

## Arrêt

n° 248 711 du 4 février 2021  
dans l'affaire X / VII

**En cause : X**

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

**contre:**

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

**LA PRÉSIDENTE DE LA VI<sup>e</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 28 août 2020, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour, et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 17 juillet 2020.

Vu le titre I<sup>er</sup> 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 13 octobre 2020 convoquant les parties à l'audience du 5 novembre 2020.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, Présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me VANHAMME *loco* Me C. MARCHAND, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. Arrivé en Belgique sous le couvert d'un visa d'étudiant, le requérant a été mis en possession d'un titre de séjour, à ce titre, qui a été renouvelé jusqu'au 31 octobre 2019.

1.2. Le 20 mars 2019, il a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter 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 4 juillet 2019, la partie défenderesse l'a autorisé au séjour temporaire sur cette base, pour une durée d'un an.

1.3. Le 26 juin 2020, le requérant a demandé la prolongation de cette autorisation de séjour.

1.4. Le 17 juillet 2020, la partie défenderesse a refusé cette prolongation, et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre. Ces décisions, qui ont été notifiées au requérant, le 30 juillet 2020, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

*« Le problème médical invoqué par [le requérant] ne peut être retenu pour justifier la prolongation du titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 [...], comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.*

*Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Cameroun.*

*Dans son avis médical rendu le 08.07.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que la maladie qui avait donné lieu à un titre de séjour est en rémission complète. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles au requérant.*

*Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, le requérant est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.*

*Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.*

*Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ».*

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

*« En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter, datée du 26.06.2020, a été refusée en date du 17.07.2020 ».*

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

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter, 13, § 3, 2°, et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 (ci-après : l'arrêté royal du 17 mai 2007), des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), et « des principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause », ainsi que « du défaut de motivation » et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2.1. Dans une première branche, elle fait valoir qu'« En l'espèce, l'Office des Etrangers se fonde sur l'avis médical [d'un fonctionnaire médecin] établi le 8 juillet 2020 pour refuser au requérant de prolonger son titre de séjour sur la base de l'article 9ter au motif principal que « *les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé ; qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire [...]. Il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour de la requérante/du requérant* ». Le médecin conseil de l'Office des Etrangers aboutit à cette conclusion car le lymphome de Hodgkin dont souffre le requérant est en rémission complète et ne nécessite plus qu'un suivi médical ainsi qu'un éventuel soutien psychologique qui peuvent, selon lui, tous deux être assurés dans son pays d'origine. Ces éléments, constituent, à ses yeux, un « *changement radical et durable* » [...]. Le Docteur [X.], au sein des certificats médicaux type et circonstancié rédigés respectivement les 25 mai 2020 et 8 juin 2020, après avoir fait état d'une rémission métabolique complète, indique qu'un suivi étroit et spécialisé doit être maintenu durant 5 ans afin d'exclure une récidive et afin de suivre les comorbidités secondaires à la chimiothérapie. Elle précise, en outre, qu'en l'absence d'un tel suivi, il existe un risque de récidive qui engagerait le pronostic vital du requérant. Pour assurer le suivi précité, [le requérant] doit avoir accès à un service d'hématologie, d'oncologie, à une imagerie médicale adaptée dont notamment un CT-scan (CT : computerized tomography, appareil à rayons X permettant d'obtenir une imagerie en tranches des différentes parties du corps et de visualiser des tissus de densités différentes) ainsi qu'à un laboratoire pour effectuer des bilans sanguins. Ces examens doivent être réalisés tous les 6 mois. À ce stade, il convient de bien distinguer la rémission de la guérison. En effet, un patient est dit « en rémission » si, lors des examens médicaux, on ne décèle plus aucune cellule cancéreuse dans son organisme. Mais on ne parle de guérison qu'après un certain délai supplémentaire, en l'espèce après cinq ans. Contrairement à ce que laisse entendre le médecin conseil dans son avis du 8 juillet 2020, la situation de santé [du requérant] ne présente donc pas un changement radical et durable. Au contraire, il ressort des certificats médicaux déposés qu'il existe un risque de récidive, qu'une telle récidive peut être mortelle pour le requérant étant donné la gravité de la maladie et que des examens pointus sont encore nécessaires pendant 5 ans ».

Renvoyant à une jurisprudence du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil), elle ajoute que « Le requérant fait siennes [le raisonnement qui y est tenu] d'autant plus que le Docteur [X.], hématologue, a indiqué dans son rapport du 8 juin 2020 que [le requérant] ne peut pas voyager en raison des risques infectieux que cela implique. Malgré cela, la partie adverse considère que, dans le cas [du requérant] et sur base des données médicales fournies, il peut voyager et n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne. Dans son avis médical du 8 juillet 2020, le [fonctionnaire médecin] indique : « *En effet, le risque COVID19 existe aussi en Belgique. Aucun autre facteur de risque comme une leucopénie,*

*agranulocytose, pancytopenie n'est démontré pour invoquer un risque infectieux en cas de voyages ». [Ce] médecin conseil auprès de l'Office des Etrangers, est médecin généraliste [...]. Il n'a dès lors pas de compétence et de formation particulière dans le domaine très spécifique qu'est l'hématologie et n'a jamais rencontré [le requérant]. Il est dès lors particulièrement malvenu de remettre en question le diagnostic posé par le Docteur [X.] quant à la contre-indication de voyager. L'article 9ter §1<sup>er</sup> alinéa 2 de la loi du 15 décembre 1980 et l'article 4 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 prévoient la possibilité pour la partie adverse de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste. En l'espèce, la partie adverse n'a pas estimé nécessaire ni de consulter un spécialiste, ni de prendre contact avec le Docteur [X.] afin de collecter des informations supplémentaires, ni de rencontrer le requérant. En vertu des principes de bonne administration, et plus particulièrement du principe de minutie, de prudence et de précaution, toute autorité administrative se doit de procéder à un examen concret, complet, attentif, loyal et sérieux des circonstances de la cause; elle se doit de procéder à une recherche minutieuse des faits, récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en toute connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce [...]. Il en va d'autant plus ainsi lorsque les certificats médicaux déposés mettent en exergue un risque létal de récidive. Enfin, l'avis du médecin conseil quant à la possibilité pour le requérant de voyager ne se base sur aucune information objective ».*

La partie requérante conclut qu'« En définitive, la motivation de l'acte attaqué, lequel se fonde exclusivement sur le rapport du 8 juillet 2020, paraît donc totalement insuffisante au regard des critères repris à l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 [...]. En reprenant à son compte la conclusion de son médecin conseil suivant laquelle le requérant peut voyager et selon laquelle le changement des circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire, la partie défenderesse a failli à son obligation de motivation formelle [...] ».

