



Arrêt

n° 255 627 du 7 juin 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J.-C. KABAMBA MUKANZ
Rue des Alcyons, 95
1082 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 janvier 2021, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 17 décembre 2020.

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 23 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 14 avril 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me J.-C. KABAMBA MUKANZ, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 Le 14 novembre 2019, la requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges.

1.2 Le 7 juillet 2020, la requérante 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).

1.3 Le 17 décembre 2020, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2 recevable mais non fondée. Cette décision, qui a été notifiée à la requérante le 6 janvier 2021, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

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

Le [m]édecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Cameroun, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 17.12.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

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

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

Dès lors,

Du point de vue médical, sur base des documents fournis par la requérante, nous pouvons conclure que la pathologie dont souffre l'intéressée peut être contrôlée par un traitement adéquat qui est accessible et disponible dans le pays d'origine ou de retour.

Cette pathologie n'entraîne pas un risque réel pour la vie de la requérante, pour son intégrité physique ou encore de risque de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement et le suivi médical sont disponibles et accessibles au Cameroun ».

2. Exposé des moyens d'annulation

La partie requérante prend un premier moyen de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des « principes généraux de bonne administration, dont le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause ».

Elle fait notamment valoir que « les articles internet invoqués par la requérante dans sa demande de régularisation de séjour n'ont pas été analysés par la partie défenderesse qui s'est entremêlée les pinceaux en citant des articles qui n'ont jamais été déposés par la requérante à son dossier administratif ; Que les documents en annexe de la demande de régularisation médicale de la requérante sont essentiellement référencés au travers des pièces 5 à 8 de ladite demande; Qu'il s'agit des articles internet suivent [sic] :

1. Extrait de la note d'information stratégique basée sur les données probantes, intitulée : « Améliorer l'accessibilité des Services d'Accueil des Urgences (SAU) dans les Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun », février 2013, p.4-5.

2. Article Internet : « Cameroun : accès à ces soins de santé et à une éducation spécialisée. » in <https://www.fluechtlingshilfe.ch/assets/herkunftslaender/afrika/kamerun/190215-kam-acces-soins-medicaux.pdf>

3. Article internet : « « Tu as grillé ta première ligne ! ». Anthropologie de l'échec thérapeutique dans le traitement du VIH au Cameroun » in <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6321>

4. Article Internet : tiré du site actu Cameroun intitulé « La gratuité des soins pour les malades du Sida inquiète des professionnels de la santé » In <https://actucameroun.com/2020/01/10/la-gratuite-des-soins-pour-les-malades-du-sida-inquiete-des-professionnels-de-la-sante-video/>

Qu'outre ces articles internet déposés pourtant par la requérante en même tant [sic] que sa demande de régularisation, la partie défenderesse est restée muette sur les analyses médicales du 3 juin 2020 [...] ; Que la partie défenderesse a donc méconnu l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments produits à l'appui de la demande avant la prise de la décision attaquée ; Qu'en vertu du devoir de minutie, l'autorité compétente doit, pour statuer en pleine connaissance de cause, procéder à une recherche minutieuse des faits, récolter des renseignements nécessaires à la prise de la décision et prendre en considération tous les éléments du dossier [...] ».

3. Discussion

3.1 Sur le premier moyen, ainsi circonscrit, 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 concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 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 modifiant 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 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} de la loi du 15 décembre 1980, 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 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'explicitement 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 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).

3.2.1 En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 17 décembre 2020, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une « *infection HIV* », pathologie pour laquelle le traitement médicamenteux et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « *Symtuza® (= association de Darunavir + Cobicistat + Emtricitabine + Tenofovir)* ». Il examine également la disponibilité des « *consultations de médecins spécialistes du HIV* » et des « *tests de laboratoire adéquats* ».

