



Arrêt

**n° 261 739 du 6 octobre 2021
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres D. ANDRIEN et F. LAURENT
Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE**

Contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 31 mars 2021, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 5 février 2021.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 mai 2021 convoquant les parties à l'audience du 23 juin 2021.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. GREGOIRE *loco* Mes D. ANDRIEN et F. LAURENT, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Mes D. MATRAY et S. ARKOULIS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le 2 mars 2018, le requérant est arrivé à la frontière belge, date à laquelle une décision de refus d'entrée avec refoulement (annexe 11ter) a été prise. Le même jour, il a introduit une demande d'asile. Le 5 avril 2018, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt du n° 203 583 du 7 mai 2018.

Le 8 mars 2019, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 26 mars 2019, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Le recours introduit à l'encontre de cet ordre de quitter le territoire a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 225 820 du 9 septembre 2019.

Le 23 septembre 2019, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement ainsi qu'une interdiction d'entrée à l'encontre du requérant. Cet ordre de quitter le territoire et cette interdiction d'entrée sont annulées par le Conseil de céans dans un arrêt n° 261 738 du 6 octobre 2021 (RG : X).

Par un courrier du 8 mars 2019, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 26 mars 2019, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande irrecevable ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant.

Par un courrier du 16 décembre 2019, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 2 octobre 2020, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions est rejeté par un arrêt n° 251 050 du 16 mars 2021 du Conseil de céans, ces décisions ayant été retirées. Le 5 février 2021, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant. Ces décisions qui ont été notifiées à celui-ci en date du 1^{er} mars 2021 constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- *s'agissant de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour :*

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

Monsieur [E. Y. A.] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

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

Dans son rapport du 03.02.2021 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE précise ensuite que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération. »

- *s'agissant de l'ordre de quitter le territoire :*

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : le requérant n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, des 7, 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 [...], des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du devoir de minutie ».

2.2. Quant à la disponibilité des soins, elle indique que « Dans le rapport médical sur lequel se fonde la décision attaquée, le médecin conseil de la partie adverse s'appuie uniquement sur les informations tirées de trois requêtes MedCOI (BMA-11361, BMA-11985, BMA-12918) pour affirmer que les médicaments prescrits et le suivi médical nécessaire aux pathologies du requérant sont disponibles au Cameroun. [...] Hormis les résultats provenant de la base de données non-publique MedCOI, le médecin-conseil ne mentionne aucun élément sur la disponibilité des soins nécessaires au requérant au Cameroun. Toutefois, il ressort de sources diverses et fiables que des soins de santé de qualité font de manière générale défaut au Cameroun. D'une part, les consultations de psychiatrie sont très difficilement disponibles au Cameroun car il existe une véritable pénurie de médecins spécialisés dans le domaine de la santé mentale. Selon le Centre de Santé mentale Intégré de Babunqo (disponible sur : http://bimehc.org/BIMEHC_Babunqo_Integrated_Mental_Health_Care/la_santé_mentale.html) :

« Les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques sont présentes dans toutes les régions du monde, dans toutes les communautés et tranches d'âge, indépendamment du niveau de vie de leurs pays. Alors que 14% de la charge mondiale de morbidité est attribuée à ces troubles, la plupart des personnes affectées - 75% d'entre elles vivent dans les pays à faible revenu - ne peuvent accéder au traitement dont elles ont besoin, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). Malheureusement, le Cameroun ne fait pas l'exception et il n'y a que peu des psychiatres (quatre actifs) qui travaillent dans les établissements de santé mentale publiques et prennent en charge des malades mentaux (Hôpital Jamot Yaoundé et hôpital Laquintinie de Douala). Dans presque toutes les régions; les unités de santé mentale dans les hôpitaux régionaux ne sont pas fonctionnelles en raison du manque de personnel spécialisé. Prêtres, pasteurs et tradipraticiens tentent de combler cette lacune et soignent les malades mentaux; souvent en vain ».

De même, dans une interview du Monde Diplomatique : « Parfait Akana 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. À cela, il faut ajouter les crises sécuritaires qui agitent le pays depuis plus de trois ans, notamment au Nord-Ouest et au Sud-Ouest, mais également dans l'extrême Nord du pays. Celles-ci provoquent des traumatismes dont on ne mesure pas encore suffisamment les conséquences ». 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. En dehors d'initiatives associatives, telles que le Centre de santé mentale construit par la Congrégation des sœurs hospitalières du Sacré-Coeur de Jésus, « l'essentiel des offres de soins se trouve chez des tradi-praticiens, 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. Ici, la question des thérapies religieuses est importante », précise le sociologue » (Le Monde diplomatique, « La santé mentale, parent pauvre en Afrique », 24 janvier 2020, disponible sur : <https://bloq.mondediplo.net/la-santementale-parent-pauvre-en-afrique>).