2.2.2. Dans une deuxième branche, la partie requérante soutient que « La partie adverse prétend que l'ensemble des traitements et des suivis requis par l'état de santé du requérant sont disponibles au Cameroun. Pour aboutir à cette conclusion, elle se réfère à l'avis du [fonctionnaire médecin] du 8 juillet 2020. Au sein de cet avis, [celui-ci] indique que le suivi oncologique/hématologique (par CT scanner et biologique) est notamment possible au centre oncologique de Douala, l'hôpital central de Yaoundé et au centre hospitalier panafricain de Douala. Pour ce faire, il se base sur les résultats de recherches sur les sites internet suivants : <http://www.camoncenter.org/index.php>, <http://hôpitalcentral.cm/>, et <https://hospitalgsa-cnps.com/french.html>. La partie adverse ne démontre toutefois pas dans quelles conditions les examens et les suivis y sont disponibles. La simple constatation de l'existence d'un hôpital ou d'un centre hospitalier à Douala ou Yaoundé dans lesquels il existe un département ou une unité d'oncologie est, en effet, totalement insuffisant[e]. En outre, aucune information n'est fournie sur la disponibilité des médecins spécialistes, du matériel spécifique et des infrastructures, sur les délais pour obtenir un rendez-vous, sur les possibilités d'avoir un suivi régulier et à quel coût de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent pas de s'assurer que le requérant bénéficiera du suivi adéquat et nécessaire en cas de retour au Cameroun. Le médecin conseil indique également, sur base des résultats de recherches sur les sites internet <https://www.hôpitalaquitaine.cm/department-de-medecine-cardiologie.html> et <http://csmbenoitmenni.hôpitalieres.org/>, que le soutien psychiatrique nécessaire au requérant est possible tant à Douala qu'à Yaoundé, l'hôpital Laquintinie de Douala disposant d'une unité psychiatrique et le centre Benoit Menni de Yaoundé offrant la possibilité d'un suivi psychiatrique. Là encore, aucune information n'est fournie sur les conditions d'accès et sur les modalités pratiques liées à un tel suivi (prises et délais de

rendez-vous, possibilités de suivi régulier, coût des consultations, etc.) de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent toujours pas de s'assurer que le requérant bénéficiera d'un suivi adéquat en cas de retour au Cameroun. Il y a lieu de rappeler que la motivation de la décision doit permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité (cfr. troisième branche) ».

Rappelant la teneur de l'obligation de motivation formelle, la partie requérante ajoute qu'« il n'apparaît nullement au sein du rapport établi par le [fonctionnaire médecin] que la partie adverse ait pris en considération les difficultés invoquées par le requérant au sein de sa demande initiale, à savoir (pages 4 et 5 de la demande initiale) : « En effet, malgré les efforts réalisés ces dernières années en termes de soins de santé au Cameroun, l'OMS, dans son rapport de 2018 (pièce 10), indique que : « Le système de santé connaît un certain nombre de problèmes. Les besoins en soins et services de santé de qualité sont peu satisfaits, la couverture des paquets minimums et paquets complémentaires d'activités de santé étant faible, et les soins spécialisés encore très onéreux. Malgré les efforts de recrutement, le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines pour la santé demeure très important, ceci étant aggravé par une gestion non optimale du personnel, un manque de rationalisation de l'utilisation du personnel, de fidélisation dans les zones d'accès difficile et de motivation (source de comportements non éthiques de la part du personnel) [...] La Centrale nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels connaît un essoufflement nécessitant une évaluation, et il n'existe pas de structure autonome de régulation du secteur pharmaceutique permettant de disposer de produits médicaux de qualité (y compris les vaccins). Les ménages continuent à constituer la principale source de financement de la santé, suivi du gouvernement et des partenaires techniques et financiers (PTF). Le partage du risque maladie est encore embryonnaire. Les dépenses de santé des ménages sont constituées pour environ 97% par les paiements directs au point de contact. Le secteur de la santé connaît une insuffisance de financement ainsi qu'une faiblesse d'absorption des financements rendus disponibles. Il n'existe pas de stratégie nationale de financement de la santé. Le pilotage stratégique et opérationnel du secteur de la santé accuse une faiblesse dans la planification, la coordination, la supervision, le suivi et l'évaluation ». De même, un article intitulé « Manifeste pour l'amélioration du système de santé au Cameroun », rédigé par l'Organisation des médecins du Cameroun (pièce 11), relève que : : « Notre système de santé vit une crise dramatique qui affecte nos vies, nos corps, nos âmes et notre honneur. Des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants meurent chaque jour dans les formations sanitaires de notre pays, faute de pouvoir subvenir aux coûts de leurs soins. Nous assistons à une récurrence de dysfonctionnements criards, signe qu'il est temps d'effectuer une profonde réforme. Parce que le poids de ces défaillances est endossé par tout le personnel soignant avec un stoïcisme poussé aux limites du supportable, en nos âmes et consciences, et en ce moment crucial de l'histoire de la profession médicale au Cameroun : ►NOUS NE POUVONS plus rester muets devant la détérioration de la qualité des soins dans les structures de soin des secteurs public et privé au Cameroun. ►NOUS NE POUVONS plus assister impuissants à tous ces décès évitables survenant à tous les âges dans les différentes structures sanitaires de notre pays pour des questions financières, d'infrastructures ou d'équipements, tout le long du parcours des soins. » Dans le même sens, une étude réalisée par l'Organisation mondiale de la Santé intitulé « Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun » (pièce 12) explique que : « De façon générale, la performance du système de santé est faible et est en inadéquation avec les ressources disponibles. (p. x) [...] Le système de santé dispose de deux types d'offres de services et de soins : les SSP (soins de santé primaires, ndlr) et les soins de santé secondaires et tertiaires. Cette offre est soutenue par des interventions de plusieurs organisations et comités techniques. Les SSP constituent la stratégie fondamentale d'offres de services et de soins de santé. L'offre de services et de soins reposent sur les stratégies fixes et avancées. Les FOSA sont classées en sept catégories : (i) les hôpitaux généraux, (ii) les hôpitaux centraux, (iii) les hôpitaux régionaux, (iv) les hôpitaux de district, (v) les centres médicaux d'arrondissement, (vi) les centres de santé intégré et (vii) les centres de santé ambulatoires (Décret N° 2013/093 du 3 Avril 2013 portant organisation du MINSANTE). Cependant, on note l'application insuffisante de certains principes de base des SSP tels que la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la disponibilité des technologies sanitaires appropriées, l'équité et la justice sociale. Ces facteurs limitent l'accès optimal des populations aux interventions du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et du Paquet complémentaire (PC). Par ailleurs, la qualité des services et des soins reste insuffisante, à tous les niveaux, en raison des plateaux techniques (matériels et ressources humaines) peu adéquats, d'une faible culture d'amélioration continue de la qualité (maintenance des équipements, formation continue, etc.), d'un système de référence/contre référence peu fonctionnel, et de la faible disponibilité des médicaments et consommables médicaux essentiels. [...] Les infrastructures