S'agissant de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la requérante, l'avis du 17 décembre 2020 porte que : « *Pour démontrer l'inaccessibilité aux soins au Cameroun, le conseil de l'intéressée affirme qu'au Cameroun, la lutte contre le sida se heurte aux difficultés de financement et qu'il n'aurait pas de fonds pour faire face à l'achat des antirétroviraux pour la population infectée. Il ajoute que les détournements de fonds et de médicaments sont monnaie courante dans les hôpitaux et jusqu'au plus haut niveau. Selon lui, la requérante serait sans revenus et il lui serait incapable d'assumer financièrement les frais qu'impliquerait un aller-retour dans son pays d'origine. Il serait aussi impossible d'affirmer que la maladie de la requérante pourra être adéquatement prise en charge au Cameroun. Il fait aussi mention de discriminations liées à l'emploi, aux soins médicaux et aux prêts bancaires notamment. Il ajoute que la vie de sa cliente serait menacée si elle était obligée de rentrer au Cameroun. Et n'ayant pas la certitude absolue que sa maladie sera traitée correctement, représenterait une violation du principe de proportionnalité. Il fournit à cet effet, un article paru le 29.09.2013 du journal « Le Monde » ; le rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA de mars 2014 ainsi qu'un article de l'IRIN.*

Notons que les arguments contenus dans ces documents ne peuvent pas être pris en compte car ils ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante. (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons également que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

Par ailleurs, notons que chaque citoyen du Cameroun est libre de souscrire une assurance maladie auprès d'une compagnie de son choix. Les mutuelles de santé, qui se développent depuis 2001 dans le pays ont atteint le nombre de 120 en 2006 . La plupart de ces mutuelles de santé prennent en charge les soins de santé primaires et secondaires à concurrence de 75 à 100 % des frais . Quant à l'accessibilité aux médicaments, ces derniers peuvent être couverts par la police d'assurance en fonction de l'organisation et de la politique de santé d'une entreprise. Et concernant l'assurance/mutuelle de santé, il est à noter que chaque citoyen du Cameroun est libre de souscrire une assurance maladie auprès d'une compagnie de son choix.

Concernant la prise en charge des maladies virales, notons que le Cameroun s'est doté du Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA (2006- 2010) qui regroupe un large assortiment de stratégies qui englobent les soins, la prévention, l'appui et le traitement. Le Gouvernement s'est engagé à rendre accessible la prévention et le traitement. Dans les 10 provinces, des services de Conseils et Dépistage Volontaire ont été intégrés dans les hôpitaux de niveau national, provincial et opérationnel (Districts de santé. Le Réseau des Associations de Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA (RéCap+) organise des formations sur l'adhérence aux ARV avec l'appui financier de CARE à travers le Fonds Mondial. Afin de favoriser une utilisation beaucoup aisée des services, les problèmes de Stigmatisation et de Discrimination sont pris en compte dans les curriculums de formation du personnel des cliniques de Santé Sexuelle et de la Reproduction. Trois membres de 2 différents réseaux des personnes vivant avec le VIH/SIDA - RéCAP+ (dont les membres comptent plus de 90 associations et ONG) et CANEP

(Cameroon Network of People Living with HIV/AIDS) défendent les intérêts des PWS au Comité National de Lutte contre le SIDA.

De plus, depuis le 1er mai 2007, les ARV sont gratuits pour les patients suivis dans toutes les Unités de Prise En Charge (UPEC) et les Centres de Traitement Agréés (CTA). Le nombre de personnes sous traitement ARV était de 145 038 en 2014, soit 42,6% des personnes éligibles .

Quant à la déclaration de manque de revenu, notons que l'année 2016 s'était annoncée au Cameroun comme l'année de la sécurité sociale pour tous[.] Il y a eu la publication du décret n° 2016/034 du 21 janvier 2016 du président de la République. Concrétisation de la promesse du chef de l'Etat, le 31 décembre dernier, lors de son message à la Nation. Il consacrait une revalorisation de l'ordre de 55,55 % des allocations familiales et induit indubitablement une revalorisation dans les mêmes taux (55,55 %) des allocations prénatales et de maternité.

Ajoutons que l'intéressée peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011). Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Cameroun. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume-Uni du 02 mai 1997, §38).

Rappelons aussi que (...) 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 . »

Notons enfin que l'intéressée est en âge de travailler. Et la pathologie présentée par la requérante n'entraîne pas d'incapacité totale et permanente de travailler .Dès lors, rien ne démontre que la requérante ne puisse intégrer le marché de l'emploi général dans son pays d'origine afin d'assurer le financement de ses soins médicaux personnellement et/ou par le biais de son employeur. Il ressort des déclarations déposées par madame [M.] [sic] lors de la demande d'asile, qu'elle dispose des membres de sa famille au pays d'origine. Rien n'indique qu'elle ne pourra pas être aidée par ceux-ci en cas de nécessité. Et, vu la durée relativement longue du séjour de l'intéressée dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous osons croire qu'elle doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité.