En ce qui concerne encore l'hôpital de Yaoundé :

« Victimes de dépression, de schizophrénie et d'épilepsie ou d'alcool-dépendance (pour ne citer que les plus courantes), les personnes souffrant des troubles mentaux sont de plus en plus nombreuses dans la ville de Yaoundé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (Oms), 75 à 85 % des personnes souffrant de troubles mentaux graves ne reçoivent aucun traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, contre 35 à 50% dans les pays à haut revenu. L'insuffisance en moyens humains et logistiques ajoutée au nombre sans cesse croissant des malades mentaux limitent énormément les capacités d'accueil de l'hôpital Jamot de Yaoundé. Une situation d'autant plus préoccupante qu'en 1996, au moment où la capitale s'apprête à recevoir les chefs d'Etats africains pour le sommet de l'Oua, une opération spéciale fut menée pour libérer la ville de ses malades mentaux » (Actu Cameroun, « Maladie mentale : Yaounde a mal a ses malades », 3 juillet 2019, disponible sur: <https://actucameroun.com/2019/07/03/maladie-mentale-vaounde-a-mal-a-sesmalades/>).

Il est important de souligner que le rapport MedCOI qui apparait dans le dossier administratif du requérant indique toutefois que des consultations psychologiques sont disponibles à l'hôpital de Yaoundé. Cela démontre à suffisance que la disponibilité des soins nécessaires au requérant n'a pas été analysée en profondeur par la partie défenderesse puisque les requêtes MedCOI ne tiennent pas compte de la réelle disponibilité des soins, mais seulement de leur disponibilité théorique, et qu'aucune autre source n'est mentionnée dans l'avis du médecin-conseil. En effet, selon un rapport de l'OMS, il n'existe au Cameroun que 0,33 professionnels de la santé mentale pour 100 000 personnes (OMS, Programme d'action Comblent mhGAP les lacunes en santé mentale, « Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives », p. 35, disponible sur : https://www.who.int/mental_health/mhqap_french.pdf?ua=1). Cela explique peut-être

que le Cameroun arrive 5e dans le top 10 des pays africains dans lesquels on dénombre le plus haut taux de suicides :

« L'Organisation mondiale de la santé classe le Cameroun 5e pays africain dans le top 10 de ceux où le taux de suicide est le plus élevé. A l'occasion de la célébration de la 18ème édition de la Journée mondiale de prévention du suicide, qui a eu comme thème: «travaillons ensemble pour prévenir le suicide», l'Organisation mondiale de la Santé (Oms) a dévoilé des chiffres qui concernent le Cameroun. Il ressort que le taux de suicide au Cameroun est passé de 4,9 en 2012 à 12,2 en 2016 et 19,5 pour 100 000 habitants en 2019. Le Cameroun arrive donc à la 5eme position des pays africains où le taux de suicide a été le plus élevé entre 2000, 2016 et 2019. Le rapport de l'Oms intitulé «Suicide in the World, Global Health Estimates» publié le 9 septembre 2019, indique que ces personnes qui se sont données la mort sont estimées à 19.5 pour 100.000 habitants en 2016 au Cameroun. Soit 29,9 pour 100.000 hommes et 12,5 pour 100.000 femmes. Pour un total de 2867 victimes, dont 864 femmes et 2003 hommes. On note donc que les hommes sont les plus touchés avec 17,1 contre 7,4 pour les femmes » (Agence Cameroun Presse, « Santé mentale: Le taux de suicide triple en 4 ans au Cameroun», 11 septembre 2020, disponible sur: [...] »

D'autre part, il existe également un manque de places disponibles dans les hôpitaux de manière plus générale. Dans son rapport de 2019, Amnesty International met en exergue le fait que :

« The crisis in North-West and South-West led to the destruction of healthcare facilities, impacting the ability of people to access health care. On 30 October, during fights between military men and armed groups, the Integrated Health Facility in Tole (South-West) was burnt down » (AI, Cameroun: rapport 2019, disponible sur: <https://www.amnestv.org/en/countries/africa/cameroon/report-cameroon/>).