et les équipements sont insuffisants en quantité, en qualité et inégalement répartis sur l'étendue du territoire. Même si une politique de maintenance hospitalière existe, la maintenance préventive reste limitée aux hôpitaux de première et deuxième catégories. Quant à la maintenance curative, elle est insuffisante à tous les niveaux. Les unités spécialisées telles que l'imagerie et l'hémodialyse sont disponibles au niveau des chefs-lieux des régions. Les autres unités spécialisées sont assez mal réparties ou absentes dans certaines régions. » [...] ». En refusant de prolonger l'autorisation de séjour du requérant basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers, sans avoir procédé à un examen sérieux des possibilités pour ce dernier d'être suivi adéquatement au Cameroun, la partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision et a violé les dispositions légales visées au moyen ».

2.2.3. Dans une troisième branche, estimant que « L'examen de l'accessibilité des soins est inopérant dans la mesure où il a été démontré *supra* que ceux-ci n'étaient pas disponibles dans ce pays », la partie requérante déclare que « Le requérant souhaite toutefois répondre aux arguments de la partie adverse qui ne sont pas pertinents ».

A l'appui d'un premier grief, elle fait valoir que « Dans sa demande de prolongation de séjour, le requérant a fait état de l'impact de la pandémie du COVID-19 sur les soins de santé au Cameroun en ces termes : « En outre, le monde est actuellement confronté à une crise sanitaire sans précédent que l'OMS qualifie de pandémie. La pandémie du coronavirus frappe de plein fouet un système de santé déjà affaibli et se propage alors que le pays est confronté à des défis humanitaires majeurs (annexe 7). Les établissements sanitaires camerounais manquent de ressources adéquates pour faire face au Covid-19 (pénuries d'équipements hospitaliers de base, notamment de thermomètres, de produits désinfectants et de médicaments, ainsi que de ventilateurs, d'oxygène et d'équipements de protection pour les médecins et les infirmières tels que masques, gants et lunettes - annexe 8). Le Cameroun « n'a aucune capacité pour gérer les cas graves », assure un responsable d'une ONG internationale basée dans ce pays d'Afrique centrale. "Si l'épidémie se propage, cela va être très grave" (annexe 9). Cette situation aura incontestablement des conséquences sur le suivi du requérant qui, au regard de sa vulnérabilité, risquerait par ailleurs d'éventuelles complications » [...]. Le requérant s'est basé sur diverses sources d'informations objectives et récentes. La partie adverse n'en tient toutefois aucunement compte, se contentant de dire que l'argument invoqué n'est pas pertinent dans la mesure où le risque encouru par le requérant, en cas de retour dans son pays d'origine, existe aussi bien en Belgique qu'ailleurs dans le monde étant donné qu'il s'agit d'une pandémie. Il convient cependant de rappeler que le système de santé camerounais est, comme indiqué *supra*, déjà largement affaibli et est ainsi beaucoup plus susceptible de subir davantage les conséquences néfastes de la pandémie que ne l'est le système sanitaire belge qui est, quant lui, un des meilleurs d'Europe, voire du Monde ».

A l'appui d'un deuxième grief, la partie requérante soutient que « Dans sa demande d'autorisation de séjour ainsi que dans sa demande de prolongation, le requérant s'est référé à plusieurs sources relatives à la situation des soins de santé au Cameroun mais également à la prise en charge des personnes atteintes de cancer, aux ruptures de stock des médicaments, au manque de médecins et d'infrastructures spécialisées ainsi qu'à l'absence de système de sécurité sociale efficace et accessible à tous. La partie adverse considère, toutefois, que les éléments invoqués par le requérant dans ses demandes ont un caractère général et ne le visent pas personnellement. Elle estime que le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Cameroun et lui reproche de ne pas démontrer que sa situation individuelle est comparable à la situation générale. Cependant, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne requiert pas du requérant qu'il individualise sa demande au point de ne fournir que des informations qui le 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 du requérant. 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 et des infrastructures médicales adaptées pour les personnes atteintes du cancer ainsi que pour celles nécessitant un suivi psychiatrique au Cameroun. Elles remplissent dès lors les exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. En considérant que le requérant 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 ».

A l'appui d'un troisième grief, la partie requérante fait valoir que « Dans la décision attaquée, la partie adverse souligne que les statistiques de l'OMS se rapportent à des catégories de pays et pas spécifiquement au Cameroun, que même dans les pays à haut revenu, il y a un tiers à la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux graves qui ne reçoivent aucun traitement et que, bien que le nombre de médecins pour l'ensemble de la population paraisse faible, il est important de signaler que toute la population du Cameroun n'a pas besoins de soins mentaux. Elle indique dès lors que les soins mentaux sont disponibles dans certaines villes et que le requérant pourrait choisir d'aller s'y installer afin d'y avoir accès. Toutefois, le simple fait d'affirmer que l'ensemble de la population n'a pas besoin de soins mentaux n'est absolument pas suffisant pour garantir l'accès effectif du requérant aux soins de santé mental dont il a besoin, en cas de retour au Cameroun. En effet, il ressort clairement des informations objectives déposées à l'occasion de la demande de prolongation du requérant que les ressources humaines et les infrastructures médicales liées à la santé mentale au Cameroun sont extrêmement faibles comparativement aux besoins de la population camerounaise. N'ayant pas tenu pas compte de ces éléments objectifs au sein de la décision attaquée, la partie adverse a manifestement manqué à son obligation de procéder à un examen sérieux des possibilités pour [le requérant] d'être suivi adéquatement au Cameroun ».