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

3.2.2 Le Conseil observe que dans sa demande d'autorisation de séjour du 7 juillet 2020, la partie requérante a fait notamment valoir que : « La maladie dont souffre [la requérante] ne pourrait pas être prise en charge au Cameroun, faute de traitement adéquat et disponible en permanence sur place.

Un article internet tiré du site actu Cameroun intitulé « La gratuité des soins pour les malades du Sida inquiète des professionnels de la santé », tempère fortement les déclarations du Ministre de la santé en ces termes :

« La prise en charge de cette pandémie est désormais gratuite dans les hôpitaux publics. Cependant cette annonce laisse planer des zones d'ombre. En effet, selon les médecins de l'association de lutte contre le sida il y a des manquements et de probable dysfonctionnement dans la mise en route de cette mesure gouvernementale. Dans les textes du ministre, il [sic] ce que dans les services publics les consultations sont gratuites et certaines analyses le CDK et la charge virale qui doivent permettre de connaître l'efficacité du traitement mais il y a d'autres examens, ce ne sont pas que ces deux examens qu'ont [sic] prescrits [sic] aux patients » indique le docteur Henriette Meilo.

Ainsi depuis l'annonce de la gratuité de la prise en charge des sidéens il y a un vif débat dans le milieu de la santé. En effet, des spécialistes de la santé impliqués, dans le suivi des malades dénoncent le flou qui entoure l'élargissement de l'assiette des soins offert aux patients tels qu'annoncés par le gouvernement.

Le Docteur Meilo a ajouté aussi que depuis trois mois des réactifs permettant de vérifier le taux de charge virale pourtant contenues dans l'arrêté du ministre, est en cours de rupture dans certains centres agréés et cela a de graves répercussions sur la santé des patients déjà confrontés à d'énormes difficultés. (...) »

[La requérante] a également peur de se retrouver en échec thérapeutique en cas de retour dans son pays d'origine car les personnes dans cette situation eu égard aux failles et aux limites de la prise charge de personnes vivant avec le VIH. Ces craintes de [la requérante] sont corroborées par un article internet d'Anthropologie et Santé intitulé :

««Tu as grillé ta première ligne!». Anthropologie de l'échec thérapeutique dans le traitement du VIH au Cameroun » dont un extrait choisi (Voir P.11) :

« Conclusion

L'échec thérapeutique est une expérience traumatisante pour les personnes malades. Il est une répétition du malheur, il réveille l'angoisse de la mort dans une vie patiemment reconstruite au fil des ans autour de la maladie et des traitements. À l'échelle collective, la multiplication des situations d'échec de traitement accroît de manière considérable les difficultés de prise en charge des malades et éloigne l'horizon du contrôle de l'épidémie à VIH.

L'échec thérapeutique est une loupe qui met en évidence les failles et les limites actuelles des dispositifs de soins. L'échec révèle qu'en dépit des acquis de plusieurs décennies de lutte contre le sida, avec la participation des associations et de patients-experts, et alors que des progrès incontestables ont permis une communication plus empathique au moment du dépistage de la maladie, la moralisation de la relation thérapeutique lorsque l'échec est contesté est la première réponse des professionnels de santé. Les patients sont jugés responsables et coupables de l'inefficacité du traitement. Les soignants occultent la responsabilité du dispositif de soins dans la survenue de l'échec pour un accueil pas toujours convivial, des consultations trop rapides, des ruptures d'approvisionnement en médicaments, un parcours de soins long, complexe et coûteux, un accompagnement psychosocial minimaliste et inadapté, et plus largement encore du fait des contraintes structurelles qui pèsent sur le système des soins dans son ensemble (...)