Dans un article intitulé « Les hôpitaux camerounais sont plus malades que les patients » datant du 29 janvier 2016 (Cameroun on voice, « Les hôpitaux camerounais sont plus malades que les patients (Video) », 26 janvier 2016, disponible sur : [...] des personnes originaires du Cameroun dénoncent le fait que

« l'état désastreux de certains de nos hôpitaux et de nos dispensaires constitue l'une des causes de la grande mortalité au Cameroun, en passant par le manque des appareils médicaux fiables, la qualité douteuse des médicaments souvent prescrits par les médecins, l'accueil dans les services hospitaliers etc. (...) Dans les campagnes et même dans certaines de nos cités, on découvre la précarité, la misère et la saleté. Si ce n'est pas de l'eau potable qui fait défaut, ce sera le manque d'électricité. A Douala par exemple, on a peu de lits dans les hôpitaux publics. Ainsi, les malades sont choisis par degrés divers. Les malades se plaignent des discriminations et des attitudes pas toujours avenantes. " Lorsque le patient arrive on ouvre un dossier. Si le cas est urgent, il bénéficie d'un pack en deuxième intention, mais en réalité, il n'y a pas de pack aux urgences et les familles doivent s'en charger. Pour les plus démunis, on se débrouille ", lance une infirmière. A Ngaoundal, on crie au manque de personnel. Le constat s'étend à la quasi totalité des formations sanitaires publiques et privées du Cameroun : les personnel manquent, et les malades abondent. Pourtant, les problèmes responsables de cette crise sont connus. De récentes statistiques font état d'une répartition de 2 médecins pour 1000 camerounais. Cette statistique bien que déjà insoutenable sur le papier, prend une portée plus terrifiante sur le terrain, qu'on soit en zone rurale ou en zone urbaine, dans des établissements publics ou en clientèle privée. Vous n'avez sûrement jamais été dans une salle d'hospitalisation au Cameroun, à contempler les gestes d'un malade qui se nettoie le cul après s'être soulagé dans un seau fermé et dissimulé sous son lit. Ça ne prête aucunement à rire, mais, posez-vous la question sur son geste. Il vous répondra que les toilettes ne fonctionnent plus depuis belle lurette et que l'eau du robinet ne coule plus. Malheureusement, ce sont les malades qui font les frais de ces manquements dans nos formations sanitaires. A regarder de près les souffrances que les patients endurent dans nos hôpitaux, on a l'impression de l'inexistence de l'Etat ».

Il ressort d'un article intitulé « Au Cameroun, le secteur de la santé fait face à plusieurs défis ces dernières années, notamment l'accès aux médecins » (Afrique Media, [...], 10 janvier 2017, disponible sur : [...]) que

« selon les statistiques, l'on compte deux médecins pour 10.000 personnes ; ce qui rend difficile la fourniture des services médicaux adéquats et aux meilleurs soins de santé. C'est pour relever ces défis que Susan Enjema Aweh largement connu sous le nom de Docteur Mer donne des conseils de santé en ligne. Le médecin qui se spécialise en médecine interne et en cardiologie. Elle utilise de courtes vidéos qu'elle poste sur youtube pour offrir informations et conseils sur la façon dont les gens peuvent prévenir et gérer les maladies et recevoir un traitement. "Les défis sont la pauvreté, le manque d'information, le manque d'infrastructure, car même si des gens au village savent ce qui se passe dans leur corps, ils savent ce qu'ils doivent faire ou ce qu'ils ne devraient pas faire. S'ils ont besoin de soins professionnels, il faudrait quitter ce village, quelquefois aller ailleurs parce qu'il n'y a pas

d'infrastructure. Et même lorsque les soins de santé se trouvent dans un environnement urbain voisin, ils ne connaissent peut-être même pas le chemin." Explique -telle ».

Aussi, le fait que « des spécialistes étrangers viennent au Cameroun pour prendre en charge les services de santé qui ne sont pas largement disponibles au Cameroun », constituent une preuve en soi de l'indisponibilité des soins et médicaments de base dans ce pays. La situation dans le secteur de la santé est à ce point dramatique, que la Banque mondiale a décidé de financer un programme ayant pour vocation d'améliorer la qualité des soins de santé pour les réfugiés et les habitants de régions démunies au Cameroun (UNHCR, «Au Cameroun, un programme innovant profitera aux réfugiés et à leurs hôtes», 29 juin 2018, disponible sur [...] :