A l'appui d'un quatrième grief, la partie requérante soutient que « Dans la décision attaquée, la partie adverse laisse entendre, en outre, que le requérant pourrait bénéficier d'une couverture sociale au Cameroun lui permettant d'avoir accès au suivi médical dont il a besoin. Sur base d'informations tirées du « Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale » ([www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_cameroun.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_cameroun.html)), elle indique tout d'abord que la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches : accidents du travail – maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités – vieillesse – décès (survivants), et que depuis 1962, un certain nombre de soins de santé sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux. Elle ajoute que des assurances santé privées existent également. Le site internet précité ne livre toutefois que des informations sommaires sur le fonctionnement de la sécurité sociale camerounaise. Il n'est, en outre, fait mention nulle part des soins santé dispensés gratuitement ni des établissements de santé concernés. Quant aux assurances santé privées, aucune information n'est donnée quant au prix des cotisations mensuelles. Le requérant n'a dès lors aucune garantie quant à l'accès effectif au suivi médical et psychologique dont il a besoin. La partie adverse indique également que les mutuelles de santé se développent au Cameroun, que 107 mutuelles de santé fonctionnelles ont été recensées en 2008 et que la majorité de celles-ci prennent en charge les soins de santé primaires et secondaires à concurrence de 75 à 100% des frais. Afin de justifier ses allégations, elle renvoie à un document de la « United States Agency International development » datant du mois de février 2010 ([pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadx705.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadx705.pdf)). Or, le seul fait de se référer à un article datant d'il y a près de 10 ans ne suffit pas à démontrer qu'il existerait à l'heure actuelle un système de mutuelle qui permettrait au requérant d'avoir accès aux traitements et suivis adéquats. Enfin, se basant sur un rapport du MedCoi intitulé

« *Report on Access to Healthcare : Cameroon* » du 19 mars 2014, elle souligne que depuis 2012, le gouvernement camerounais a instauré un système de couverture pour les indigents dans certains hôpitaux et que certains hôpitaux réduisent, par eux-mêmes, de 30% les frais de soins de santé pour les indigents. Une fois de plus, le simple fait de se référer à l'instauration d'un nouveau système de couverture pour les indigents ne suffit pas à démontrer que le requérant pourrait effectivement bénéficier d'une prise en charge adéquate, d'autant plus que les informations sur lesquelles la partie adverse se base sont antérieures aux informations objectives déposées par le requérant au sein de sa demande initiale traitant du même sujet : « [...] la problématique de la protection sociale reste préoccupante car très peu de camerounais bénéficient d'une couverture sociale. Le taux de couverture sociale est estimé à 1% de la population. En témoigne notamment cet article du 16 mai 2017 intitulé « *Cameroun : Entre assurance maladie, mutuelles et système D* » (pièce 15), duquel il ressort que : « Malgré les efforts de promotion des mutuelles de santé depuis une décennie et l'existence d'une vingtaine de compagnies privées proposant des polices d'assurance maladie, à peine 1% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture du risque maladie. Cette situation explique en partie que la dépense de santé des ménages s'effectue à 94,6% sous forme de paiements directs au point de délivrance lors des épisodes de maladie. Soit une somme estimée à 556 milliards annuels en 2010, pour une dépense totale de santé estimée à plus de 680 milliards de F dont plus de 75% à la charge directe des ménages. Ce mode d'achat des soins et services de santé est inefficient, rendant les indicateurs du Cameroun en la matière moins bons que ceux des pays africains allouant moins de ressources à la santé des populations. Du coup, les usagers se plaignent de l'accessibilité des médicaments et des plateaux techniques hospitaliers. Et plusieurs évaluations constatent la sous-utilisation des services de santé et l'expansion du recours aux soins dans le secteur informel : 30% de la dépense de santé des ménages, soit plus 150 milliards annuels » [...]. Le requérant a ainsi clairement indiqué, au sein de sa demande initiale, d'une part que le régime camerounais n'offrait pas suffisamment de garanties pour une prise en charge médicale globale de son état de santé et d'autre part qu'il ne pourrait en tout état de cause pas remplir l'engagement financier nécessaire à la prise en charge par une assurance ou une mutualité privée. La partie adverse ne semble pas avoir tenu compte de ces informations alors qu'elles sont fondamentales car elles viennent attester de l'extrême difficulté pour la population camerounaise de bénéficier d'une couverture sociale. La motivation de la décision attaquée ne permet, en outre, pas de comprendre pourquoi les informations déposées par la partie adverse devraient primer sur celles mises en avant par le requérant et pourquoi ces dernières ne doivent pas être prises en compte ».

A l'appui d'un cinquième grief, relevant que « la partie adverse considère que le requérant est en âge de travailler et que rien n'indique qu'il serait exclu du marché du travail en cas de retour au Cameroun. Elle en conclut dès lors que ce dernier serait en mesure d'obtenir un emploi afin de prendre en charge ses besoins médicaux », la partie requérante soutient qu'« Une telle affirmation n'est toutefois nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète du marché de l'emploi au requérant dans son pays d'origine, d'autant que ce dernier n'y a plus vécu depuis plusieurs années et ne serait inévitablement pas en mesure de faire face à des horaires lourds en raison de son état de santé fragile et des risques infectieux que cela représenterait inévitablement. [...] ».

### **3. Discussion.**

3.1. Sur le moyen unique, 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.

En l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière les actes attaqués violeraient l'article 3 de la CEDH, les articles 41, 47 et 48 de la Charte, ni les

« droits de la défense ». Le moyen unique est dès lors irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions et de ces droits.

3.2.1. Sur le reste du moyen unique, aux termes de l'article 9ter, § 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* ».

Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, cette disposition concerne « les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour [...] » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p. 34).

Aux termes de l'article 13, § 3, 2<sup>o</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, « *Le ministre ou son délégué peut donner l'ordre de quitter le territoire à l'étranger autorisé à séjourner dans le Royaume pour une durée limitée, fixée par la loi ou en raison de circonstances particulières propres à l'intéressé ou en rapport avec la nature ou de la durée de ses activités en Belgique, dans un des cas suivants : [...] 2<sup>o</sup> lorsqu'il ne remplit plus les conditions mises à son séjour; [...]*

Aux termes de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, « *L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2<sup>o</sup>, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire* ».

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

3.2.2. En l'espèce, dans un avis du 28 juin 2019, rendu dans le cadre de l'examen de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2., un fonctionnaire médecin a estimé que « *Les certificats médicaux fournis permettent d'établir que l'intéressé a récemment présenté un lymphome de Hodgkin stade IV ayant bénéficié d'une chimiothérapie, dans un état tel qu'elle entraîne momentanément un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique en raison de la chimiothérapie récente et dont révolution reste à contrôler pendant un an, de telle sorte que d'un point de vue médical,*

le retour au pays d'origine ou de provenance est temporairement contre-indiqué pour une période d'un an ».