Autre constat alarmant : celui dressé par le rapport de L'OSAR sur le Cameroun intitulé : « Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée » publié le 15 février 2019, un extrait de ce rapport nous renseigne ce qui suit :

« 2. Le système de santé au Cameroun

Un système de santé sous-financé et sous pression. Les dépenses de santé représentent à peine un pourcent du PIB. Les ménages représentent la principale source de financement. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le système de santé du Cameroun est organisé [sic] sur trois niveaux : opérationnel (au niveau des districts), intermédiaire (appui technique) et central (élaboration de stratégies) (OMS, mai 2018). Selon la Bertelsmann Stiftung, ce système est sous pression. Les dépenses publiques en matière de soins de santé sont parmi les plus basses du monde, ne représentant que 0,9 % du PIB. Cela se traduit par des services de santé limités (Bertelsmann Stiftung, 2018). Selon un rapport du Ministère de la santé, il n'existe pas de volonté politique suffisante pour faire de la santé une priorité au Cameroun. Le Ministère estime qu'il ne se voit attribuer que huit pourcents du budget de l'Etat (République du Cameroun, 11 janvier 2016). Selon l'Institut national de la statistique (INS), entre 2001 et 2011, cette part a oscillé entre 4 et 5,2 pourcents (République du Cameroun, 2016). En 2001, les pays membres de l'Union africaine (UA), dont le Cameroun, ont signé la Déclaration d'Abuja s'engageant à consacrer au moins 15 pourcents de leur budget annuel pour améliorer le secteur de la santé. L'OMS note que le système de santé est largement sous-financé et il n'existe pas de stratégie nationale de financement du secteur de la santé. Les ménages privés en sont la principale source de financement (OMS, mai 2018). Selon l'INS, en 2011, 51,4 pourcents des dépenses de santé étaient constitués par des paiements directs des ménages, le reste étant couvert par les administrations publiques (33,1 pourcents), les partenaires (12,2 pourcents), ainsi que des ONG, des entreprises privées et l'assurance maladie volontaire (3,3 pourcents) (République du Cameroun, 2016).

Un système de santé inefficace et corrompu qui ne satisfait pas les besoins de santé d'une grande partie de la population. Selon le Ministère de la santé, le système de santé souffre d'un manque d'efficacité qui se traduit par le double emploi des ressources. Alors que la dépense moyenne par habitant en 2012 était de 63 dollars, ou 63 francs suisses, les résultats obtenus étaient similaires à ceux obtenus dans les pays qui dépensaient entre 10 et 14 dollars. Ce manque d'efficacité était notamment dû à une large corruption (République du Cameroun, 11 janvier 2016). La Bertelsmann Stiftung note également que le système de santé est particulièrement corrompu, y compris au niveau des ministres gouvernementaux (Bertelsmann Stiftung, 2018). Selon l'OMS, les besoins en soins et services de santé ne sont pas peu satisfaits, notamment en raison d'une faible couverture des paquets minimums et paquets complémentaires de santé. Il existe également un important déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines. Ce problème est exacerbé par une mauvaise gestion, un manque de motivation (OMS, 2018). Selon l'INS, en 2010 le ratio personnel de santé/population était de 0,63 pour 1000 habitants, alors que la norme internationale se situait à 2,3 (République du Cameroun, 2016).

Manque d'équité dans l'accès aux soins de santé dû au manque d'équipements et à leur répartition inégale. Vétusté et manque d'entretien des infrastructures. Selon le Ministère de la santé, il existe un manque d'équité dans l'accès aux soins, un problème aggravé par l'absence d'une couverture sanitaire

universelle. Il existe par ailleurs une importante disparité dans la couverture sanitaire des régions et des districts avec des infrastructures insuffisantes. Certaines structures médicales mises en place, comme par exemple les centres d'imageries médicales, en fonctionnent souvent plus en raison d'un manque de maintenance (République du Cameroun, 11 janvier 2016). Selon TINS, la population a un accès physique insuffisant aux soins de santé. Ceci est notamment dû à la répartition inégale des infrastructures et des équipements de santé, à leur vétusté et au manque d'entretien (République du Cameroun, 2016).