« La salle d'accouchement délabrée d'un petit dispensaire situé au nord du Cameroun est sans électricité et jouxte un bloc sanitaire abandonné. Les lits censés accueillir les jeunes mères sont sales et inutilisables.« Nous manquons de tout : de personnel, de médicaments, de lits », explique Paul Korke, le directeur du dispensaire de ce village frontalier délabré. Le centre ne dispose que de deux infirmiers financés par l'État pour assurer la prise en charge des 30 à 50 femmes et enfants qui s'y rendent chaque jour, villageois ou réfugiés ayant fui la violence en République centrafricaine voisine. La pauvreté et le sous-développement de cette région défavorisée du Cameroun affectent tant les réfugiés que la population locale. La Banque mondiale, avec l'appui du HCR, a donc décidé d'apporter un soutien ciblé à ces régions sous-développées qui accueillent des réfugiés, destiné à améliorer les services sociaux et les infrastructures de base, et à élargir l'accès aux services de santé aux réfugiés et aux habitants les plus vulnérables ».

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de conclure à l'indisponibilité de soins médicaux, tant médicamenteux que psychologiques, au Cameroun. Par conséquent, le renvoi du requérant vers son pays d'origine irait à l'encontre de l'article 3 de la CEDH et serait contraire à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ».

2.3. Quant à l'accessibilité, la partie requérante soutient qu' « il suffit de lire la demande 9ter initiale pour constater que la partie requérante a fourni une multitude d'informations quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins au Cameroun (référéncées aux notes de bas de page 1 à 15). Une étude minutieuse du système sanitaire avait été effectuée et transmise à la partie adverse avant la prise de la décision contestée. En réponse à ces informations, la partie adverse soutient que le requérant ne fournit pas les rapports cités, que ces informations ont un caractère général et ne concernent pas le requérant. La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation dans la mesure ou les informations communiquées à l'appui de la demande de séjour dénoncent les défaillances dans la prise en charge et le traitement des maladies au Cameroun de manière générale mais aussi plus spécifiquement les problèmes dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux (pathologie dont souffre le requérant) ainsi que le manque d'accès à des spécialistes. Les informations visant la sécurité sociale sont également pertinentes. La partie adverse ne produit par ailleurs aucune information sur la disponibilité des soins de nature psychiatrique au Cameroun et ne mentionne aucun rapport ni aucune donnée pour affirmer, a tort, que les soins sont accessibles en l'espèce ».

La partie requérante ajoute « Quant au régime de sécurité sociale Camerounais » que « Votre Conseil a déjà jugé dans un cas analogue que le fait que l'OE mentionne l'existence d'un système de sécurité sociale dans le pays ne suffit pas à démontrer que le demandeur y aura accès : [...] (CCE, 31.03.2014, n°121.938). Partant, la partie adverse qui affirme que le requérant aura accès aux soins de santé en se fondant sur les informations tirées d'un site internet sans procéder à une appréciation concrète et individuelle du cas de l'espèce, commet une erreur manifeste d'appréciation, ne motive pas valablement sa décision en méconnaissance des articles 9ter et 62 de la loi sur les étrangers et méconnaît le devoir de minutie. En l'espèce, la partie adverse se base uniquement sur un document du Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale pour avancer que

« la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches : accidents de travail - maladies professionnelles, prestations familiales et invalidité - vieillesse - décès (survivants). Depuis 1962, un certain nombre de soins de santé sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux » (avis du médecin-conseil, p. 4).

Toutefois, la partie adverse ne tient pas compte de la situation du requérant qui ne rentre a priori dans aucune de ces trois branches. De plus, elle ne se base pas sur une analyse concrète de la situation du requérant puisqu'elle n'indique pas que le suivi psychiatrique nécessaire au requérant rentrerait dans les soins de santé qui sont dispersés gratuitement. La partie adverse oublie également d'indiquer que le rapport mentionne précisément de manière claire « La législation camerounaise de sécurité sociale ne

prévoit pas de couvertures pour les soins de santé et le chômage » [...]. Votre Conseil a déjà souligné l'importance de se baser sur des informations concrètes et non théoriques, afin d'évaluer sur le requérant pourrait effectivement avoir accès à ces soins (CCE, arrêt n. 196.514 du 13 décembre 2017, p. 22) :