Le premier acte attaqué est, quant à lui, fondé sur l'avis d'un fonctionnaire médecin, daté du 8 juillet 2020, et porté à la connaissance de la partie requérante, ainsi qu'il ressort de la requête. Cet avis mentionne ce qui suit :

« Me référant aux certificats médicaux qui nous ont été envoyés depuis le dernier avis médical, je peux vous informer:

15.01.2020: note de consultation du Dr [Y.Y.]: lymphome de Hodgkin classique traité par Beacopp escaladé, 2 cycles avec rémission métabolique complète et consolidation par ABVD, 4 cycles terminés en avril 2019. Le bilan de fin de traitement confirma la rémission métabolique complète. Troubles neuropsychologiques et anxieux post-chimiothérapie nécessitant une psychothérapie. Vaccinations requises effectuées. Préservation de sperme. Status post-malaria.

19.03.2020: note de consultation du Dr [Y.Y.]: lymphome de Hodgkin classique traité par Beacopp escaladé, 2 cycles avec rémission métabolique complète et consolidation par ABVD, 4 cycles terminés en avril 2019. Le bilan de fin de traitement confirma la rémission métabolique complète. Troubles neuropsychologiques et anxieux post-chimiothérapie nécessitant une psychothérapie. Vaccinations requises effectuées. Préservation de sperme. Status post-malaria.

25.05.2020: certificat médical du Dr [Y.Y.] (hématologie): lymphome de Hodgkin classique traité par Beacopp escaladé, 2 cycles avec rémission métabolique complète et consolidation par ABVD, 4 cycles terminés en mars 2019. Le bilan de fin de traitement confirma la rémission métabolique complète. Pas de traitement. 5 ans de suivi pour exclure une récidive. Consultation médicale spécialisée, CT scanner et prise de sang.

08.06.2020: certificat médical du Dr [Y.Y.] (hématologie): lymphome de Hodgkin classique traité par Beacopp escaladé, 2 cycles avec rémission métabolique complète et consolidation par ABVD, 4 cycles terminés en mars 2019. Le bilan de fin de traitement confirma la rémission métabolique complète. Pas de traitement. 5 ans de suivi pour exclure une récidive. Consultation médicale spécialisée, CT scanner et prise de sang tous les 6 mois. Ne peut voyager en raison d'un risque infectieux (documentation fournie du COVID-19 au Cameroun).

#### Pathologie active actuelle avec les traitements

Lymphome de Hodgkin en rémission complète. Consultation médicale spécialisée, CT scanner et prise de sang tous les 6 mois.

Notons qu'aucune psychothérapie n'est démontrée, elle est simplement conseillée.

Sur base des données médicales fournies, il peut être affirmé que l'intéressé peut voyager et qu'il n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne, d'un point de vue médical. En effet, le risque COVID-19 existe aussi en Belgique. Aucun autre facteur de risque comme une leucopénie, agranulocytose, pancytopénie n'est démontré pour invoquer un risque infectieux en cas de voyages.

#### Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé):

Le suivi oncologique/hématologique (par CT scanner et biologique) est notamment possible au centre oncologique de Douala, à l'hôpital central de Yaounde et au centre hospitalier panafricain de Douala.

#### Informations tirées des sites:

<https://www.camoncenter.org/index.php>

<https://hopitalcentral.cm/>

<https://hospitalqsa-cnps.com/frencli.html>

Quant à un soutien psychiatrique, il est possible tant à Douala qu'à Yaounde. L'hôpital Laquintinie de Douala dispose d'une unité psychiatrique. Un suivi psychiatrique est possible au centre Benoit Menni de Yaounde.

#### Informations tirées des sites:

<https://www.hopitalaquitinie.cm/departement-de-medecine-cardiologie.html>

<http://csm-benoitmenni.hospitalieres.org/>

De ces informations, on peut conclure que les soins sont disponibles au Cameroun.

#### Accessibilité des soins médicaux et du suivi au pays d'origine

Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le conseil du requérant fournit, dans la demande de prolongation de séjour, des documents sur la situation humanitaire au Cameroun:

- Fondation contre le cancer, «Guérison, rémission, rechute»,
- Médecins sans Frontières, «MSF soutient la réponse Covid-19 au Cameroun»,
- Human Rights Watch, «Cameroun: Enquêter sur l'utilisation du fond de solidarité pour la santé»,

- RTBF, «Coronavirus: l'Afrique subsaharienne en manque criant de matériel et de médecins pour faire face à l'épidémie»,
- Le Monde diplomatique, «La santé mentale, parent pauvre en Afrique».

Dans la demande d'autorisation de séjour, le Conseil du requérant avait également fourni des documents sur la situation humanitaire au pays d'origine:

- Oms, «Cameroun - Stratégie de coopération - Un aperçu»,
- Organisation des médecins du Cameroun, «Manifeste pour l'amélioration du système de santé au Cameroun»,
- OMS, «Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun»,
- Aliam, «Les cancers en Afrique francophone»,
- «Santé: 10 choses -à savoir sur le cancer en Afrique»,
- «Cameroun: entre assurance maladie, mutuelles et système D».

L'argument concernant la pandémie actuelle de Covid-19 selon lequel un retour du requérant au pays d'origine constituerait un risque car il pourrait perturber le système sanitaire de ce pays ne peut être considéré comme pertinent. En effet, précisons que ce risque existe aussi bien en Belgique qu'ailleurs dans le monde étant donné qu'il s'agit d'une pandémie<sup>[renvoi à une référence en note de bas de page]</sup>.

Notons que les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, le requérant 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).

De plus, le Conseil de l'intéressé stipule que celui-ci serait également discriminé car les personnes atteintes de problèmes psychologiques seraient discriminées au Cameroun. Notons également que les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Cameroun.

De plus, dans son arrêt n°61464 du 16.05.2011, notons que le CCE affirme que le requérant «peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que le requérant «peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné».

Ajoutons que les statistiques de l'OMS (75 % et 75 à 85% sans soins mentaux) se rapportent à des catégories de pays et pas spécifiquement au Cameroun, que même dans les pays à haut revenu, il y a un tiers à la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux graves qui ne reçoivent aucun traitement. Bien que le nombre de médecins pour l'ensemble de la population paraît faible, il est important de signaler que toute la population du Cameroun n'a pas besoin de soins mentaux et que les soins mentaux sont disponibles dans certaines villes. Or, la population qui vit éloignée de ces villes ne fait appel à ces services en raison, notamment, de la distance.