Accès aux soins de santé et aux médicaments limité par la pauvreté. Problèmes d'approvisionnement des médicaments essentiels. Selon France Info, la pauvreté- plus d'un tiers de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté- limité l'accès aux soins et aux médicaments. Les prix élevés des médicaments encouragent les gens à se fournir dans la rue, avec les risques que cela implique en termes de qualité (France Info, 17 décembre 2017). D'après l'OMS, outre de sérieuses lacunes au niveau du système d'information sanitaire, le système de santé souffre également de problèmes au niveau de l'approvisionnement de médicaments essentiels. La qualité des médicaments souffre également de l'absence d'une structure autonome de régulation du secteur pharmaceutique. Selon l'OMS, 97 pourcents des dépenses des ménages dans le secteur de la santé sont constitués par les paiements directs au point de contact (OMS, mai 2018). En 2016, le Ministère de la santé estimait ce pourcentage à 95 pourcents (République du Cameroun, 11 juin 2016). »

Pour le surplus, l'inaccessibilité financière des Services d'Accueil des urgences au Cameroun est un problème actuel décrit comme suit par une note d'information du Centre pour le Développement des Bonnes pratiques en Santé (CDBPS) :

« (...) Les conséquences du problème :

« Les catastrophes sont physiques, mentales et financières. L'exigence d'un paiement préalable retarde la prise en charge, altère le pronostic médical et accroît la mortalité. Les délais de prise en charge favorisent les complications qui allongent la durée d'hospitalisation qui accroît les coûts financiers. 75,3% des usagers des SAU sont consultés dans l'heure suivant leur arrivée et 47,9% bénéficient d'un traitement dans cet intervalle de temps.

Trente cinq [sic] conditions fréquentes et graves constituent les principales causes de mortalité en l'absence de soins urgents pour lesquelles d'importantes sommes d'argent cash sont exigées. La crainte engendrée par ces coûts exorbitants conduit certains ménages démunis à retarder (le cas des femmes enceintes) ou à abandonner le recours à l'hôpital pour privilégier l'automédication ou le recours à la médecine traditionnelle. (...)

Quels sont les facteurs sous jacents [sic] ?

La pauvreté touche 39,9% de la population générale. Le taux de pénétration des mécanismes de couverture du risque maladie est négligeable- de l'ordre de 1% de la population. Les paiements directs au point de délivrance des soins sont la règle soit 94,8% des dépenses de santé des ménages qui contribuent à plus de 75% aux dépenses nationales de santé. La disparité des circuits de l'utilisateur, la disparité voir l'absence de protocoles de soins renforcent l'imprévisibilité des dépenses et favorisent les « dessous de table ».

L'application des arrêtés du Ministre de la santé publique n°005 du 15 juillet 1994 et n°030 du 21 septembre 1999 relatifs à l'allocation des recettes affectées au fonctionnement des formations sanitaires est approximative quant à la prise en charge des urgences. Ces textes prescrivent tacitement une subvention des soins d'urgence mais les cessions onéreuses se sont imposées dans les SAU. L'impréparation du personnel, le préalable financier et la récurrence des ruptures de stock dans les pharmacies hospitalières entravent le déroulement optimal de la prise en charge des vraies urgences médico-chirurgicales puisque par définition, l'urgence ne laisse pas le temps à la victime de se procurer de l'argent liquide ni à la famille de faire le tour de ville pour chercher les médicaments d'urgence. »

En conclusion, l'accès aux soins de santé n'est pas à la portée de toutes les bourses au Cameroun. Aux termes de cette note de synthèse, il s'avère que l'accessibilité des soins au Cameroun est un problème réel et actuel ».

La partie requérante indiquait, en notes infrapaginales, les références des quatre articles dont elle cite des extraits dans sa demande : <https://actu cameroun.com/2Q20/oi/io/la-gratuite-des-soins-pour-les-malades-dii-sida-inquietedies-professionnels-de-la-sante-video/> ; <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6321> ; <https://www.fluechtlingshilfe.ch/assets/herkunftslaender/afrika/kamerun/190215-kam-acces-soins->

[medicaux.pdf](#) et extrait de la note d'information stratégique basée sur les données probantes, intitulée : « Améliorer l'accessibilité des Services d'Accueil des Urgences (SAU) dans les Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun », février 2013, p.4-5.

