



Arrêt

n° 273 874 du 9 juin 2022
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître V. WAMBO TOMAYUM
Avenue Louise 441/13
1050 BRUXELLES

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 14 octobre 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 27 avril 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 1^{er} février 2022 convoquant les parties à l'audience du 2 mars 2022.

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

Entendu, en leurs observations, Me V. WAMBO TOMAYUM, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me E. BROUSMICHE *loco* Mes D. MATRAY et S. ARKOULIS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 24 février 2013. Le 19 mars 2013, il a introduit une demande d'asile. Le 27 mai 2013, 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. Le 10 juin 2013, un ordre de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13quinquies) lui a été délivré.

Le 27 novembre 2020, 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 27 avril 2021, 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. Ces décisions, qui lui ont été notifiées en date du 14 septembre 2021, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- s'agissant du premier acte attaqué :

« 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 **[F. N. G.]** invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Cameroun, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 26.04.2021, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que 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 du requérant à son pays d'origine.

Dès lors,

Du point de vue médical, sur base des documents fournis par le requérant, 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 du requérant, 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.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Vu que le requérant a déjà été radié d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour ».

- s'agissant du second acte attaqué :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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 :
L'étranger n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « la violation des articles 9ter [et] 62 de la loi du 15 décembre 1980 [...] ; des articles 3 et 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ci- après « CEDH » ; [...] des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ; [...] des principes généraux de bonne administration, dont l'erreur manifeste d'appréciation, le principe général imposant à l'administration de statuer en prenant en cause l'ensemble des éléments pertinents du dossier et l'obligation incombant à toute administration de respecter les principes de précaution, de prudence et de minutie, ainsi que de l'excès de pouvoir ».

2.1.1. Dans ce qui s'apparente à une première branche, intitulée « Sur la violation de l'article 9ter de la loi sur les étrangers », elle indique « que la partie adverse a violé l'économie générale et l'objectif poursuivi par l'article 9ter ». Elle fait valoir des considérations théoriques sur cette disposition et indique qu' « En l'espèce, selon le certificat médical délivré par le Docteur Inge MUYLLE du service de pneumologie du CHU Saint-Pierre de Bruxelles, il est précisé que la partie requérante a été admise aux soins intensifs en date du 06.05.2020 pour asthénie, difficultés respiratoires et toux grasse et souffre de tuberculose pulmonaire et péricardique sévère ; Selon le Docteur MUYLLE, médecin spécialiste en pneumologie, l'arrêt du traitement pourrait engendrer un risque de réactivation et donc une contagiosité et un risque pour la santé publique ; La partie requérante peine à comprendre la motivation du médecin de l'office des étrangers selon laquelle « 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 du requérant à son pays d'origine»; Du point de vue de la partie requérante, elle estime que si le médecin de la partie adverse l'avait ausculté selon les règles déontologiques, il se serait rendu compte de ce que sa pathologie a généré chez elle d'autres pathologies qui nécessitent l'intervention de spécialistes au risque de voir son état de santé se dégrader davantage ».

Elle indique, « En ce qui concerne l'accessibilité des traitements et suivis requis au pays d'origine », que « La référence, faite par la partie adverse, aux sources documentaires et à l'existence des mutuelles de santé dans le pays d'origine de la partie requérante ne permet nullement de conclure à l'accessibilité des soins et suivis requis par son état de santé ; De plus, la partie adverse se contente de citer des sources de portée générale sans lien quant à la situation individualisée de la partie requérante ; S'agissant, en effet, des articles vantés par la partie adverse et versés au dossier administratif, outre le fait qu'ils sont anciens, la partie requérante tient à préciser, non sans importance, qu'ils ne permettent pas d'établir l'accessibilité actuelle des soins au pays d'origine ; Par ailleurs, concernant l'accessibilité des soins, la partie requérante rappelle au préalable que si elle est tenue d'étayer sa demande dans la mesure du possible, l'ensemble de la charge de la preuve ne lui revient pas entièrement pour autant, la partie adverse ayant l'obligation de coopérer ; Elle rappelle également que les principes de bonne administration et l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 lui-même font porter à l'administration l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause et de procéder à un examen complet et circonstancié ; Aussi, l'obligation d'examen complet, rigoureux et circonstancié du risque de traitement inhumain et dégradant découle également des articles 3 et 13 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales et de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme ; Pourtant, en l'espèce, la partie adverse se contente de réfuter les arguments de la partie requérante sans expliquer en quoi le traitement de la partie requérante serait disponible dans son pays d'origine ; La partie requérante n'étant dès lors pas en mesure de comprendre les motifs de refus de séjour, elle considère que les éléments invoqués par la partie adverse concernant l'accessibilité des soins auraient un caractère général et ne la concernent pas personnellement ; En effet, il n'est pas contesté ni contestable que la partie requérante est un homme, aujourd'hui âgé de 38 ans et qu'elle souffre de tuberculose pulmonaire et péricardique sévère. Il découle de son certificat médical que ces caractéristiques la rendent particulièrement vulnérable dans son pays d'origine et victime potentielle de graves discriminations, n'excluant pas une discrimination dans l'accès aux soins notamment ; La partie requérante fait, également, grief à la partie adverse de se fonder sur [un] article rédigé par Jean Colbert AWONO NDONGO sur l'« Emergence des mutuelles de santé au Cameroun » pour conclure que les soins médicaux sont accessibles dans le pays d'origine de la partie requérante et en omet d'avoir égard à la conclusion du même article qui indique que : « La situation sociale et économique en Afrique subsaharienne en général et au Cameroun en particulier est caractérisée par une exclusion sociale qui se manifeste par la pauvreté, mais aussi par les insuffisances et les limites des systèmes de protection sociale... Ce faisant, la partie requérante démontre que sa situation nécessite un suivi, sans discontinuité, par une équipe médicale qui surveillera minutieusement son état de santé et disposant d'infrastructures pouvant lui offrir une chance de mieux gérer sa santé sans risque de rechute : Comme tient à le rappeler la partie requérante, il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité que le traitement adéquat dont question 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 » ; Pour être « adéquats », au sens de l'article 9ter, 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 ; Encore faut-il préciser que