Or, l'intéressé peut choisir de s'y installer. De plus, il ne démontre pas que la disponibilité de ces services mentaux pour les habitants des villes en question ne seraient suffisants et qu'il ne pourrait en bénéficier. Concernant la sécurité sociale au Cameroun, le Centre des Liaisons Européennes et internationales de Sécurité Sociale<sup>[renvoi à une référence en note de bas de page]</sup> nous informe que la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches: accidents de travail - maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités - vieillesse - décès (survivants). Depuis 1962, un certain nombre de soins de santé sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux. Des assurances santé privées existent également.

Les mutuelles de santé se développent au Cameroun et 107 mutuelles de santé fonctionnelles ont été recensées en 2008. La majorité de celles-ci prennent en charge les soins de santé primaires et secondaires à concurrence de 75 à 100 % des frais<sup>[renvoi à une référence en note de bas de page]</sup>.

Notons qu'un rapport du MedCoi<sup>[renvoi à une référence en note de bas de page]</sup> indique que depuis 2012, le gouvernement a instauré un système de couverture pour les indigents dans certains hôpitaux et que certains hôpitaux réduisent, par eux-mêmes, de 30 % les frais de soins de santé pour les indigents.

D'autre part, l'intéressé est en âge de travailler et, en l'absence d'une attestation d'un médecin du travail attestant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux.

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au Cameroun ».

Le fonctionnaire médecin en conclut donc que « La maladie ne présente pas de risque pour la vie et l'intégrité physique car le traitement médical est possible au pays d'origine.

Les certificats et documents 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 et sont accessibles au pays d'origine. Le lymphome de Hodgkin est en rémission complète, ce qui constitue un changement radical de l'état de santé qui ne nécessite plus qu'un suivi qui peut être assuré au pays d'origine et si un soutien psychologique s'avère nécessaire, il pourra également être assuré au pays d'origine. Ce changement peut également être considéré comme durable, vu la latence d'un an avec l'avis médical précédent.

Par conséquent, d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine. Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé ; qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire (*article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (MB. 31.05.2007)* .Il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour [...] du requérant ».

3.3.1. Sur la première branche du moyen, le dossier administratif montre qu'en l'espèce, le requérant avait été autorisé au séjour (point 1.2.) au motif qu'il « a récemment présenté un lymphome de Hodgkin stade IV ayant bénéficié d'une chimiothérapie, dans un état tel qu'elle entraîne momentanément un risque réel pour sa Vie ou son intégrité physique en raison de la chimiothérapie récente et dont révolution reste à contrôler pendant un an ».

A l'appui de la demande de prolongation d'une autorisation de séjour, visée au point 1.3., le requérant a produit, notamment, un rapport de consultation, daté du 15 janvier 2020, établi par un hématologue, dont il ressort que le requérant a été examiné « pour contrôle d'évolution : Lymphome de Hodgkin » ; qu'il a bénéficié d'un traitement qui a permis l'« Obtention d'une rémission métabolique complète, précoce par Beacopp escaladé 2 cycles, consolidés 4 cycles d'ABVD terminés en avril 2019 », que le « Bilan de fin de traitement confirme la rémission métabolique complète », et qu'il sera revu dans quatre mois en l'absence de faits nouveaux. En outre, un certificat médical circonstancié, établi le 8 juin 2020, par le même praticien, précise que le « Bilan de fin de traitement confirme la rémission métabolique complète » ; que son état de santé ne nécessite aucun traitement médicamenteux, mais uniquement des examens à savoir : « CT scanner, prise de sang et consultation spécialisée tous les 6 mois », avec un « Follow up pour 5 ans ensuite une fois par an ».

Au vu de ces éléments médicaux, dont il ressort que la prise en charge médicale du lymphome dont souffre le requérant, ne consiste plus en une « chimiothérapie », et qu'il est en état de « rémission métabolique complète » le fonctionnaire médecin a pu, valablement, constater que « Le lymphome de Hodgkin est en rémission complète, ce qui constitue un changement radical de l'état de santé qui ne nécessite plus qu'un suivi qui peut être assuré au pays d'origine et si un soutien psychologique s'avère nécessaire, il pourra également être assuré au pays d'origine. Ce changement peut également être considéré comme durable, vu la latence d'un an avec l'avis médical précédent ». L'argumentation de la partie requérante, à cet égard, vise à prendre le contre-pied de cet avis et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse. Cela ne peut être admis, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation, dans le chef de la partie défenderesse.

Il en est d'autant plus ainsi que le fonctionnaire médecin ne s'est pas limité à constater que le requérant était en rémission complète. Il a en outre constaté que la prise en charge médicale requise consistait uniquement en une « Consultation médicale spécialisée, CT scanner et prise de sang tous les 6 mois », suivi, dont il a ensuite vérifié la disponibilité et l'accessibilité dans le pays d'origine du requérant (dans le même sens : C.E., arrêt n° 246.017, prononcé le 7 novembre 2019).

Contrairement à ce que prétend la partie requérante, l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 impose uniquement de « vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire », ce qui ne signifie pas que l'intéressé doit être guéri

durablement ou définitivement, ni que le changement doit être considéré comme temporaire tant que cela n'est pas le cas.

3.3.2. Ensuite, s'agissant de la mention figurant dans le certificat médical circonstancié susmentionné, selon laquelle, aux questions « Le patient peut-il voyager vers son pays d'origine ? Pourquoi ? », l'hématologue indique « Non – risque infectieux », le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a pu valablement estimer que « Sur base des données médicales fournies, il peut être affirmé que l'intéressé peut voyager et qu'il n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne, d'un point de vue médical. En effet, le risque COVID-19 existe aussi en Belgique. Aucun autre facteur de risque comme une leucopénie, agranulocytose, pancytopenie n'est démontré pour invoquer un risque infectieux en cas de voyages ». En effet, alors que le médecin hématologue du requérant s'est limité à justifier l'incapacité à voyager par un « risque infectieux », non autrement étayé, le fonctionnaire médecin a indiqué les raisons pour lesquelles il a considéré, au vu des éléments médicaux portés à sa connaissance, que le requérant pouvait voyager.