« Concreet wordt dan in het advies van de arts-adviseur verwezen naar beginsel verklaringen in de Afghaanse Grondwet en in het "Basic packet of Health services in Afghanistan". De Raad volgt verzoeker waar deze stelt dat dit geen concreet onderzoek inhoudt naar de individuele situatie van verzoeker. De Afghaanse grondwet en de vermelding van een basispakket gezondheidszorgen op de website van het Afghaans ministerie van volksgezondheid dat vermeldt dat psychische zorgen aanwezig zijn, zijn niet direct afdwingbaar en houden geen concrete informatie in over hoe verzoeker in casu zijn zorgen zou kunnen betalen »

Au contraire de ce qu'affirme la partie adverse, les sources disponibles font état de la non-existence d'une sécurité sociale adéquate au Cameroun et appropriée au cas d'espèce. Si des mutuelles de santé ont vu le jour au Cameroun pour tenter de combler l'absence de système d'assurance maladie, plusieurs sources objectives soulignent les faiblesses et la vulnérabilité de ces mutuelles à l'origine de leur fermeture. Ces informations indiquent notamment que plus de la moitié des mutuelles ayant vu le jour depuis 2006 n'existent désormais plus :

« Bien que bon nombre d'organismes et d'associations se soient lancés dans la promotion et le développement des mutuelles de santé comme mécanisme alternatif de financement des soins de santé des personnes vulnérables, ceux-ci, malgré l'adoption du plan stratégique de promotion et de développement des MS trouvent des lacunes importantes dans leurs actions. Entraînant ainsi leur vulnérabilité ce qui s'observe par le faible taux de recouvrement des cotisations, le faible taux de pénétration, le faible taux d'utilisation des services, l'instabilité financière, la faiblesse des ressources humaines adaptées... ceci a entraîné la disparition de plusieurs mutuelles faute de mesures d'accompagnement dû à la non existence de cadre législatif et règlement devant encourager la mise sur pied des mutuelles et le soutien aux mutuelles existantes afin d'atteindre les objectifs inscrits dans la Stratégie Sectorielle de Santé ainsi que dans la stratégie de promotion et de développement des MS. Cette contrainte n'a pas été suffisamment pointue pour empêcher des agents communautaires déterminés à se lancer dans cette lourde mission aux issues non maîtrisables pour l'accès des personnes défavorisées aux soins de qualité. On en dénombre plus d'une soixantaine sur le territoire national promues par des associations et ONG. Le désir y est là mais les moyens ne suivent pas toujours. Plus de la moitié des mutuelles avant vue le jour depuis 2006 n'existent plus. Il faut agir au vue de voir toutes les autres mutuelles disparaître et qu'en serait-il de l'amélioration de l'accès à des soins de qualité par la création de systèmes de couverture du risque maladie ? » (Ritimo, « La Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé : Un mécanisme solidaire de financement collectif d'accès aux soins de santé de qualité. Projet d'appui aux mutuelles de santé et incidence sur la politique de mutualisation du risque maladie au Cameroun », 12 janvier 2011, disponible sur : [...]).

Dans ce même sens :

« La survie des MS au Cameroun n'est pas garantie, particulièrement pour les mutuelles territoriales, qui ont tendance à s'éteindre après une très courte période (un à trois ans pour la plupart), du fait du cycle court des projets d'appui, de la très faible adhésion et du retrait progressif des adhérents. Les raisons de la faible adhésion aux MS sont multiples. Elles sont d'ordre individuel (pauvreté, qualité de soins peu attractive), communautaire, organisationnel (insuffisance de compétences techniques, absence de structure de coordination et de pilotage des initiatives en cours) et fonctionnel (faiblesse de l'appui technique et financier, environnement institutionnel peu favorable, relations contractuelles difficiles avec les prestataires de soins) » (Erudit, L'Economie sociale dans le monde, Emergence des mutuelles de santé au Cameroun, avril 2015, pp. 7-8, disponible sur : [...]).

Toujours dans ce sens, l'OMS révèle que la pauvreté et le montant élevé des primes d'adhésion et des cotisations annuelles sont des obstacles considérables au bon fonctionnement des mutuelles de santé :

« Les facteurs sous-jacents de la faible couverture du risque maladie sont entre autres : (i) la méfiance des ménages vis-à-vis des mutuelles de santé et des compagnies privées d'assurances; (ii) l'absence d'obligation d'être assuré contre le risque maladie qui transforme l'assurance maladie en un service réservé à une élite ; (iii) l'ignorance des avantages inhérents à l'assurance maladie par une large frange de la population ; (iv) la pauvreté et le montant élevé des primes d'adhésion et des cotisations annuelles ; et (v) la forte prévalence de l'emploi dans le secteur informel (80,6%) »(OMS, « Promouvoir l'Adhésion Universelle aux Mécanismes d'Assurance Maladie au Cameroun, septembre 2012 », p. 3, <https://www.who.int/evidence/sure/FRPBInsurance.pdf>).