« lors de l'examen de l'accès aux soins dans le pays d'origine du demandeur, la loi prévoit que le fonctionnaire médecin de l'OE doit examiner tant l'existence des soins, c'est-à-dire leur disponibilité, que les possibilités effectives pour le demandeur, dans son cas individuel, d'y avoir accès, c'est-à-dire leur accessibilité effective.

Cette accessibilité doit être examinée au regard de la situation individuelle du demandeur (âge, état de santé lui permettant ou non de se déplacer facilement, réseau social et familial au pays, moyens financiers, niveau d'éducation, statut social, possibilité ou non de travailler, accès à une mutuelle,...) mais également au regard d'autres éléments de type géographique (à quelle distance de son lieu de vie se trouve le traitement disponible, quel est l'état des transports et des routes, ...), financier (quel est le coût de ce traitement, ...) ou structurel (existence ou non d'un système de mutuelle ou d'aides financières dans le pays, défauts d'approvisionnement de tel ou tel médicament, état des stocks disponibles dans le pays, ... » (Livre blanc sur l'autorisation de séjour pour raisons médicales (9ter): Pour une application de la loi respectueuse des droits humains des étrangers gravement malades; p.58)

Force est de constater que la partie adverse semble n'examiner que la disponibilité des soins et pas leur accessibilité effective pour la personne concernée ».

Elle ajoute, « en ce qui concerne l'avis du médecin quant à la disponibilité d'un traitement adéquat », qu'elle « ne peut se rallier à ces allégations selon lesquelles le médecin conseil de la partie adverse soutient que les soins et le suivi sont disponibles au pays d'origine ; Elle rappelle qu'un traitement adéquat comprend la disponibilité matérielle du traitement et son accessibilité géographique, économique, etc... S'agissant de la disponibilité des soins, le médecin conseil de la partie adverse s'est fondé sur une requête MedCOI pour conclure à la disponibilité des soins ; Après consultation de ce document, il est impossible de démontrer « la disponibilité absolue du traitement médicamenteux requis, ni l'existence en nombre suffisant de médecins spécialisés dans le suivi et le traitement de la partie requérante ; Le contenu de ce document permet de se rendre compte qu'il reprend une liste de médicaments supposés disponibles sans autres indications caractéristiques desdits médicaments ; On peut identifier sur cette liste les médicaments suivants : Isoniazide - Rifampicine - Ethambutol - Pyrazinamide - Pyridoxine; Le moins que l'on puisse dire est que sur cette liste ne figure pas la Levofloxacin² qui fait partie du traitement prescrit à la partie requérante et dont la partie adverse se limite à indiquer que ce médicament a pour équivalent l'ofloxacin qui est disponible au Cameroun et s'en réfère à la « Pharmacie des Hôpitaux » : (référence ne figurant pas au dossier administratif) ; Encore faut-il préciser que ces médicaments repris dans le document MedCOI sont exclusivement disponibles à Yaoundé alors que la partie requérante est originaire de la ville de Douala ; Dès lors, il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande ».

Elle soutient, quant à « la portée générale des documents produits par la partie adverse et la non prise en compte de la situation individualisée de la partie requérante », « faire grief à la partie adverse d'avoir pris sa décision en se basant sur le rapport de son médecin conseil fondé sur des sources documentaires de portée générale ; Elle fait davantage grief à la partie adverse de n'avoir pas procédé à un examen complet et minutieux des éléments soumis à son appréciation, dès lors qu'elle avait produit à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour un certificat médical établi le 23 novembre 2020. par lequel son médecin indiquait notamment que celle-ci souffre d'une tuberculose pulmonaire et péricardique sévère ; Dans la section intitulée « Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ? » le médecin indiquait la mention suivante : « suivi régulier dans centre spécialisé de TBC » La partie requérante estime dès lors qu'il n'a pas été procédé à un examen complet des éléments de la cause, dès lors qu'il découle de ce qui précède que la partie requérante avait porté à la connaissance de la partie adverse les risques encourus en cas de discontinuité dans le suivi de son traitement ; Pourtant, force est de constater qu'en vertu de l'article 9ter, § 1er, alinéa 5 de la loi du 15 décembre 1980, le médecin conseil « [...] peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts », il était loisible au médecin conseil de la partie défenderesse de s'adresser au médecin spécialiste de la partie requérante afin d'obtenir de plus amples informations s'il s'estimait insuffisamment informé par les différents éléments développés dans la demande de séjour sur les raisons de sa crainte en cas de retour dans son pays d'origine ; En effet, s'il est avéré que le médecin conseil jouit d'une entière liberté dans son appréciation des certificats médicaux, et qu'un examen additionnel ou des renseignements complémentaires ne sont pas requis, c'est dans le cas où la situation médicale de l'intéressé peut être clairement constatée sur la base du dossier de l'intéressé⁴ ; Or, en l'espèce, le médecin conseiller de la partie adverse - qui est médecin généraliste et qui n'a pas rencontré la partie requérante - remet en cause le diagnostic du médecin spécialiste de cette dernière en postulant que : « les certificats et autres documents médicaux produits à l'appui de la demande sont suffisants et de nature à rendre un examen clinique superflu et compte tenu des informations médicales produites, je ne juge pas nécessaire de demander l'avis complémentaire d'un expert » ; La partie requérante tient à préciser qu'outre le fait que dans cette appréciation il a été constaté ci-dessus que le médecin conseil de la partie adverse n'a pas tenu compte des tous les éléments qui ont été soumis à son appréciation, il n'appartient pas au médecin conseil généraliste -qui n'a en outre pas rencontré la partie requérante- de contredire le diagnostic d'un médecin spécialiste qui suit effectivement la partie requérante ni de remettre en cause la pertinence de son diagnostic alors qu'il s'est dispensé de la possibilité de contacter ledit spécialiste afin d'assurer sa complète information ; La partie requérante s'en réfère à cet effet à la 7eme recommandation adressée par le Médiateur fédéral à l'Office des étrangers dans son rapport 2016 sur la « Régularisation médicale et le fonctionnement de la section 9ter de l'Office des étrangers » qui énonce que :

« L'instruction du 14 juin 20/2 de la hiérarchie de la DEX (Direction Séjour Exceptionnel) interdisant aux médecins-conseillers de contacter les médecins traitants doit être abrogée : une interaction entre médecins-conseillers et médecins traitants (experts) doit être autorisée pour des raisons déontologiques, pratiques, éthiques et de transparence. » (p .57)

Outre le fait que la partie adverse ait fondé sa motivation sur des articles anciens sans conformité avec la situation actuelle au Cameroun, la partie 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 en sont victimes eu égard aux failles et aux limites de la prise charge de personnes vivant avec sa pathologie ; 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 la tuberculose : Pour le surplus, il y a lieu d'indiquer que 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. [...] 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. (...) ».

2.1.2. Dans ce qui s'apparente à une deuxième branche intitulée « Sur la violation de l'article 62 loi 80 (sic) et des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs », la partie requérante indique « insister sur sa situation médicale et expose que le rapport médical du médecin de l'Office des Etrangers annexé à la décision attaquée indique les sources qui ont été utilisées afin de juger que les soins nécessaires et le suivi médical sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine le Cameroun ; En l'espèce, du point de vue de la partie requérante, les sources utilisées par la partie adverse ne sont ni pertinentes ni décisives pour pouvoir arriver à une telle conclusion. L'avis médical du médecin de l'Office des Etrangers annexé à la décision attaquée indique que parmi les sources utilisées figurent les informations provenant de la base de données non publique MedCOI portant les numéros de référence BMA 13397 et BMA13671 ; Les informations permettant à la partie adverse d'affirmer que les soins nécessaires sont disponibles au Cameroun ne figurent pas dans la décision attaquée, de sorte que la partie adverse affirme que les soins sont disponibles sans motiver cette assertion ; Votre Conseil a jugé dans un arrêt n° 134 189 du 28 novembre 2014 :

« Or. dans le cadre de son contrôle de légalité, il appartient uniquement au Conseil de vérifier si la partie défenderesse n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation. Partant, il n'appartient pas au Conseil de pallier les lacunes du dossier administratif notamment par la consultation d'un quelconque site Internet. Dès lors, /esseeulés informations concernant la disponibilité des médicaments nécessaires au traitement du requérant, dont le Conseil peut tenir compte dans le cadre du présent contrôle de légalité, sont celles figurant au dossier administratif [...] ».

La référence à la base de données MedCOI et aux autres sources est faite sans que les informations y contenues ne soient explicitées dans la motivation matérielle de la décision attaquée. Le médecin-Conseil s'est en effet borné à mentionner que « l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur... », ce qui n'offre cependant aucune garantie quant à la disponibilité des soins dans le cas précis de la partie requérante ; Au vu de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation formelle de sorte qu'en ce sens, le premier moyen est fondé en sa première branche et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué ».

Elle ajoute qu' « En omettant de prendre en considération le risque de dégradation de la situation médicale du requérant, et tous les différents éléments constituant son état de santé, la partie adverse a violé son devoir de minutie et son obligation d'exercer effectivement son pouvoir d'appréciation, n'ayant pas pris en considération tous les éléments de la demande médicale avant de prendre sa décision ; En cela, la motivation de la partie défenderesse est inadéquate, ne permettant pas au requérant de

comprendre les raisons pour lesquelles certains éléments de sa situation médicale et l'aggravation de son état de santé n'ont pas été considérés ».

2.1.3. Dans ce qui s'apparente à une troisième branche, prise de la violation des articles 3 et 13 de la CEDH, elle fait valoir des considérations théoriques sur ces dispositions et cite des extraits de l'arrêt Yoh-Ekale Mwanje contre Belgique de la Cour européenne des droits de l'Homme (ci-après : Cour EDH) du 20 décembre 2011, dans lequel « la Cour a condamné la Belgique du chef de la combinaison des griefs tirés de la violations des articles 3 et 13 de la Convention, dans une affaire relative à l'application de l'article 9ter et de la procédure y afférente ». Elle soutient que « la partie adverse a violé l'article 9ter §3. 5° et les articles 3 et 13 combinés de la Convention européenne des droits de l'homme ».

Elle ajoute que « La partie adverse ne procède à aucune analyse de la disponibilité d'un suivi extrêmement régulier par un spécialiste en maladies infectieuses et par une infirmière spécialisée en Tuberculose et ne procède pas à l'analyse de la disponibilité, dans le pays d'origine de la requérante, de laboratoires de biochimie et d'hématologie pour déceler les éventuelles toxicités médicamenteuses ; Il convient de souligner, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté, que la partie requérante souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écartier un risque réel - entraîné par cette maladie - pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat *in specie* dès lors, qu'il s'agit notamment d'écartier un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH; Selon les termes de l'arrêt Paposhvili c. Belgique:

« Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'Etat de destination. A cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité. § 55, et Tatar, précité. §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), no 47531/99, 15 novembre 2001. N. c. Royaume-Uni. précité. §§ 34-4/ et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée).

Dans l'hypothèse où, après l'examen des données de la cause, de sérieux doutes persistent quant à l'impact de l'éloignement sur les intéressés - en raison de la situation générale dans l'Etat de destination et/ou de leur situation individuelle - il appartient à l'Etat de renvoi d'obtenir de l'Etat de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés afin qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation contraire à l'article 3 ».

Le risque de rechute en cas de discontinuité dans le traitement et le suivi aurait des conséquences dommageables pour l'état psychologique de la partie requérante, lesquelles pourraient occasionner une mort certaine ».

3. Discussion.

3.1. Le Conseil rappelle, à titre liminaire, que l'excès de pouvoir est une cause générique d'annulation et non une disposition ou un principe de droit susceptible de fonder un moyen. Le moyen en ce qu'il invoque l'excès de pouvoir est dès lors irrecevable.

3.2. Sur le surplus du moyen, le Conseil rappelle que 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, nos 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^{os} 225.632 et 225.633 et CE n^o 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^{os} 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^o 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^o 228.778 et CE 5 novembre 2014, n^{os} 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^o 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n^{os} 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États 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 9ter 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.

3.3. En l'espèce, le premier acte attaqué est fondé sur un avis du médecin-conseil, daté du 26 avril 2021 et joint à cet acte, lequel indique, en substance, que le requérant souffre d'une tuberculose pulmonaire et péricardite, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et

conclut, dès lors, à l'absence d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant. Cette motivation n'est pas utilement contestée de sorte qu'elle doit être considérée comme suffisante et adéquate.

3.4. En effet, s'agissant de la disponibilité des traitements et suivis au pays d'origine, la partie requérante soutient que la partie défenderesse aurait manqué à son obligation de motivation formelle en ce que « Les informations [issues de la banque de données non publique MedCOI] permettant à la partie adverse d'affirmer que les soins nécessaires sont disponibles au Cameroun ne figurent pas dans la décision attaquée ». A cet égard, le Conseil estime que le contenu des requêtes MedCOI, dont les liens sont mentionnés dans cet avis et qui figurent dans le dossier administratif, combiné au résumé qu'en fait le fonctionnaire médecin dans son avis, répondent suffisamment aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

Quant à la critique selon laquelle les requêtes MedCOI ne permettent pas de démontrer « la disponibilité absolue du traitement médicamenteux requis, ni l'existence en nombre suffisant de médecins spécialisés dans le suivi et le traitement de la partie requérante », le Conseil observe, d'une part, que la démonstration d'une disponibilité « absolue » n'est aucunement exigée par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et, quant à l'information sur le nombre de médecins disponibles, qu'elle relève de l'examen de l'accessibilité des traitements et suivis, accessibilité que le fonctionnaire médecin n'a nullement entendu fonder sur les informations issues de la base de données MedCOI. A cet égard, le Conseil rappelle la jurisprudence du Conseil d'Etat, sur ce point, qui considère que lorsque le constat de la disponibilité du traitement requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité des dits médicaments doit être considérée comme effective (CE n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019).

S'agissant du motif de l'avis du médecin-conseil quant à la non disponibilité de la levofloxacine dont le médecin-conseil indique qu'elle peut être remplacée par un équivalent, l'ofloxacine qui est disponible au Cameroun, le Conseil observe que l'adéquation de cette substitution de médicament n'est pas contestée par la partie requérante qui se limite à indiquer que la source permettant d'attester la disponibilité de l'ofloxacine n'est pas versée au dossier administratif. Or, comme indiqué dans l'avis du médecin-conseil, une page du site internet de la Pharmacie des Hôpitaux du Cameroun, sur lequel ce médicament apparaît comme étant en vente, est versée au dossier administratif.

La critique selon laquelle les « médicaments repris dans le document MedCOI sont exclusivement disponibles à Yaoundé alors que la partie requérante est originaire de la ville de Douala » ne peut être suivie. En effet, la partie requérante n'établit pas que le requérant ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins et le suivi requis sont disponibles. Il en est d'autant plus ainsi que le requérant n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard, dans sa demande.

En ce que la partie requérante soutient que la partie défenderesse n'a pas tenu compte de l'ensemble des éléments de la cause dès lors qu'il était indiqué dans le certificat médical type que le requérant devait être suivi régulièrement dans un « centre spécialisé de TBC [(tuberculose)] », le Conseil observe que le médecin-conseil a, sur la base de cette indication, vérifié la disponibilité d'un suivi en ambulatoire et en hospitalisation par un pneumologue. Or, la partie requérante reste en défaut de démontrer quel autre suivi, dont la disponibilité ne serait pas démontrée par les requêtes MedCOI, serait assuré dans un centre spécialisé en tuberculose.

Quant à la disponibilité d'un « suivi extrêmement régulier par un spécialiste en maladies infectieuses et par une infirmière spécialisée en tuberculose », qui aurait dû être vérifiée selon la partie requérante, le Conseil constate qu'il revenait au médecin traitant du requérant qui a rédigé le certificat médical type d'être plus précis s'il estimait ces suivis nécessaires, la seule mention d'un centre spécialisé en tuberculose ne pouvant automatiquement signifier que de tels suivis seraient nécessaires. Il ne peut dès lors être reproché au médecin-conseil de s'être contenté de vérifier la disponibilité d'un suivi par un pneumologue. En tout état de cause, il ressort de la requête BMA 13671 que le suivi par un médecin spécialiste en tuberculose est disponible dans un hôpital public de Yaoundé.

S'agissant du reproche fait au médecin-conseil de ne pas avoir vérifié « la disponibilité, dans le pays d'origine de la requérante, de laboratoires de biochimie et d'hématologie pour déceler les éventuelles toxicités médicamenteuses », le Conseil constate à nouveau que cette exigence n'est pas reprise dans le certificat médical type de sorte qu'il ne peut être reproché au médecin-conseil de ne pas en avoir tenu compte.

3.5. Quant à l'accessibilité des soins et traitements au pays d'origine, le médecin-conseil a motivé son avis comme suit :

« À titre informatif, rappelons tout de même que l'article 9ter prévoit que « l'étranger transmet avec la demande tous renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ». Il appartient donc au requérant de fournir les documents (ou à tout le moins les pages nécessaires) avec sa requête pour que l'administration de l'Office des Etrangers soit dans la capacité de les consulter à tout moment du traitement de la demande (pour lequel aucun délai n'est prévu dans la loi) étant donné que rien ne garantit la fiabilité des liens internet (Site internet qui n'existe plus, qui change de nom, document retiré ou lien modifié...).

Pour démontrer l'accessibilité des soins au Cameroun, le conseil de monsieur [F. N. G. B.] affirme que l'accès aux soins de santé dans le pays d'origine de son client serait problématique tant au niveau des infrastructures qu'au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement. Selon lui, qu'il n'existerait aucune forme d'assurance commune garantissant des soins aux plus démunis. Que le requérant serait sans revenu et ne pourrait plus compter sur la solidarité sociale pour accéder au traitement. Il conclut qu'en l'absence de traitement adéquat, son client serait exposé aux risques de traitement inhumain et dégradant. Cependant, il ne fournit aucun rapport sur le Cameroun afin d'étayer ses dires. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Notons que le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant Au Cameroun. Il s'agit là de simples allégations. Par ailleurs, notons que le Cameroun dispose d'un potentiel humain³ important dans les divers domaines de la santé : médecine curative, médecine préventive, professionnels de santé publique, administrateurs de santé, planificateurs, etc. Le Cameroun compte un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2.000 habitants, et 1 aide-soignant pour 3.000 habitants ; ces chiffres se situent dans la moyenne observée pour l'Afrique subsaharienne. Le Cameroun jouit de la plus forte densité d'infirmières et de médecins en Afrique subsaharienne.

De plus, malgré l'absence d'assurance commune garantissant des soins aux plus démunis, on trouve toutefois au Cameroun, les Mutuelles de santé (MS). Celles-ci connaissent actuellement une croissance considérable ; leur nombre est passé de 20 en 2000 à 101 en 2006, puis à 158 en 2014. Citons, la mutuelle communautaire de santé de Yaoundé⁵ qui a pour objectif d'assurer l'accès aux soins de santé de qualité aux habitants en général et en particulier ceux de la ville de Yaoundé. La prise en charge comprend² les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements (simples) et les actes de radiologie. Les mutualistes paient un ticket modérateur de 25 % pour les soins ambulatoires et de 50 % pour la chirurgie dans certaines MS. Les MS retrouvées dans l'ensemble des régions du Cameroun sont accompagnées techniquement ou financièrement par les institutions suivantes : Minsanté, GTZ (Coopération Allemande au Développement), Unicef, Banque africaine de développement (BAD), OMS, Coopération française, Coopération belge, SAILD (Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement, Assoal, Bepha, Promuscam, etc. La GTZ intervient essentiellement dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et du Littoral.

Concernant la prise en charge de la tuberculose, notons que depuis la colonisation⁶, la Polyclinique d'Akwa, aujourd'hui Centre de Pneumo-Phthysiologie (CPP), annexe dépendante de l'hôpital Laquintinie, le plus grand hôpital de la ville, a été spécialisée dans la prise en charge des patients TB. À partir de 2002, pour faciliter l'accès au service TB et désengorger le CPP, le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT), en accord avec les autorités sanitaires locales, a décentralisé les services de la TB. Dix-huit autres formations sanitaires (FS) de la ville de Douala ont été désignées comme Centres de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose (CDT) dont 10 FS publiques et 8 FS privées-confessionnelles. Les CDTs choisis sont répartis géographiquement suivant les recommandations de l'OMS prévoyant un CDT pour 100 000 à 150 000 habitants. Avant la décentralisation, le CPP prenait en charge plus de 60 % des patients TB de la ville. Après la décentralisation, l'afflux des patients TB a été réduit à environ 20 % du total des patients notifiés. La prise en charge de la TB est standardisée et gratuite au Cameroun. Selon la logique du système de santé, les patients TB devraient se répartir d'une façon plus ou moins équitable et selon leur lieu d'habitat à l'ensemble des dix-huit CDTs décentralisés, le CPP restant le centre spécialisé pour les patients « compliqués » nécessitant une référence

Selon le rapport annuel 2019 d'activités de lutte contre la tuberculose⁷, les antituberculeux sont dispensés aux malades gratuitement sur tout le territoire national. Chaque année sont concernés environ 25 000 cas de tuberculose sensible et 200 cas de tuberculose multi résistante. Depuis 3 ans, les médicaments anti tuberculeux de première ligne sont entièrement acquis sur financement propre de l'Etat. L'acquisition sur le budget 2019 (400

millions dans le PTA) dont la procédure est en cours ne pourra couvrir que 30% des besoins de l'année 2020. Il est donc nécessaire de combler le gap pour éviter une rupture de stock au cours du second trimestre de l'année 2020.

Le conseil de l'intéressé affirme que son client est arrivé en Belgique en 2010. Or, il ressort des déclarations déposées par le requérant, auprès des instances d'asile compétentes belge qu'il serait arrivé dans le Royaume le 24.02.2013. Et dans sa déclaration d'asile en date du 22.03.2013, il dit pourtant : « J'ai été arrêté le 02 mai 2012 par des agents de la force publique. J'ai été détenu à la gendarmerie de Bamenda. Deux jours après, j'ai été conduit à la prison de New-Bell à Douala. Des proches ont organisé mon évasion en septembre 2012. ». Avec, une telle fausse déclaration, il nous est difficile de croire quand il dit : qu'il serait sans revenu et ne pourrait plus compter sur la solidarité sociale pour accéder au traitement. Nous pensons qu'en plus de son père resté au pays d'origine, il a encore de la famille ou des proches au Cameroun. Dès lors, rien ne démontre qu'il ne pourrait être accueilli ou aidé par la famille et/ou des proches au pays d'origine.

Précisons que nous devons considérer ces informations comme étant crédibles puisque le requérant, dans le cadre de sa demande d'asile, les ont transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître comme réfugié.

D'autre part, le requérant est en âge de travailler. Vu l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. Il n'en reste pas moins que le requérant 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).

Notons que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné » (CCE n°57372 du 04.03.2011).

Notons également que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

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

CONCLUSION: Du point de vue médical, sur base des documents fournis par le requérant, nous pouvons conclure que la pathologie citée ci-dessus dont il souffre peut être contrôlée par un traitement adéquat qui est accessible et disponible dans le pays de retour.

Cette pathologie n'entraîne pas un risque réel pour la vie du requérant, 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.

Rappelons qu'il n'incombe pas au médecin conseiller de l'OE, dans l'exercice de sa mission, de supputer l'éventualité d'une aggravation ultérieure de pathologies, en ce compris d'hypothétiques complications, mais de statuer, sur base des documents médicaux qui lui ont été transmis, si ces pathologies peuvent actuellement être considérées comme des maladies visées au §1er alinéa 1er de l'art. 9ter de la loi du 15/12/1980 et donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article. D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Cameroun ».

S'agissant des critiques formulées à l'encontre de la documentation, versée au dossier administratif, sur laquelle s'est fondé le médecin-conseil pour rendre son avis, le Conseil constate que la partie requérante déplore le caractère général de ces sources « sans lien quant à la situation individualisée de la partie requérante ». A cet égard, le Conseil constate que de telles sources d'ordre général sur le système de soins de santé et sur la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie déterminée dans un pays déterminé sont pertinentes afin d'évaluer l'accessibilité des soins de santé pour une personne atteinte de cette maladie dans ce pays et qu'à défaut pour le requérant d'avoir invoqué, dans

sa demande d'autorisation de séjour, des circonstances particulières justifiant la non pertinence de ces informations générales, une telle argumentation ne peut être considérée comme fondée.

Par ailleurs, quant au reproche fait au médecin-conseil d'avoir utilisé des sources trop anciennes qui ne permettraient pas de déterminer l'accessibilité actuelle des soins et traitements, le Conseil constate que la partie requérante n'a produit aucun document, ni à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ni à l'appui de sa requête, qui pourrait indiquer que ces informations ne seraient plus pertinentes au jour de la prise de la première décision attaquée. Par ailleurs, l'un des documents produits par la partie défenderesse afin de démontrer l'accessibilité des soins et suivis, à savoir le rapport annuel de lutte contre la tuberculose du Ministre de la santé camerounais, date de 2019 en sorte qu'il ne peut être considéré comme ancien au regard de la date de la prise des décisions litigieuses. Or, ce document dont la pertinence n'est pas contestée par la partie requérante et qui n'est pas contredit par des données objectives que celle-ci produirait, indique que « les antituberculeux sont dispensés aux malades gratuitement sur l'ensemble du territoire ».

Par ailleurs, le Conseil observe que le motif de l'avis du médecin-conseil, selon lequel le requérant peut travailler afin de financer ses soins médicaux et celui relatif à l'aide dont il pourrait bénéficier des membres de sa famille, ne sont pas contestés par la partie requérante.

Or, ces trois motifs, relatifs à la capacité du requérant à travailler, à l'aide dont il pourrait bénéficier des membres de sa famille et à la gratuité des antituberculeux, suffisent à démontrer l'accessibilité des soins et suivis nécessaires au requérant au Cameroun, de sorte que les critiques visant le motif relatif aux mutuelles de santé, lequel est surabondant, sont inopérantes.

Au regard de ce qui précède, le Conseil reste sans comprendre l'affirmation manifestement infondée selon laquelle « la partie adverse semble n'examiner que la disponibilité des soins et pas leur accessibilité effective pour la personne concernée ».

Quant à l'allégation selon laquelle le requérant serait, en cas de retour dans son pays d'origine, victime de graves discriminations, notamment dans l'accès aux soins, le Conseil observe qu'elle n'est aucunement étayée et n'est pas dès lors de nature à remettre en cause le constat du médecin-conseil relatif à l'accessibilité.

En ce qui concerne le reproche fait au médecin-conseil de s'être fondé sur un article rédigé par Jean Colbert AWONO NDONGO sur l'« Emergence des mutuelles de santé au Cameroun » pour conclure que les soins médicaux sont accessibles dans le pays d'origine, sans avoir eu égard à la conclusion du même article qui indique que « La situation sociale et économique en Afrique subsaharienne en général et au Cameroun en particulier est caractérisée par une exclusion sociale qui se manifeste par la pauvreté, mais aussi par les insuffisances et les limites des systèmes de protection sociale », le Conseil constate que ce passage ne permet pas de remettre en cause le constat du médecin-conseil selon lequel le requérant aura accès aux suivis et traitements dont il a besoin, au vu de la prise en charge de sa pathologie au Cameroun et de sa situation personnelle.

Quant à l'inaccessibilité financière alléguée des Services d'Accueil des urgences au Cameroun, le Conseil constate que la note d'information, dont un passage est cité par la partie requérante, n'est aucunement référencée de sorte qu'il ne peut en être tenu compte.

3.6. Enfin, la partie requérante semble considérer que le médecin-conseil aurait remis en cause le diagnostic posé par son médecin traitant

« en postulant que : « les certificats et autres documents médicaux produits à l'appui de la demande sont suffisants et de nature à rendre un examen clinique superflu et compte tenu des informations médicales produites, je ne juge pas nécessaire de demander l'avis complémentaire d'un expert » et que « si le médecin de la partie adverse l'avait ausculté selon les règles déontologiques, il se serait rendu compte de ce que sa pathologie a généré chez elle d'autres pathologies qui nécessitent l'intervention de spécialistes au risque de voir son état de santé se dégrader davantage »,

ce que le Conseil reste sans comprendre, le médecin-conseil s'étant contenté par cette indication d'indiquer qu'il disposait de toutes les informations nécessaires pour rendre son avis grâce aux documents médicaux joints à la demande, sans aucunement remettre en cause le diagnostic contenu dans ces documents.

La partie requérante indique également que

« si le médecin de la partie adverse l'avait ausculté selon les règles déontologiques, il se serait rendu compte de ce que sa pathologie a généré chez elle d'autres pathologies qui nécessitent l'intervention de spécialistes au risque de voir son état de santé se dégrader davantage »,

et qu'il n'a pas pris en considération

« le risque de dégradation de la situation médicale du requérant, et tous les différents éléments constituant son état de santé ».

Or, la partie requérante reste en défaut d'indiquer précisément quels éléments médicaux indiqués dans le certificat médical type n'auraient pas été pris en compte par le médecin-conseil de sorte que ces critiques en peuvent être considérées comme pertinentes. Il ressort au contraire de la lecture de ce certificat médical type et de l'avis du médecin-conseil que celui-ci a tenu compte de l'ensemble des éléments mentionnés dans ce certificat et a vérifié la disponibilité et l'accessibilité des traitements et suivis qui y étaient repris.

Par ailleurs, quant au grief fait au médecin-conseil de ne pas avoir ausculté le requérant, le Conseil constate que le médecin fonctionnaire a donné un avis sur la situation médicale du requérant, sur la base du document médical produit à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Il rappelle que ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au médecin-conseil de rencontrer le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un autre médecin (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

3.7. Quant à la violation alléguée des articles 3 et 13 combinés de la Convention européenne des droits de l'homme et à la citation de l'arrêt Yoh-Ekale Mwanje contre Belgique de la Cour EDH, le Conseil observe que l'argumentation très succincte développée à cet égard ne permet pas de comprendre en quoi ces dispositions combinées seraient violées en l'espèce.

Enfin, la partie requérante évoque une violation de l'article 9ter, §3, 5°, de la loi du 15 décembre 1980 sans expliquer en quoi cette disposition serait violée de sorte que cette prétention est manifestement infondée.

3.8. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse n'a nullement porté atteinte aux dispositions et aux principes invoqués au moyen.

3.9. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue le second acte entrepris par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen spécifique à son encontre. Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision querellée et que, d'autre part, la motivation du second acte litigieux n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le neuf juin deux mille vingt-deux 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