La seule circonstance que le fonctionnaire médecin ne soit pas un spécialiste, ne peut suffire à considérer que ce constat est inadéquat. Il en est d'autant plus ainsi que le Conseil d'Etat a jugé qu'« en décidant qu'« en présence des nombreuses attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement de la requérante, la partie défenderesse ne pouvait uniquement se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, à l'aune du dossier administratif, n'apparaît pas avec certitude spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre la requérante », le premier juge a méconnu la portée de l'article 9ter, § 1er, dernier alinéa, de la loi du 15 décembre 1980. En effet, cette disposition prévoit que l'appréciation médicale est effectuée par un fonctionnaire médecin. L'article 9ter, § 1er, dernier alinéa, de la loi du 15 décembre 1980 permet que ce fonctionnaire médecin ne soit pas un médecin spécialiste dès lors qu'il offre la possibilité au fonctionnaire médecin de demander l'avis complémentaire d'experts s'il l'estime nécessaire. Si l'exactitude de l'avis du fonctionnaire médecin sur la base duquel le requérant statue peut être contestée devant le premier juge, l'article 9ter, § 1er, dernier alinéa, de la loi du 15 décembre 1980 s'oppose à ce que l'illégalité de l'avis du fonctionnaire médecin soit déduite du seul fait qu'il ne soit pas un médecin spécialiste. En décider le contraire, l'arrêt attaqué a méconnu la portée de l'article 9ter, § 1er, dernier alinéa, de la loi du 15 décembre 1980 » (C.E., arrêt n° 240.690, prononcé le 8 février 2018). En tout état de cause, le fonctionnaire médecin a donné un avis sur la base des documents médicaux produits, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et ni l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de demander l'avis complémentaire d'experts, lorsqu'ils ne l'estiment pas nécessaire ou de rencontrer le demandeur ou, qui plus est, de l'examiner (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

3.4. Sur la deuxième branche du moyen, le Conseil rappelle que la partie défenderesse dispose d'un large pouvoir d'appréciation à l'égard des demandes qui lui sont soumises, et qu'il ne lui appartient pas de substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente, lorsqu'il ressort du dossier que cette autorité a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis, comme c'est le cas en l'espèce.

L'avis du fonctionnaire médecin démontre la disponibilité du suivi requis, et coïncide avec le contenu des sources d'information, jointes au dossier administratif. Les informations recueillies par la partie défenderesse, à ce sujet, sont suffisamment précises et fiables pour établir l'existence et la disponibilité, dans le pays d'origine, du suivi et de la prise en charge des soins requis. Le fonctionnaire médecin renvoie à plusieurs sites Internet, en vue d'établir la disponibilité des soins requis. La consultation de ces pages Internet montre l'existence du suivi oncologique/hématologique (à savoir : « CT scanner, prise de sang et consultation spécialisée tous les 6 mois »), mais également psychiatrique, requis au Cameroun.

Ce constat n'est pas valablement contesté par la partie requérante qui n'apporte aucune preuve contraire, et tente, en réalité, d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis en l'espèce, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation, dans le chef de celle-ci. Ainsi, la partie requérante critique les informations tirées des sites internet qu'elle cite, mais n'apporte aucun élément permettant de penser que les suivis visés ne seraient pas disponibles au Cameroun. Or, 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'intéressé un débat sur la preuve des circonstances dont celle-ci se prévaut, dès lors que les obligations qui lui incombent en la matière doivent s'interpréter de manière raisonnable, sous peine de la placer 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).

Pour le surplus, le Conseil renvoie au point 3.5.2.

3.5.1. Sur la troisième branche du moyen, s'agissant du premier grief développé, quant à l'impact supposé de la crise sanitaire sur les soins de santé au Cameroun, le Conseil observe que les informations sur lesquelles se fonde la partie requérante portent sur la gestion de cette crise au Cameroun, mais ne renseignent en rien quant aux conséquences de cette pandémie sur les soins de santé au Cameroun. Partant, le fonctionnaire médecin a pu valablement considérer que « L'argument concernant la pandémie actuelle de Covid-19 selon lequel un retour du requérant au pays d'origine constituerait un risque car il pourrait perturber le système sanitaire de ce pays ne peut être considéré comme pertinent. En effet, précisons que ce risque existe aussi bien en Belgique qu'ailleurs dans le monde étant donné qu'il s'agit d'une pandémie », la partie requérante n'ayant fait valoir aucun élément concret quant aux conséquences éventuelles sur les suivis oncologique/hématologique et psychologique requis. Aussi, l'allégation selon laquelle « le système de santé camerounais est, comme indiqué supra, déjà largement affaibli et est ainsi beaucoup plus susceptible de subir davantage les conséquences néfastes de la pandémie que ne l'est le système sanitaire belge qui est, quant lui, un des meilleurs d'Europe, voire du Monde », n'est pas pertinente dès lors qu'elle n'est étayée par aucun élément probant.

3.5.2. S'agissant du deuxième grief, développé dans la troisième branche du moyen, le Conseil renvoie aux constats posés au point 3.4., et observe, à l'instar de la partie défenderesse, que les éléments produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour du requérant ne sont pas de nature à démontrer concrètement que les suivis requis à la prise en charge de l'état de santé du requérant sont indisponibles au Cameroun.

En effet, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., faisait état, notamment, des éléments suivants : « En ce qui concerne les soins apportés aux personnes atteintes d'un cancer, un rapport de l'organisation ALIAM contre le cancer indique que [...] : « *Une étude camerounaise a ciblé les difficultés liées à l'accès au traitement via des enquêtes institutionnelles. • le constat est fait de l'indisponibilité fréquente de 80% des antimitotiques inscrits dans la LNME. • L'accès aux antimitotiques est perturbé par des ruptures fréquentes de stocks dans les officines et les centres spécialisés. • Les prix ne sont pas harmonisés et les différences de prix entre officines et centres spécialisés vont jusqu'à 73%. • La dépense moyenne mensuelle de prise en charge d'un patient souffrant de cancer est estimée à 74 769 FCFA soit environ 35% environ du revenu mensuel moyen d'un ménage* ». En outre, le taux de rémission d'un cancer en Afrique est de 10 à 25% contre 55 à 60 dans les pays dits développés [...]. En conclusion, le cancer représente, au Cameroun notamment, un coût important en termes de vies humaines et le système mis en place à l'heure actuelle est encore insuffisant ».