Le système de santé camerounais est tel qu'à peine 1% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture du risque de maladie :

« 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 inefficace, 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'inaccessibilité 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 de 150 milliards annuels »(Camer.be, « Cameroun : entre assurance maladie, mutuelles et système D », <http://www.camer.be/60150/13:1/cameroun-entre-assurance-maladie-mutuelles-et-systeme-d-cameroun.html>).

Si le Ministère de la santé publique annonçait mettre en place un système de couverture santé pour tous d'ici quelques années, ce résultat est encore loin d'être atteint :

« Selon une étude réalisée par le BIT pour l'Afrique Centrale moins de 2% de la population bénéficie d'une assurance maladie. C'est pourquoi, le gouvernement et les acteurs de la vie publique se mobilisent pour améliorer cette situation. En 2017, le Ministère de la santé publique annonçait mettre en place un système de couverture santé pour tous d'ici quelques années. Toutefois, le Budget nécessaire risque fortement retarder cette ambition. A noter que, le syndicat des médecins du Cameroun (symec) a formulé dans un rapport transmis au gouvernement des pistes de solutions pour financer ce système » (Fin Talk Mag, « Les mutuelles santé : une solution pour la couverture d'assurance maladie au Cameroun », 7 août 2018, disponible sur : <https://fintalk-mag.com/2018/08/Q7/les-mutuelles-sante-une-solution-pour-la-couverture-d-assurance-maladie-au-cameroun/>).

Si certaines catégories de personnes bénéficient de la gratuité des soins de santé, rien n'indique que le requérant en fera partie. En effet, seuls les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes en bénéficient, tel qu'en atteste le « Report on Access to Healthcare : Cameroon, Belgium MedCOI » qui est joint au dossier administratif (p. 10). Il en va de même de certains médicaments sont fournis gratuitement par le secteur public, mais le traitement du requérant n'est pas visé (p. 10). En outre, le système camerounais étant principalement financé par des institutions privées, celui-ci se révèle être très peu financé, ce qui a un impact considérable sur la qualité des soins de santé, le nombre et la formation du personnel de santé, le nombre et la qualité des infrastructures médicales ainsi que sur la corruption:

« La disparité majeure que nous remarquons se trouve dans le financement du secteur de la santé. Celui-ci est assuré principalement par des institutions privées. Il représentait 70,4% des dépenses totales en santé (DTS) en 2010. Il ne s'agit pourtant pas d'institutions externes au pays puisque le financement externe des DTS était de 13.2% en 2010 (ce chiffre a constamment augmenté depuis 1996). En comparaison dans un système d'assurance tel que le système Suisse, la contribution du secteur privé aux DTS est de 40.1%. Même si ces comparaisons sont un peu extrêmes, notons que le budget des administrations publiques consacré à la sécurité sociale s'élève en moyenne à 70% en Suisse alors qu'au Cameroun il est de 2.6% (4.8% en 1998 !). En 2010 les DTS du Cameroun représentaient 5.1% du PIB (30% du budget des administrations ; 59% en Suisse). En 2009 elles s'élevaient à 11.3% du PIB suisse. Par personne cela représente 5072\$3 pour la Suisse et 104\$ pour le Cameroun (...) Les Camerounais ont donc de grands défis devant eux. Bien sûr la corruption n'est pas la cause de tous les problèmes mais elle sévit depuis tant d'années que les infrastructures sont plombées de toute part. Ensuite, c'est un cercle vicieux entre le faible développement économique et le mauvais fonctionnement des institutions. La formation subit les séquelles de ce cercle vicieux et c'est entre autre pour ça que le nombre de nouveaux diplômés ne suffit pas et que les études sont réservées aux classes élevées. La conséquence directe de tous les problèmes mentionnés, mais qui n'est pas la règle, est que la qualité des soins diminue. Prenons l'exemple du personnel de santé. En Suisse nous voyons de plus en plus de métiers spécialisés. La profession de généraliste est particulièrement délaissée et le manque se fait sentir. En comparaison, au Cameroun c'est l'inverse : le manque de spécialistes conditionne une transdisciplinarité courante. Les infirmiers peuvent notamment se spécialiser en chirurgie ou à une plus large échelle. Le manque de spécialistes là-bas fait que tout médecin doit avoir les capacités d'acquérir des compétences supplémentaires en se formant continuellement » (P. Puch-Serres, G. Mathavan, M. Kuster, N. Habermacher, « Au coeur du système de santé camerounais : visite au sein des Fondations Ad Lucem et Promhandicam », 2012, p. 5, disponible sur : [...]

