces programmes ne permettent pas de [sic] ».

Enfin, s'agissant de l'argumentation aux termes de laquelle la partie requérante soutient que la décision entreprise n'a pas pris en compte le fait que le requérant est orphelin et qu'il serait isolé en cas de retour

dans son pays d'origine, le Conseil estime que celle-ci n'explicite pas plus en quoi ces éléments auraient une influence sur l'accessibilité des soins et du suivi médical au pays d'origine.

3.3 S'agissant du grief selon lequel « l'avis médical du 20.03.2014 qui contient des motifs d'ordre médical et des considérations d'ordre juridique, notamment quant aux limites de la procédure fondée sur l'article 9ter de la loi du [15 décembre 1980]. [...] Il ne revient dès lors pas au médecin de l'Office des étrangers d'émettre un avis sur le champ d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 », le Conseil ne peut que constater le peu de précision quant à la critique de la partie requérante relative aux « considérations d'ordre juridique » reprochées à l'avis médical du médecin conseiller.

Par ailleurs, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980 « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». De ce fait, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, contrairement à ce que la partie requérante tente de faire accroire, ne limite pas la compétence du médecin à l'examen des éléments purement médicaux de la demande de séjour. Il en est d'autant plus ainsi que le risque dont l'appréciation est confiée au médecin est défini par l'alinéa 1^{er} de la même disposition comme étant le « risque réel pour [la] vie [du demandeur d'une autorisation de séjour] 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 [...] ». Force est dès lors de conclure que l'argumentation de la partie requérante manque en droit.

3.4 S'agissant enfin de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, *N. c. Royaume-Uni*, §§ 42-45).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises. Par conséquent, le Conseil considère que le moyen est inopérant, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

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

3.6 Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue le second acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen pertinent à son encontre.

Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que, d'autre part, la motivation du second acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

3.7 Le Conseil ne saurait avoir égard dans le cadre du présent contrôle de légalité aux documents envoyés par la partie requérante au Conseil postérieurement à la prise des décisions attaquées. Il rappelle, à cet égard, la jurisprudence administrative constante en vertu de laquelle les éléments qui n'avaient pas été invoqués par la partie requérante en temps utile, c'est-à-dire avant que l'autorité administrative ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 110.548 du 23 septembre 2002).

4. Débats succincts

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

4.2 Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande en 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 premier septembre deux mille dix-sept par :

Mme S. GOBERT, président f. f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffier.

Le greffier,

Le président,

E. TREFOIS

S. GOBERT