Toutefois, ces informations, tirées d'une part, de « ALIAM, « Les cancers en Afrique francophone » », d'une part, et de « « Santé : 10 choses à savoir sur le cancer en Afrique », 4 février 2015 », ne sont pas de nature à renverser le constat de la disponibilité du suivi oncologique/hématologique requis en l'espèce (à savoir : « CT scanner, prise de sang et consultation spécialisée tous les 6 mois »). En effet, les informations, tirées de la première de ces sources, qui sont citées dans la demande susmentionnée, ne portent pas sur le suivi requis par le requérant, mais plutôt sur le traitement du cancer. Partant, la partie requérante ne contestant pas que le requérant était en rémission complète et que son état ne nécessitait aucun traitement, ces informations ne sont pas pertinentes. Quant aux informations, tirées de la seconde de ces sources, elles consistent, en substance, en une présentation de « l'évolution de la maladie sur le continent africain », et ne renseignent aucunement quant à la disponibilité dudit suivi.

S'agissant du suivi psychiatrique, si la demande de prolongation de l'autorisation de séjour du requérant faisait état des éléments suivants : « 'au Cameroun, l'offre de soins classiques se limite aux deux principaux services de psychiatrie dans les hôpitaux Jamot à Yaoundé et Laquintinie à Douala, pour une population de 24 millions d'habitants [...]. Interrogé par le Monde diplomatique, Parfait Akana, sociologue et anthropologue travaillant depuis dix ans sur la folie au Cameroun, observe en dix ans de travail de terrain « *non seulement une intensification des stéréotypes qui pèsent sur des personnes souffrant de troubles mentaux, mais aussi une dégradation de la condition de patient due en grande partie, aux multiples déficits structurels du secteur de la santé mentale et à la crise économique* ». En dehors d'initiatives associatives, « *l'essentiel des offres de soins se trouve chez des tradipraticiens, des prêtres et pasteurs qui, d'un point de vue sociologique, constituent le recours le plus immédiat et le plus accessible pour les patients et les familles* », précise encore le sociologue », ces informations ne sont pas de nature à renverser le constat de la disponibilité du suivi psychiatrique au Cameroun. En tout état de cause, la partie requérante est restée en défaut de démontrer, *in concreto*, que le requérant ne pourrait pas bénéficier d'un tel suivi.

Enfin, la demande susmentionnée se référait également à des informations tirées des sources suivantes : « OMS, « Cameroun - Stratégie de coopération – un aperçu », mai 2018 », « Organisation des médecins du Cameroun, « Manifeste pour l'amélioration du système de santé un Cameroun », 29 avril 2016 , et « OMS, « Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun » ». Si ces informations renseignent sur les problèmes que rencontre le système de santé camerounais, d'une manière générale, et essentiellement d'un point de vue qualitatif, elles ne démontrent en rien que les suivis requis seraient indisponibles. En toute hypothèse, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'un suivi soit de niveau équivalent au pays d'origine et en Belgique, et il suffit qu'un suivi approprié soit possible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'était pas tenue d'effectuer une comparaison de la qualité des soins de santé au Cameroun et en Belgique.

3.5.3. Le Conseil s'interroge quant à la pertinence du troisième grief, développé dans la troisième branche du moyen, dès lors que la partie requérante ne conteste pas le constat, posé par le fonctionnaire médecin, selon lequel, d'une part, « les statistiques de l'OMS (75 % et 75 à 85% sans soins mentaux) se rapportent à des catégories de pays et pas spécifiquement au Cameroun », et, d'autre part, le requérant peut s'installer dans les villes dans lesquelles le suivi psychiatrique est disponible. En tout état de cause, le Conseil renvoie aux considérations qui précédent.

3.5.4. Enfin, quant à l'accessibilité des suivis requis dans le pays d'origine, contestée par la partie requérante, le Conseil observe que, dans son avis, le fonctionnaire médecin fait référence à des sites Internet, au régime camerounais de protection sociale, ainsi qu'aux mutuelles de santé existantes, pour affirmer que les soins et suivis requis au requérant sont accessibles au Cameroun. Il ajoute que « *l'intéressé est en âge de travailler et, en l'absence d'une attestation d'un médecin du travail attestant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il*

*ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux ».*

A cet égard, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., faisait état des éléments suivants : « Enfin, la situation professionnelle et familiale [du requérant] l'empêcherait définitivement d'avoir accès aux soins dont il a besoin. En effet, le requérant n'a jamais travaillé au Cameroun, si ce n'est dans le cadre d'un contrat de stage, et étudie à présent en Belgique. Il est orphelin de mère (décès en septembre 2018) et son père est un homme âgé qui est à la retraite depuis plusieurs années. Il a, en outre, deux jeunes frères et une sœur, tous trois âges d'une vingtaine d'années, qui ne seraient pas en mesure de l'aider financièrement. En cas de retour au Cameroun, l'état des finances de la famille [du requérant] ne pourrait pas supporter le prix du traitement médical et du suivi spécialisé nécessaires à sa survie ». Toutefois, ces allégations, non autrement étayées, ne peuvent suffire à démontrer une incapacité de travailler dans son chef.

Quant à l'argumentation invoquée en termes de requête, selon laquelle, « Une telle affirmation n'est toutefois nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète du marché de l'emploi au requérant dans son pays d'origine, d'autant que ce dernier n'y a plus vécu depuis plusieurs années et ne serait inévitablement pas en mesure de faire face à des horaires lourds en raison de son état de santé fragile et des risques infectieux que cela représenterait inévitablement. [...] », le Conseil ne peut que constater que la partie requérante, elle-même ne se fonde sur aucun élément concret, telle une attestation médicale, en sorte que cette argumentation apparaît péremptoire. En tout état de cause, cette incapacité médicale est invoquée pour la première fois dans la requête, en sorte qu'elle ne peut être prise en compte afin d'apprécier la légalité des actes attaqués, 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).

Le motif susmentionné, non valablement contesté, suffit donc à justifier le constat de l'accessibilité des suivis requis, au Cameroun, les autres informations ayant été mentionnées par le fonctionnaire médecin en parallèle de la capacité du requérant de travailler.

3.6. Il résulte de ce qui précède que la partie requérante ne démontre pas que la conclusion de l'avis du fonctionnaire médecin, reproduite au point 3.2.2., viole les dispositions ou principes, visés dans le moyen, ou procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

Le moyen unique n'est donc fondé en aucune de ses branches.

3.7. Quant à l'ordre de quitter le territoire, qui constitue le second acte attaqué, la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen spécifique à son encontre.

Le Conseil n'aperçoit dès lors aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

#### **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 quatre février deux mille vingt-et-un, par :

Mme N. RENIERS, Présidente de chambre,

Mme N. SENGEGERA, Greffière assumée.

La Greffière, La Présidente,

N. SENGEGERA N. RENIERS