3.2.3 A cet égard, le Conseil ne peut que constater que le médecin conseil de la partie défenderesse, précisant que « *Pour démontrer l'inaccessibilité aux soins au Cameroun, le conseil de l'intéressée affirme qu'au Cameroun, la lutte contre le sida se heurte aux difficultés de financement et qu'il n'aurait pas de fonds pour faire face à l'achat des antirétroviraux pour la population infectée. Il ajoute que les détournements de fonds et de médicaments sont monnaie courante dans les hôpitaux et jusqu'au plus haut niveau. Selon lui, la requérante serait sans revenus et il lui serait incapable d'assumer financièrement les frais qu'impliquerait un aller-retour dans son pays d'origine. Il serait aussi impossible d'affirmer que la maladie de la requérante pourra être adéquatement prise en charge au Cameroun. Il fait aussi mention de discriminations liées à l'emploi, aux soins médicaux et aux prêts bancaires notamment. Il ajoute que la vie de sa cliente serait menacée si elle était obligée de rentrer au Cameroun. Et n'ayant pas la certitude absolue que sa maladie sera traitée correctement, représenterait une violation du principe de proportionnalité. Il fournit à cet effet, un article paru le 29.09.2013 du journal « Le Monde » ; le rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA de mars 2014 ainsi qu'un article de l'IRIN.*

Notons que les arguments contenus dans ces documents ne peuvent pas être pris en compte car ils ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante. (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons également que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012 », n'a pas fourni une réponse individualisée aux informations déposées par la requérante.

En effet, celle-ci n'a pas déposé « *un article paru le 29.09.2013 du journal « Le Monde » ; le rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA de mars 2014 ainsi qu'un article de l'IRIN* », mais bien quatre articles, visés au point 3.2.2. En outre, la partie requérante tempérait la gratuité de l'accès aux antirétroviraux, faisait valoir une crainte d'un échec thérapeutique, des critiques quant au système de santé camerounais qu'elle estime inefficace et corrompu ainsi que l'inaccessibilité financière des services d'accueil des urgences au Cameroun. Dès lors, le Conseil estime que l'avis du fonctionnaire médecin, sur lequel se base la décision attaquée, n'a pas pris en compte l'ensemble des arguments avancés par la requérante dans sa demande quant à l'accessibilité aux traitements et soins requis par sa pathologie.

Si ce dernier a mentionné que « *De plus, depuis le 1er mai 2007, les ARV sont gratuits pour les patients suivis dans toutes les Unités de Prise En Charge (UPEC) et les Centres de Traitement Agréés (CTA). Le nombre de personnes sous traitement ARV était de 145 038 en 2014, soit 42,6% des personnes éligibles* », il n'en demeure pas moins que la motivation du fonctionnaire médecin est insuffisante en ce qu'elle ne prend pas en compte toutes les informations et arguments présents au dossier administratif.

Il en résulte, au vu des principes rappelés au point 3.1 du présent arrêt, qu'en ne prenant pas en compte l'ensemble des documents et arguments produits par la partie requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, la partie défenderesse n'a pas valablement et suffisamment motivé la décision attaquée.

3.2.4 L'argumentation de la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon laquelle « [I]l peut s'interroger sur l'intérêt que la requérante aurait à reprocher au médecin conseil de la partie adverse d'avoir mal identifié les articles que la requérante aurait communiqués à l'appui de sa demande, dès lors que simultanément, la requérante ne conteste pas le constat de l'avis du médecin conseil dont il

apparaît que les arguments contenus dans lesdits documents ne pouvaient être pris en compte car ils avaient un caractère général et ne visaient pas personnellement la requérante. [...] D'autre part, dès lors que le médecin conseil de la partie adverse avait pu garantir la disponibilité des soins en visant les informations obtenues via la base de données MedCOI et s'était également prononcé quant à la question de l'accessibilité en identifiant les sources internet ayant trait au système de sécurité sociale au Cameroun, tout en constatant que la requérante pouvait travailler, l'on ne s'explique pas les raisons pour lesquelles il eut fallu motiver de manière plus complémentaire, l'avis du médecin conseil quant à ces deux points », ne peut être suivie, dès lors qu'elle constitue qu'une motivation *a posteriori* de la décision attaquée afin d'en pallier les lacunes, ce qui ne saurait être admis. En effet, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse n'ayant pas correctement identifié et résumé les informations avancées par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour, il ne peut être exclu qu'il y aurait répondu différemment dans son avis.

3.3 Il résulte de ce qui précède que le premier moyen, ainsi circonscrit, est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du premier moyen ni ceux du second moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts

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

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

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 17 décembre 2020, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le sept juin deux mille vingt-et-un par :

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

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT