

Arrêt

n° 312 205 du 2 septembre 2024
dans l'affaire X / I

En cause : X

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

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. de la 1ère chambre,

Vu la requête introduite le 10 mars 2024, 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 08 janvier 2024.

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 dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu la demande et le consentement à recourir à la procédure purement écrite en application de l'article 39/73-2 de la loi précitée.

Vu l'ordonnance du 10 avril 2024 selon laquelle la clôture des débats a été déterminée au 19 avril 2024.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante déclare être arrivée sur le territoire en novembre 2021.

1.2. Le 19 mai 2023, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après: la loi du 15 décembre 1980).

1.3. Le 3 janvier 2024, le fonctionnaire médecin a rendu son avis médical.

1.4. Le 8 janvier 2024, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2 recevable mais non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 13 février 2024, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois (ci-après : la première décision attaquée) :

«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.

Madame [N.D., F.G.] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, 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.

Dans son avis médical du 03.01.2024 (remis à la requérante sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de l'intéressé ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors.

1) Il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) Il n'apparaît pas 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. »

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : la deuxième décision attaquée) :

«L'ordre de quitter le territoire est délivré en application des articles suivants 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'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable.*
- *Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 " Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné." la situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :*
 - *L'intérêt supérieur de l'enfant : l'intéressée n'indique pas avoir d'enfants en Belgique.*
 - *La vie familiale : pas de preuve de liens effectifs et durables en Belgique.*
 - *L'état de santé : l'avis médical du 03.01.2024 stipule qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine. »*

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 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; - des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; - des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; - de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme : - du principe de bonne administration tels que les principes de minutie, de sécurité juridique, de légitime confiance ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.»

2.2.1. Elle fait notamment valoir, dans une première branche, qu' « En vertu de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers, les personnes gravement malades pour lesquelles un retour dans le pays d'origine entraînerait un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique ou un risque de subir un traitement inhumain ou dégradant doivent pouvoir obtenir un droit au séjour en Belgique. La partie adverse doit démontrer qu'un retour de la personne étrangère dans son pays d'origine n'entraînerait pas un traitement inhumain ou dégradant et ne constituerait pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique. La

motivation de la décision attaquée doit dès lors permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité. Si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit également permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. En l'espèce, il n'est pas contesté que la requérante souffre d'obésité morbide, entraînant un retentissement articulaire, à type de reflux gastrique, d'incontinence urinaire, de prédiabète, et d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil sévère. Son médecin a clairement indiqué dans les documents médicaux figurant au dossier administratif qu'en cas d'arrêt du traitement, elle connaîtra une évolution péjorative au niveau métabolique, cardiaque et ostéoarticulaire. Son état nécessite, par ailleurs, la réalisation d'une chirurgie gastrique (by pass). La partie adverse considère cependant que la requérante peut retourner au Cameroun dans la mesure où la prise en charge et les traitements nécessaires sont disponibles et accessibles dans ce pays. Pour aboutir à cette conclusion, elle se réfère à l'avis du Docteur [C.T.], médecin-conseiller de l'Office des Etrangers, qui s'est lui-même basé uniquement sur des articles tirés d'internet et de la banque de données Med COI pour constater la disponibilité et l'accessibilité des soins au Cameroun. Or, les documents sur lesquels s'est basé le médecin de l'Office des Etrangers ne démontrent nullement que les soins dont a besoin la requérante sont non seulement disponibles mais également accessibles dans son pays d'origine. Ils ne répondent, en outre, en rien au contenu des documents déposés par la requérante à l'appui de sa demande afin de démontrer l'indisponibilité et l'inaccessibilité des soins que nécessite son état ».

2.2.2. Quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et des soins, elle fait valoir que « : 1. Afin d'attester de la disponibilité du traitement médicamenteux de la requérante composé de Losferron, de Folavit, de Metformine et de Cetirizine, de la possibilité de l'intervention chirurgicale digestive et d'un suivi long en nutrition/diététique, orthopédie, en kinésithérapie, en endocrinologie, pneumonologie, médecin traitant, bilan du diabète, de la dyslipidémie, d'imagerie médicale, la partie adverse se base sur des informations tirées de la banque de données MedCOI. Or une analyse approfondie de ce document révèle que, contrairement à ce que prétend l'Office des Etrangers dans sa décision, celui-ci ne démontre absolument pas la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical spécialisé et régulier que nécessite l'état de la requérante. En effet : La partie adverse dépose neuf documents MED COI référencés AVA 17244, AVA 16509, AVA 17256, AVA 16664, AVA 17038, AVA 16904, AVA 16152, AVA 14716, AVA16375 qui révèlent que les spécialistes et examens nécessaires en urologie, endocrinologie, en médecine générale, en chirurgie, en orthopédie, en chirurgie orthopédique, en réhabilitation, en pneumologie, en imagerie médicale, en nutrition/diététique, bilan biologique du diabète, en polysomnographie, sont disponibles, tout comme les différents médicaments qui constituent le traitement de la requérante.

En ce qui concerne les médicaments, rien d'indique cependant dans quelle mesure ces derniers sont disponibles ni à quel prix. Les informations Med Coi déposées se limitent, en effet, à faire état de la disponibilité de certains médicaments dans un lieu donné (un hôpital ou une pharmacie à Yaoundé), ce qui est totalement insuffisant pour démontrer qu'ils sont effectivement disponibles et accessibles à l'ensemble de la population et que la requérante pourrait y avoir accès. Pour rappel, la requérante est née à Douala et n'a jamais vécu à Yaoundé qui se situe à 237 kilomètres de son village natal.

La partie adverse n'a dès lors pas valablement démontré, eu égard aux informations déposées par la requérante à l'appui de sa demande, qu'elle pourrait malgré tout bénéficier du traitement médicamenteux que nécessite son état et que ce dernier est disponible au Cameroun. Pour rappel, son traitement médicamenteux ne peut être interrompu sous peine d'une mauvaise évolution métabolique, cardiaque et ostéoarticulaire. Elle nécessite, en outre, une intervention chirurgicale gastrique (by pass) afin d'évoluer pour un mieux.

Par conséquent, en considérant que les médicaments qui composent le traitement médicamenteux que nécessite l'état de la requérante sont disponibles au Cameroun sur base uniquement des informations tirées de la banque de données MED COI, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation.

2. En outre, la simple constatation de l'existence d'un hôpital à Yaoundé de la possibilité d'un suivi par un médecin spécialiste n'est bien entendu pas suffisante pour conclure à la disponibilité au Cameroun du traitement et du suivi spécialisé et extrêmement important dont a besoin la requérante. Votre Conseil l'a d'ailleurs rappelé dans un arrêt n°49781 du 19 octobre 2010 : « le Conseil remarque que les extraits déposés des sites internet référencés dans le rapport du fonctionnaire médecin attestent de la présence d'hôpitaux et de médecins sur le territoire guinéen, mais ne permettent en tout cas pas d'établir la disponibilité en Guinée du matériel permettant de procéder à l'échographie annuelle nécessitée par la pathologie de la partie requérante. Plus généralement, la simple présence d'infrastructures hospitalières ou de médecins spécialistes sur le sol guinéen ne renseigne pas, en soi, sur la disponibilité de tous les examens ou analyses qui sont généralement pratiqués en Belgique. »

Il n'y a, en effet, aucune indication sur les conditions dans lesquelles les soins et les traitements sont disponibles, la durée d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ainsi que la possibilité d'un suivi régulier. La base de données MED COI ne donne pas non plus de renseignements sur la prise en charge des personnes atteintes d'obésité morbide ni, dans l'affirmative, de quelle manière, à quelles conditions et à quel coût cette prise en charge pourrait avoir lieu.

Il convient également de souligner que le suivi médical nécessaire à la requérante est conséquent et pluridisciplinaire. La partie adverse n'a pas évalué si la requérante peut raisonnablement bénéficier de tous les suivis nécessaires précités au traitement de sa pathologie (suivi spécialisé en nutrition/diététique, orthopédie, en kinésithérapie, en endocrinologie, pneumonologie, générale, bilan du diabète, des dyslipidémies, d'imagerie médicale, de polysomnographie). En évaluant de manière séquentielle la disponibilité et l'accessibilité de chaque suivi, la partie adverse n'a en effet pas apprécié la situation de la requérante dans sa globalité et a donc analysé de manière biaisée la disponibilité des multiples suivis médicaux spécialisés dont elle a besoin. Il est illusoire de considérer sur la seule base de l'existence d'un service spécialisé dans un hôpital à Yaoundé que la requérante pourrait y avoir accès et y recevoir le suivi médical adéquat en cas de retour dans son pays d'origine. Et ce d'autant plus que la requérante nécessite plusieurs suivis spécialisés de manière régulière et n'a jamais vécu à Yaoundé. En se basant uniquement sur ces documents afin de considérer que le suivi médical de la requérante est disponible et qu'elle pourrait obtenir un suivi spécialisé régulier au Cameroun, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision.

Par conséquent, la motivation relative à la disponibilité du traitement médicamenteux, du suivi médical que nécessite l'état de santé de la requérante est totalement insuffisante et inadéquat.

A titre surabondant, il y a lieu de remarquer que le projet Med-COI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine, et non pas leur accessibilité. Les informations contenues dans ces rapports doivent dès lors être fortement relativisées puisque toute une série d'informations fondamentales sur l'accessibilité ne sont pas fournies.

L'avis du médecin-conseil précise explicitement que « les informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif. Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie. ». Celles-ci doivent dès lors être fortement relativisées puisque toute une série d'informations fondamentales sur l'accessibilité ne sont pas fournies.

2.2.3. Quant à l'accessibilité du traitement, elle soutient que « Dans sa demande d'autorisation de séjour, la requérante s'est référée à plusieurs sources relatives à la situation des soins de santé au Cameroun. Ces informations récentes et précises mettaient notamment en exergue l'accès difficile aux soins de santé pour les Camerounais ainsi que l'absence de système de sécurité sociale efficace et accessible à tous. 1. La partie adverse considère, toutefois, que les éléments invoqués par la requérante dans sa demande ont un caractère général et ne la visent pas personnellement. Elle lui reproche de ne pas démontrer que sa situation individuelle est comparable à la situation générale.

La partie adverse considère que les éléments invoqués par la requérante dans sa demande « ne démontre pas que la situation individuelle de l'intéressé est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n° 23.771 du 26.02.2009) » et qu'« il lui appartenait de corroborer ses allégations en association, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n° 254 725 du 20.05.2021) ». Relevons, cependant, que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne requiert pas de la requérante qu'elle individualise sa demande au point de ne fournir que des informations qui la concernent personnellement mais lui impose de fournir des renseignements sur sa situation médicale et sur la disponibilité et l'accessibilité des soins dans son pays d'origine.

En l'espèce, les informations déposées ont trait spécifiquement à la situation et aux besoins médicaux précis de la requérante. Elles comprennent, en effet, à la fois des informations concernant sa maladie et des informations concernant l'absence de disponibilité et d'accessibilité des soins pour 90% des Camerounais ne bénéficiant pas de la sécurité sociale et remplissent dès lors les exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Votre Conseil a sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse de ces éléments, notamment dans un arrêt n°110 513 du 24 septembre 2013 : « 3.2. En l'espèce, le rapport du médecin-conseil qui fonde la décision attaquée conclut à la disponibilité du traitement de la pathologie de la partie requérante de ce que : « (...) Les sources sus-mentionnées ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressée) : Information de la base de données de MedCOI1 : - de médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et sous contrat avec le bureau des conseillers médicaux du Ministère Néerlandais de l'Intérieur et des Relations du Royaume en date du cfr tableau 1 avec numéro de référence BMA – cf tableau. De ces informations, on peut conclure que le traitement médicamenteux à base de Névirapine, d'Emtricitabine, de Ténofovir, de Sulfaméthoxazole, de Triméthoprim, les laboratoires de biologie clinique ainsi que le suivi par des médecins spécialisés en maladies infectieuses sont disponibles dans le pays d'origine : Cameroun. » Le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que dans sa demande, la partie requérante avait invoqué plusieurs éléments tendant à établir le fait que le traitement

requis par son état de santé n'était pas disponible dans son pays d'origine et avait étayé ces informations sur les documents, annexés à sa demande, suivants : (...) Force est de constater qu'il ne ressort pas de la motivation de la décision attaquée que la partie défenderesse a tenu compte des informations et des documents susmentionnés. Dans cette perspective, le Conseil estime que, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations de motivation rappelées supra, passer outre l'analyse de cet aspect de la demande. Il lui incombait, au contraire, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine, au regard des critères stipulés par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en tenant compte des informations fournies par la partie requérante. Or, la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte des articles invoqués par la requérante afin d'appuyer ses déclarations et donc sans répliquer au contenu desdits documents, lesquels s'avèrent toutefois pertinents en l'espèce dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en manière telle qu'elle n'a pas satisfait à son obligation de motivation ».

Dans un arrêt n°73.791 du 23 janvier 2012, il a également été jugé que : « Le Conseil constate également que la requérante a déposé un article portant notamment sur le système de soins de santé (page 54) afin d'étayer ses propos. Dès lors, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations rappelées supra, éluder l'analyse de cet aspect de la demande. Le Conseil estime qu'il incombait, au contraire, à la partie défenderesse, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine en tenant compte de ce document. 3.4. Le Conseil précise que la partie défenderesse n'a nullement abordé cet aspect de la demande dans la décision attaquée, en telle sorte qu'elle n'a pas permis à la requérante de comprendre les motifs de la décision entreprise. En effet, force est de constater que la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte du document déposé par la requérante afin d'appuyer ses déclarations et donc sans répliquer au contenu dudit document » (en ce sens, CCE, arrêt 78.575, 30.03.2012, CCE arrêt n°81.253, 15.05.2012)

En considérant que la requérante aurait dû davantage individualiser sa demande, la partie adverse a rajouté une condition à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et a commis une erreur manifeste d'appréciation et de motivation. De plus, Votre Conseil a, dans un arrêt n° 235 612 du 28 avril 2020, rappelé que : « 2.4.2. (...) Le Conseil estime qu'au vu de l'ensemble des documents déposés et cités par la partie requérante et au regard de leur contenu précis et circonstancié, la partie défenderesse ne pouvait se contenter de dénoncer le caractère général des informations y contenues sous peine de méconnaître son obligation de motivation. »

En 2021, Votre Conseil a souligné dans l'arrêt n° 250 810 également la difficulté de fournir des documents « personnalisés » : « 3.3.1 (...) En effet, au regard du raisonnement appliqué par la partie défenderesse dans la décision querellée et dans la note d'observations, il semble que la requérante, dès lors qu'elle vit en Belgique depuis plusieurs années, se trouve dans une impasse kafkaïenne : afin d'établir qu'elle n'aurait pas accès aux soins nécessaires dans son pays d'origine, elle ne peut que produire des documents que la partie défenderesse qualifie de « généraux ». En effet, le Conseil ne se représente pas ce que pourraient être des documents « personnalisés », sauf à exiger de la requérante qu'elle retourne dans son pays d'origine, soit victime de traitements inhumains et dégradants et en transmette la preuve à la partie défenderesse, en espérant que ces traitements n'aient pas mené à son décès. »

2. La partie adverse se réfère, en outre, à deux arrêts de Votre Conseil afin de justifier ses allégations. Cependant, l'arrêt n° 23 771 du 26 février 2009 concerne une décision de refus de séjour basée sur l'ancien article 9, alinéa 3 de la loi du 15 décembre 1980 en raison de l'existence de circonstances exceptionnelles. Dans cet arrêt, Votre Conseil a considéré que les requérants n'avaient pas suffisamment étayés leur demande concernant l'existence de circonstances exceptionnelles les empêchant d'introduire leur demande de séjour dans leur pays d'origine.

L'affirmation de la partie adverse, reprise de l'arrêt en question qui mentionne : « En l'espèce, le Conseil constate que les requérants ne démontrent pas que leur situation individuelle est comparable à la situation générale et qu'ils n'étaient en rien leur allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu. » a été totalement sortie de son contexte et ne concernait absolument pas la même problématique ni la même question traitée dans la présente procédure. La référence jurisprudentielle qui est faite par la partie adverse n'est dès lors pas pertinente. En se référant à de la jurisprudence ancienne qui ne concerne pas le même type de demande ni la même problématique que dans le cas d'espèce afin de justifier ses allégations, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision.

En outre, l'arrêt n°254 725 du 20 mai 2021, mobilisé par la partie adverse pour affirmer qu'« il lui appartenait de corroborer ses allégations en association, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale » est également sorti de son contexte. Cet arrêt stipule en effet à la suite de cette affirmation que : « Or, en l'espèce, la requérante n'apporte aucun élément de nature à démontrer qu'elle serait personnellement concernée par un risque de refus de soins du fait d'une submersion des dispensateurs de soins. Par ailleurs, la requérante ne peut être suivie en ce qu'elle soutient que le médecin-conseil se bornerait à renvoyer à des informations générales sans prendre en compte sa situation personnelle. En effet, la lecture de cet avis permet de constater que si le médecin-conseil a considéré qu'elle pouvait s'affilier à une mutuelle afin d'avoir accès aux soins qui lui sont requis en se fondant à cet égard sur des informations générales, il a également tenu compte de sa situation personnelle au pays d'origine, en relevant qu'elle ne semble pas y être démunie dès lors qu'elle a été en mesure de contracter une assurance voyage pour venir en Belgique, que rien ne démontre que ses 3 enfants, qui demeurent en Europe, ne peuvent continuer de l'aider financièrement et qu'elle a vécu dans son

pays d'origine la majeure partie de sa vie de sorte qu'il peut être présumé qu'elle y a développé un entourage social auquel elle pourra également faire appel en cas de nécessité. Cette motivation, qui n'est pas contestée en termes de recours et peut dès lors être considérée comme établie, témoigne de la prise en compte de l'ensemble des données de la cause en ce compris les données individuelles propres à la requérante »

Votre Conseil s'était donc basé sur la situation personnelle de la requérante pour constater que celle-ci ne serait probablement pas démunie en cas de retour dans son pays d'origine car elle pouvait compter sur un entourage social sur place ainsi que sur sa famille restée en Europe.

Dans le cas présent, la requérante a fait état lors de sa demande de son état de santé l'empêchant pour le moment de pouvoir travailler pour se payer ses soins de santé. La requérante, au vu de son obésité morbide et des comorbidités associées, a donc bel et bien fait état d'éléments qui relient son cas personnel à la situation générale des soins de santé au Cameroun au sens de la jurisprudence précitée. En considérant le contraire, la partie adverse a dès lors commis une autre erreur manifeste d'appréciation.

3. La partie adverse invoque en outre que le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé. Elle invoque que le Cameroun jouit de la plus forte densité d'infirmières et de médecins en Afrique subsaharienne. Elle fait cependant fi des informations déposées par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour qui nuance fortement l'impact de ces chiffres sur la santé des Camerounais qui ne se reflète pas sur les indicateurs de santé du pays (pièce 5 de la demande) : « Car si le pays recense deux fois plus de médecins (1,9 pour 1000 habitants) que le minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ses indicateurs de santé sont paradoxalement à la traîne. L'espérance de vie des Camerounais a baissé d'environ deux ans depuis 1990 alors qu'elle a augmenté de cinq ans en moyenne dans le reste de l'Afrique subsaharienne. Et le Cameroun est également l'un des pays au monde où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (122 décès pour 1000 naissances vivantes) a le moins diminué. (...) Ainsi, constate le rapport, plus une femme est riche, plus elle a de chances d'accoucher avec l'assistance d'un professionnel qualifié, alors qu'au sein des communautés pauvres et rurales, les femmes et les nouveau-nés sont au contraire exposés à un risque de décès beaucoup plus élevé. Les disparités géographiques sont criantes : 40% des médecins du pays exercent dans la région du centre (qui comprend Yaoundé, la capitale) où ne vit pourtant que 18% de la population. En revanche, l'extrême nord qui représente également 18% de la population du pays n'emploie que 8% des médecins. »

Votre Conseil a d'ailleurs estimé dans un arrêt n° 250 810 du 11 mars 2021 que la partie défenderesse se devait de répliquer au contenu des documents déposés par la partie requérante et ne pouvait examiner la demande uniquement sur base des informations recueillies de son initiative : « 3.3.1. Dès lors, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations rappelées supra, éluder l'analyse de cet aspect de la demande. Le Conseil estime qu'il incombait, au contraire, à la partie défenderesse, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine en tenant compte des documents transmis par la requérante. La partie défenderesse n'a pas répondu de façon satisfaisante à cet aspect de la demande dans la décision querellée, en sorte qu'elle n'a pas permis à la partie requérante d'en comprendre les motifs. En effet, force est de constater que la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte des documents déposés par la requérante afin d'appuyer ses déclarations, et donc sans répliquer au contenu desdits documents ».

En faisant fi des informations objectives déposées par la requérante à l'appui de sa demande et en se basant sur les chiffres relatifs au personnel de soins de santé au Cameroun sans les remettre dans leur contexte et sans tenir compte des indicateurs de santé du pays pour considérer que les soins que requiert l'état de santé de la requérante sont accessibles, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision.

4. La partie adverse invoque également l'émergence et la croissance des mutuelles de santé au Cameroun. Elle cite à titre d'exemple la Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé. Cette mutuelle est cependant destinée, selon ses propres déclarations, « pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations défavorisées de la ville de Yaoundé » et « elle s'adresse principalement aux habitants des sept arrondissements de la Capitale (décision attaquée) ». La requérante étant originaire de Douala, cette référence manque de pertinence et ne permet pas de démontrer que la requérante pourrait avoir accès financièrement à l'ensemble des soins médicaux dont elle a besoin. La partie adverse se base, en outre, sur des informations objectives anciennes qui soulignent elles-mêmes les faiblesses et la vulnérabilité de ces mutuelles. Elles indiquent notamment que plus de la moitié des mutuelles ayant vu le jour depuis 2006 n'existent plus. Il ressort, en effet, de la source à laquelle se réfère la partie adverse à ce sujet que : « 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) »

Une autre source mobilisée de la partie adverse est un article de Ritimo publié en janvier 2011, soit il y a 13 ans, qui décrit la mutuelle MUCOSANY, mais qui est très théorique et n'apporte aucune information concrète sur le fonctionnement, la possibilité de prise en charge et les soins accessibles. Elle indique en outre : « 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 Sante 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 <https://www.ritimo.org/La-Mutuelle-Communautaire-de-Sante-de-Yaound%C3%A9-Un-m%C3%A9canisme-solidaire-de->).

La troisième référence de la partie adverse (<https://docplayer.fr/1594105-Titre-la-mutuellecommunautaire-de-sante-de-yaounde-un-mecanisme-solidaire-de-financementcollectif-d-acces-aux-soins-de-sante-de-qualit%C3%A9.html>) est un article non-daté qui reprend exactement le même texte que l'article Ritimo précité publié en 2011.

Aucune autre information ne vient actualiser l'existence de ces mutuelles et au vu de l'existence précaire des mutuelles de santé au Cameroun, rien n'indique que celles-ci fonctionnent toujours à l'heure actuelle et que la requérante pourrait y avoir accès pour financer ses soins de santé.

Il apparaît dès lors, qu'en plus de concerner la ville de Yaoundé où la requérante n'a jamais vécu et n'y a aucune attache, la prétendue croissance des mutuelles au Cameroun est à relativiser fortement et ne permet pas de conclure à l'accessibilité du traitement médical nécessaire à la requérante. La partie adverse n'a, en outre, fourni aucune information concernant les conditions d'accès précises à ces mutuelles qui permettrait de conclure que la requérante pourrait en bénéficier en cas de retour au Cameroun.

Votre Conseil a d'ailleurs considéré à cet égard dans son arrêt n° 250 810 du 11 mars 2021 que : « S'agissant du motif relatif à l'assurance santé, le Conseil observe que, si le fonctionnaire médecin conseille à la requérante de « s'affilier à une mutuelle de santé en cas de nécessité », il ne donne aucune information quant aux conditions d'accès aux dites mutuelles de santé, ni à leur couverture des soins nécessaires à la requérante. » Il apparaît dès lors que la partie adverse, en fondant sa motivation essentiellement sur l'existence de ces mutuelles pour justifier l'accessibilité du traitement de la requérante, a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision.

5. La partie adverse se borne, par ailleurs, à déclarer que Votre Conseil a considéré que la dimension qualitative des soins n'est pas à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qu'il lui suffit de prouver la disponibilité et l'accessibilité de ces soins dans le pays d'origine. Cette motivation est tout à fait inadéquate car il n'est en aucun cas simplement question, dans les informations déposées, de soins de santé d'une qualité moindre mais bien des lacunes importantes dans l'offre publique de soins et d'une dégradation de l'accessibilité économique aux services de santé existants qui pourraient entraîner des complications cardiaques, ostéoarticulaires et métaboliques graves (voir certificats médicaux figurant au dossier administratif), soit une forme de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH.

6. En ce qui concerne, enfin, les références à la jurisprudence de la Cour EDH relatives à l'article 3 de la CEDH, Votre Conseil a déjà considéré dans son arrêt du 29 novembre 2021 que : « Quant aux considérations fondées sur la jurisprudence de la Cour EDH relatives à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme, elles sont quant à elles, en toute hypothèse, inadéquates, s'agissant de la légalité de la décision au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il convient de rappeler que 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, § 1er, alinéa 1er, de cette loi. 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° 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. » La requérante fait sienne la motivation précitée.

7. La partie adverse invoque également que la requérante n'a fourni aucune information concernant sa situation personnelle dans le cadre de sa demande et n'a pas fait valoir l'absence de soutien ou autre. Elle déduit du fait que la requérante a passé la plus grande partie de sa vie au pays d'origine que rien ne lui permet de constater qu'elle n'y possède plus de famille et/ou attaches. Elle invoque l'absence de preuve concernant l'inaccessibilité financière aux soins de la requérante.

Votre Conseil a considéré dans son arrêt n° 96 043 du 29 janvier 2013 que le postulat de la présence de membres de sa famille au Cameroun est insuffisant pour conclure à l'accessibilité du traitement requis : « La considération selon laquelle la requérante pourrait obtenir une aide de sa famille restée au Cameroun, n'est pas davantage développée en termes de motivation que par la référence à la présence de membres de cette famille au pays d'origine, et paraît ainsi procéder d'une simple pétition de principe, insuffisante en soi à asseoir la conclusion de la partie défenderesse relative à l'accessibilité des traitements requis ».

Ce postulat est, en outre, parfaitement hypothétique et ne se base sur aucun élément du dossier administratif. En 2021, dans un arrêt n° 261 739 du 6 octobre, Votre Conseil a relevé ainsi que l'hypothèse de l'aide potentielle de la famille et de l'entourage social ne peut démontrer en suffisance l'accessibilité des suivis et des traitements : « 3.2. (...) 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. ». Dès lors, en considérant que les soins seraient accessibles à la requérante car elle a vécu une grande partie de sa vie au Cameroun et devrait donc y avoir des attaches, la partie adverse a commis une autre erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision. En conclusion, les informations produites par la partie adverse ne permettent nullement démontrer que les soins que nécessite l'état de la requérante sont disponibles et accessibles au Cameroun, ce qui justifie l'annulation de la décision attaquée.

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, en sa première branche, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement «

appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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

3.2. En l'espèce, le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 3 janvier 2024 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une pathologie, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

3.3. S'agissant de l'accessibilité des soins au pays d'origine, le fonctionnaire médecin a indiqué, dans son avis du 3 janvier 2024, que « [...] Le conseil de l'intéressée apporte différents documents en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés de disponibilité et d'accès aux soins dans le pays d'origine. Il invoque ainsi la problématique de la sécurité sociale (Cleiss : « Le régime camerounais de sécurité sociale » ainsi qu'un « rapport d'Amnesty International 2017/2018 »), de la qualité des soins et des services (Bulletin de l'APAD : « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. ») du coût de l'assurance maladie pour la population, de l'accès aux soins de santé. Notons que tous ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale décrite et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Il lui appartenait de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021). Force est de constater que la requérante évoque une situation générale sur base de documents sans pour autant en expliquer le lien avec ses pathologies et sa situation personnelle de sorte qu'elle ne démontre pas en quoi les difficultés énoncées l'impacteraient directement.

Par ailleurs, notons d'abord que le Cameroun dispose d'un potentiel humain 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 de la couverture santé universelle, il y a eu émergence des mutuelles de santé (MS) au Cameroun. Celles-ci connaissent actuellement une croissance considérable. L'étude diagnostique et cartographique des MS conduite par le cabinet Epos-Saïd recensait, en 2010, 158 MS et 6017 organisations de MS en projet. Le mode de paiement des cotisations est variable en fonction de la MS. Il peut être mensuel, trimestriel ou annuel. Les cotisations des MS communautaires rurales sont collectées après la commercialisation des cultures de rente. Le montant moyen de la prime individuelle mensuelle est de 336 francs CFA (0.51 euro) soit un total annuel de 20160 francs CFA (30.73 euros), pour un ménage moyen de cinq personnes, avec des écarts allant de 100 francs CFA (0.15 Euro) à plus de 2000 francs CFA (0.30 Euro). L'adhésion familiale est la formule la plus répandue, et le tiers payant (88 %) représente le mode de prise en charge par excellence. Citons l'exemple, la Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé (MUCOSANY) . C'est une association à but non lucratif qui oeuvre au quotidien pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations défavorisées de la ville de Yaoundé, à travers l'appui à la mise en place d'un mécanisme de financement collectif d'accès aux soins de santé de qualité. Elle s'adresse principalement aux habitants des sept arrondissements de la Capitale. Plus de 2800 individus issus de 500 familles et 40 associations des 7 arrondissements de la ville de Yaoundé mutualisent leur risque maladie grâce à la MUCOSANY. Public cible : les familles, les associations, les ONG, les GICS, les femmes, les enfants de moins d'un an, les ministères, les indigents du Cameroun en général et de Yaoundé en particulier. Elle tient son origine de l'exclusion des populations marginalisées aux soins de santé de qualité et permet la mutualisation du risque maladie entre ses membres. Son objectif fondamental est d'abaisser la barrière à l'accès aux soins, en permettant à chaque bénéficiaire de mobiliser, si besoin est, un fonds constitué collectivement.

La prise en charge des membres comprend les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements (simples) et les actes de radiologie. Toutefois, 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, Unicef, Banque africaine de développement (BAD), OMS, Coopération française, Coopération belge, Saild, Assoal, Bepha, Promuscam, etc. La GTZ intervient essentiellement dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et du Littoral. La Coopération belge est présente dans la région de l'Extrême-Nord et le Saild dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et de l'Ouest. La BAD a initié en 2006 des études pour mettre en place des MS dans onze districts de santé des régions du Sud et du Centre. Citons encore MULEMACARE créée en 2018 qui intervient entre 50 et 80% des frais en fonction de la formule choisie ou encore La Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé.

La requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait pas souscrire à l'une ou l'autre de ces mutuelles de santé. Etant donné que la disponibilité et l'accessibilité du traitement sont établis dans cet avis, il n'y a pas de risque d'interruption du traitement. Notons 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).

Rappelons également que la situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins et que l'intéressée est assistée par son conseil lors de l'introduction de cette demande et sont donc considérée comme complètement informée de la portée de la disposition dont elle revendique l'application. Cependant, alors que cela lui incombait, l'intéressée n'a fourni aucune information concernant sa situation personnelle dans le cadre de cette demande et n'a pas fait valoir l'absence de soutien ou autre (CCE n°271315 du 15.04.2022).

Par conséquent, la requérante ayant passé la plus grande partie de sa vie au pays d'origine, rien ne nous permet de constater qu'elle n'y possède plus de famille et/ou d'attaches. En effet, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait raisonnablement se faire aider financièrement et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Notons également que le conseil de l'intéressée invoque une inaccessibilité financière aux soins cependant, il n'apporte aucun élément de preuve afin de soutenir ses allégations. Rappelons pourtant qu'il incombe au requérant d'étayer son argumentation (C.E, du 13 juil.2001 n° 97.866).

De plus, notons que la requérante est en âge de travailler. Rien n'indique que sa situation médicale l'empêcherait d'envisager la recherche d'un emploi adapté à sa situation. Ceci lui permettra de prendre en charge ses soins médicaux bien que, comme expliqué ci-dessus, le Cameroun propose déjà différentes structures d'aide ».

3.4. A cet égard, le Conseil constate, ainsi que l'avis du fonctionnaire-médecin le relève, que la requérante a fait valoir dans sa demande divers éléments relatifs à l'inaccessibilité des soins au Cameroun.

La requérante a notamment soutenu, dans sa demande, que « de nombreuses sources objectives font état du fait que, au Cameroun, la situation des soins de santé est extrêmement problématique ; les soins de santé sont inaccessibles et indisponibles ainsi que les traitements médicamenteux. », que « la sécurité sociale au Cameroun ne couvre que « les travailleurs » salariés. Ainsi, selon les statistiques de l'Institut National de la Statistique (INS), seul 10% de la population active est couverte par la sécurité sociale. Le système de cotisation, datant de 1967 est bâti sur le secteur formel et non sur la capacité des travailleurs à cotiser. Dès lors, 90% de la population, représentant le secteur informel, n'est pas couverte et notamment les commerçants (pièce 6). La plus grande majorité des camerounais n'a donc pas accès aux soins sanitaires, les soins étant payants et nombreux sont ceux qui n'ont pas assez d'argent pour y faire face. Il existe donc non seulement des lacunes importantes dans l'offre publique de soins mais également une dégradation de l'accessibilité économique aux services de santé existants. », qu'« En raison de l'absence de sécurité sociale et de la pauvreté, l'inaccessibilité des soins de santé au Cameroun pour la majorité de la population les pousse à recourir à des médicaments de rue, achetés à la pièce à des vendeurs ambulants ou au marché. Ceux-ci s'avèrent souvent être des médicaments pirates, inopérants voire toxiques. De plus, 80% des Camerounais ont régulièrement recours à la médecine indigène et aux plantes, nettement moins chère que la médecine occidentale. En effet, l'assurance maladie coûte trop cher pour la majorité de la population. » et que « par conséquent, il est établi qu'au Cameroun, les traitements et suivis qui sont indispensables à la vie de la requérante sont indisponibles et inaccessibles et elle ne pourrait donc y être

soignée. Suivant son profil et ses besoins, les possibilités effectives pour la requérante d'avoir un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays d'origine sont nulles.

En outre, même si ces soins et médicaments étaient disponibles, ils ne lui sont pas accessibles financièrement. En effet, les documents présentés supra ont révélé que la population ordinaire n'a pas accès aux soins et que les soins et médicaments dont la requérante a besoin sont extrêmement chers et peu accessibles. Cela sera d'autant plus le cas en l'espèce que la requérante est incapable de travailler en raison de ses problèmes de santé. Elle ne sera donc pas en mesure de se procurer des revenus et de bénéficier d'une assurance de soins de santé ». La requérante a appuyé son propos de plusieurs sources d'informations.

Dans sa requête, la partie requérante soutient notamment que « l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne requiert pas de la requérante qu'elle individualise sa demande au point de ne fournir que des informations qui la concernent personnellement mais lui impose de fournir des renseignements sur sa situation médicale et sur la disponibilité et l'accessibilité des soins dans son pays d'origine. En l'espèce, les informations déposées ont trait spécifiquement à la situation et aux besoins médicaux précis de la requérante. Elles comprennent, en effet, à la fois des informations concernant sa maladie et des informations concernant l'absence de disponibilité et d'accessibilité des soins pour 90% des Camerounais ne bénéficiant pas de la sécurité sociale et remplissent dès lors les exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. »

Force est de constater que ni le rapport du fonctionnaire médecin, ni la partie défenderesse à sa suite, n'ont envisagé de manière suffisamment précise et personnalisée l'intégralité des éléments apportés par la requérante afin d'appuyer sa demande d'autorisation de séjour quant aux difficultés d'accès aux soins requis par les pathologies dont elle est atteinte. En effet, les considérations du fonctionnaire médecin relatives au caractère général des documents fournis par la partie requérante ne peuvent suffire à rencontrer ses arguments.

La motivation selon laquelle « *Il lui appartenait de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021).* Force est de constater que la requérante évoque une situation générale sur base de documents sans pour autant en expliquer le lien avec ses pathologies et sa situation personnelle de sorte qu'elle ne démontre pas en quoi les difficultés énoncées l'impacteraient directement. » ne saurait être suivie, au vu de la teneur des éléments que la requérante a fait valoir dans sa demande, la requérante ayant expliqué que suivant son profil et ses besoins, les possibilités effectives pour elle d'avoir un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays d'origine sont nulles et que les soins ne lui sont pas accessibles financièrement dès lors que les soins et médicaments dont la requérante a besoin sont extrêmement chers et peu accessibles d'autant qu'elle est incapable de travailler en raison de ses problèmes de santé, et qu'elle ne sera donc pas en mesure de se procurer des revenus et de bénéficier d'une assurance de soins de santé. Le Conseil estime que la requérante a appuyé son propos par diverses sources et a expliqué, dans sa demande, en quoi cette situation lui est applicable.

Le Conseil estime dès lors que la motivation, qui se limite à opposer aux informations et documents fournis par la partie requérante à l'appui de sa demande afin d'établir les difficultés d'accès aux soins requis au Cameroun, leur caractère général et l'absence de démonstration, par la requérante, de leur lien avec les pathologies dont elle souffre et sa situation personnelle, s'avère insuffisante et inadéquate.

En outre, le Conseil observe que, s'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins requis auquel le fonctionnaire médecin doit procéder, ce dernier s'en est tenu en l'espèce dans son avis médical à des considérations très générales qui ne permettent pas d'asseoir à suffisance son avis à ce sujet, compte tenu notamment des renseignements qu'il fournit lui-même.

Ainsi, le Conseil observe, s'agissant de la capacité de la partie requérante à travailler, que le fonctionnaire médecin a négligé de tenir compte dans son appréciation de la circonstance que la requérante a mentionné dans sa demande d'autorisation de séjour qu'elle « est incapable de travailler en raison de ses problèmes de santé » et du fait qu'elle « ne sera donc pas en mesure de se procurer des revenus et de bénéficier d'une assurance de soins de santé ».

Quoiqu'il en soit, l'allégation selon laquelle « le Cameroun dispose d'un potentiel humain 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 » ne paraît nullement adéquate ni suffisante, et se contente de faire état d'allégations générales purement descriptives, alors que la partie défenderesse formule ce reproche quant aux éléments fournis par la partie requérante à l'appui de sa demande.

S'agissant de l'émergence des mutuelles de santé au Cameroun, le Conseil observe, ainsi que le soulève la partie requérante, qu'il ressort d'une source sur laquelle le fonctionnaire médecin s'est appuyé dans son avis précité, soit un article intitulé "Erudit, L'Economie sociale dans le monde, Emergence des mutuelles de sante au Cameroun, avril 2015, pp. 7-8, disponible sur :

<https://www.erudit.org/fr/revues/recma/2015-n336-recma01831/1030158ar.pdf>, que " 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)"

Au vu du caractère général de la motivation de l'avis précité sur ce point, et de la lecture des informations sur lesquelles le fonctionnaire médecin s'est lui-même fondé, le Conseil estime que rien ne démontre que l'accessibilité des traitements et suivis requis sont bien garantis au pays d'origine.

Au surplus, si le fonctionnaire médecin relève que la prise en charge des membres comprend les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements (simples) et les actes de radiologie, il convient de constater qu'il ne ressort pas de cette motivation que les traitements qui sont nécessaires à la partie requérante seraient couverts par une mutuelle de santé.

Le Conseil souligne également que la simple affirmation non étayée du possible recours à l'aide familiale ou à l'aide d'amis ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitement et suivi nécessaires à la requérante. En effet, la référence à cette solidarité ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles l'étranger serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

Dès lors, il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie la partie défenderesse que les soins médicaux que nécessite l'état de santé de la requérante sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine.

3.5. Il résulte de ce qui précède que la motivation de la décision attaquée est insuffisante pour permettre de considérer l'accessibilité des soins requis établie.

Partant, force est de constater que la motivation de la décision entreprise est insuffisante à cet égard et que la partie défenderesse viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991.

3.6. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations selon laquelle « la partie requérante ne conteste pas que les informations jointes à sa demande ont un caractère général et ne la visent pas personnellement mais qu'elle se contente de soutenir, à tort, qu'elle ne devait pas démontrer que sa situation personnelle était comparable à la situation générale. En effet, elle entend relever que l'article 9ter impose au demandeur de fournir des renseignements sur sa situation médicale et sur la disponibilité et l'accessibilité des soins requis par son état dans le pays d'origine. Elle considère ensuite qu'en ce que la partie requérante prétend que les informations déposées rempliraient les exigences de l'article 9ter, elle tente d'amener votre Conseil à substituer son appréciation à la sienne en prenant le contrepied de l'acte attaqué alors que ceci excède sa compétence." Et " l'arrêt n°235612 prononcé par votre Conseil le 28 avril 2020 n'est pas pertinent puisqu'en l'espèce elle ne s'est pas contentée de dénoncer le caractère général des informations fournies mais a aussi constaté que la partie requérante ne démontrait pas que sa situation individuelle était comparable à la situation générale et qu'elle n'étayait en rien son allégation alors qu'il ne suffisait pas de se référer à des rapports internationaux pour établir une discrimination dans l'accès aux soins mais qu'il fallait démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans le rapport lui était applicable. [...] » n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. Les autres arguments y soulevés ne sauraient renverser les constats qui précèdent.

3.7. Il résulte de ce qui précède que la première branche du moyen, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner l'autre branche du moyen qui, à la supposer fondée, ne pourrait entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.8 . Le premier acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., que la partie défenderesse a déclaré 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.

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

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

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

Article 1er

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 8 janvier 2024, sont annulés.

Article 2

La requête est rejetée pour le surplus

Article 3.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le deux septembre deux mille vingt-quatre par, :

M. BUISSERET, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. D. NYEMECK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. D. NYEMECK

M. BUISSERET