Cette corruption qui est fort présente dans le domaine de la santé, et qui est engendrée par la faiblesse du système de santé camerounais, ce constitue un frein considérable à l'accès aux soins :

« Cette pratique honteuse de faire payer les malades pour des frais en principe supportés par le service public est devenue monnaie courante, et a conduit à une institutionnalisation de la corruption dans les milieux hospitaliers. L'incompétence et la mauvaise gouvernance ont conduit au délabrement des infrastructures sanitaires, les hôpitaux publics manquent de ressources, le matériel est souvent manquant, désuet ou défectueux (...) Pour les Camerounais les plus défavorisés qui n'ont pas les moyens de filer des billets doux pour le portefeuille du personnel soignant (du médecin aux infirmières, sage-femmes et autres auxiliaires de santé), des hôpitaux publics du pays sont des mouiroirs (...) » (Camer.be, « Au Cameroun être évacué pour des soins médicaux à l'extérieur du pays est une fierté des dirigeants du pays...quelle honte? », disponible sur : [...]

« Le premier contact du patient avec l'hôpital ne se passe pas toujours dans de bonnes conditions. Les visages crispés des infirmières et des comportements frisant le mépris sont servis la plupart du temps aux malades. Pour un moindre service, il faut corrompre, du vigile jusqu'au vendeur du ticket d'accès, tout se « négocie » » [...]

D'ailleurs, même s'il existe sur papier un Fonds de solidarité pour la santé auquel les établissements de santé doivent verser des contributions obligatoires, force est de constater que l'utilisation de ce Fond par les autorités camerounaises est loin d'être claire :

« Le gouvernement du Cameroun devrait publier immédiatement les informations pertinentes sur les recettes, les dépenses et la gestion de son Fonds de solidarité pour la santé, a déclaré Human Rights Watch aujourd'hui. Les établissements de santé du Cameroun ont versé des contributions obligatoires à ce fonds d'urgence pendant plus de 25 ans. Le gouvernement devrait également débloquer de l'argent provenant de ce fonds pour soutenir les établissements médicaux qui font face à la pandémie de Covid-19, s'il ne l'a pas déjà fait, et ouvrir des enquêtes si une partie de ces fonds a disparu. [...] Depuis 1993, la loi camerounaise exige que les établissements publics fournissant des soins médicaux primaires versent 10 % de leurs recettes mensuelles au Fonds de solidarité pour la santé. Les hôpitaux sont officiellement exemptés de cette charge, mais des membres du personnel médical ont affirmé à Human Rights Watch qu'ils contribuent également au fonds. Ce fonds, qui devrait relever de la responsabilité du ministère de la Santé, a été créé pour servir de réserve financière d'appoint lors d'urgences sanitaires. Cependant, à la connaissance de Human Rights Watch, qui a tenté sans succès d'obtenir des informations auprès du gouvernement, aucune information au sujet des règles de gestion de ce fonds ou de ses activités n'a été publiée, ce qui le rend vulnérable à la corruption et aux détournements. Human Rights Watch s'est entretenu avec huit membres du personnel médical, soit six médecins et deux infirmières, avec trois avocats et avec plusieurs représentants d'organisations non gouvernementales locales réparties dans tout le Cameroun, entre le 6 avril et le 24 mai 2020. Toutes ces personnes ont affirmé n'avoir aucune information concernant des décaissements du Fonds de solidarité pour la santé. Les prestataires de soins de santé ont indiqué qu'ils pensaient que le gouvernement n'a jamais déboursé d'argent de ce fonds, même pour lutter contre le Covid-19, et pourtant les établissements médicaux continuent d'y contribuer à hauteur de 10 % de leurs recettes » (HRW, « Cameroun : Enquêter sur l'utilisation du Fonds de solidarité pour la santé », 12 juin 2020, disponible sur : [...]).

Les exigences de l'article 9ter ne sont donc nullement respectées : il ne ressort pas de la décision attaquée que la partie adverse a obtenu des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles au requérant. Au vu de ces éléments, la partie adverse, n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni violer les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 CEDH, décider que le requérant, compte tenu son état de santé et du suivi psychologique dont il a besoin, ne serait pas soumis à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour au Cameroun ».

2.4. Enfin, « Quant à la famille du requérant au Cameroun », la partie requérante indique que « Sur ce point, le rapport médical du médecin-conseil de la partie adverse indique que : [...] Néanmoins, rien ne permet au médecin-conseil de présumer que la mère et la sœur du requérant disposent de moyen suffisants puisqu'aucune information n'est disponible à ce propos. Il en va de même en ce qui concerne l'entourage social du requérant, qu'il n'a jamais mentionné. Le médecin-conseil présume à nouveau que le requérant dispose d'un entourage social, ce qui n'est absolument pas établi. En particulier, il présume que cet entourage social existe toujours alors que le requérant a quitté le Cameroun depuis plus de deux ans. Comme en ce qui concerne sa famille, rien n'indique que cet entourage social serait doté des ressources suffisantes mais surtout, serait disposé à aider gratuitement le requérant. Enfin, le médecin conseil, en concluant qu'il faudrait considérer les déclarations du requérant comme « crédibles » parce qu'effectuées dans le cadre de sa demande d'asile, se heurte à l'arrêt du CCE du 7 mai 2018 qui a rejeté le recours du requérant contre la décision négative du CGRA. La partie adverse ne procède donc à aucun examen individuel et concret de la situation sociale du requérant dans son pays d'origine, ce qui ne permet aucunement de garantir que le requérant bénéficiera effectivement d'une aide suffisante pour prendre en charge les coûts de son traitement. Dans ce sens, Votre Conseil a déjà jugé que le seul fait de mentionner la présence de la famille sans examiner sa situation financière et si elle

est disposée à aider le demandeur ne suffit pas (CCE 29/01/2013, n°96.043). Votre Conseil a d'ailleurs déjà jugé dans un arrêt n° 224.374 du 29 juillet 2019 en ce qui concerne le recours à la solidarité familiale que : [...] ».

3. Discussion.

3.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par

« 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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°s 229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n°s 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, le Conseil constate que le premier acte attaqué est fondé sur un avis d'un fonctionnaire médecin, daté du 3 février 2021 et joint à cette décision, qui indique, en substance, que le requérant souffre de plusieurs pathologies, dont les traitements et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut à l'absence « de contre-indication à un retour au pays d'origine ».

Le Conseil observe que le dossier administratif est particulièrement incomplet puisqu'il ne contient ni les informations sur la disponibilité des suivis et traitements au pays d'origine, à savoir les trois requêtes MedCOI que le médecin-conseil a résumées dans son avis, ni les trois rapports sur lesquels celui-ci s'est fondé pour démontrer l'accessibilité des soins et traitements au pays d'origine. Bien que des adresses de sites Internet soient renseignées pour deux de ces rapports, ils ne permettent pas de consulter lesdits documents tels qu'ils sont référencés. En effet, s'agissant du rapport du Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociales (CLEISS), le lien renseigné renvoie vers le rapport de l'année 2020 tandis que le médecin-conseil indique s'être fondé sur le rapport de 2016 pour rédiger son avis. Quant au rapport de l'organisation USAID (United States Agency for International Development), la page Internet est indiquée comme étant temporairement indisponible.

Le Conseil n'est donc pas en mesure de vérifier la pertinence de ces informations – longuement contestées par la partie requérante – au regard de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et du suivi requis au pays d'origine.

Quant aux autres motifs par lesquels le médecin-conseil a tenté de démontrer l'accessibilité des suivis et traitements au pays d'origine, à savoir ceux relatifs à l'aide familiale et à l'entourage social du requérant, le Conseil observe qu'ils sont purement hypothétiques et ne reposent sur aucun élément du dossier administratif de sorte qu'ils ne peuvent démontrer à suffisance une telle accessibilité.

3.3. Partant, l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même du premier acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse se réfère à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée.

3.4. Les développements de la note d'observations ne sont pas de nature à remettre en cause ce qui précède.

3.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique est, dans cette mesure, fondé et suffit à l'annulation du premier acte entrepris. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

3.6. Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour introduite le 16 décembre 2019, que la partie défenderesse a déclarée recevable, redevient pendante. L'ordre de quitter le territoire, attaqué, n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également, pour des raisons de sécurité juridique.

4. Débats succincts.

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. 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 la demande d'autorisation de séjour non fondée et l'ordre de quitter le territoire, pris le 5 février 2021, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le six octobre deux mille vingt et un par :

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

J.-C. WERENNE