

Arrêt

n° 312 430 du 3 septembre 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. HARDY
Rue de la Draisine 2/004
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^eme CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 avril 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 14 mars 2024.

Vu le titre Ier 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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 03 mai 2024 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 21 juin 2024 convoquant les parties à l'audience du 09 juillet 2024.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me J. HARDY, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me S. MATRAY, C. PIRONT et S. ARKOULIS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique en 2021 sous couvert d'un visa étudiant. Il a été mis en possession d'une carte de séjour de type A dont la validité a été prolongée jusqu'au 31 octobre 2022.

1.2. Le 25 mai 2022, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 20 décembre 2023, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant.

Le 27 février 2024, la partie défenderesse a procédé au retrait des décisions susmentionnées. Le recours formé à l'encontre de ces décisions a par conséquent été rejeté par le Conseil de céans dans son arrêt n° 306 330 du 14 mai 2024.

1.3. Le 14 mars 2024, la partie défenderesse a déclaré non fondée la demande visée au point 1.2. et a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour :

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

L'intéressé 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 11.03.2024, (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 dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles au Cameroun.

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

- 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 n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux établis 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...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit que « L'étranger transmet avec la demande tous les 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

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

- o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 ; l'intéressé 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 : pas d'enfant

La vie familiale : personne seule

L'état de santé : pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine

Par conséquent, il n'y a pas d'éléments qui posent problème pour prendre un ordre de quitter le territoire ».

2. Exposé de la première branche du moyen unique d'annulation.

2.1. La partie requérante invoque un moyen unique pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation « [...] du droit fondamental au respect de la vie privée et familiale (consacré par les articles 8 CEDH et 7 et 52 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne) ; [...] des articles 9ter et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; [...] des obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; le principe de bonne administration, en particuliers les devoirs de minutie et de prudence ».

2.2. Dans une première branche, elle allègue que la première décision attaquée « n'est pas dûment motivée, et méconnait l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, car l'analyse de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et médicaments nécessaires à la partie requérante sur laquelle elle repose, est insuffisante et inadéquate ».

En ce qui s'apparente à une première sous-branche relative à la disponibilité au pays d'origine du traitement médicamenteux et du suivi requis afin de pallier les pathologies du requérant, elle soutient que « la disponibilité des traitements et soins médicamenteux en cause n'est pas du tout démontrée, car la partie défenderesse se limite à produire des extraits de requêtes MedCOI qui n'établissent pas les quantités disponibles des soins et traitements nécessaires [au requérant] ». Elle affirme que « si les différents médicaments qu'il doit prendre apparaissent comme étant « disponibles » sur les requêtes MedCOI, rien n'indique qu'ils sont disponibles en quantité suffisante sur place » et que « rien ne garantit que ces médicaments ne sont pas (bientôt) en pénurie, ou en rupture de stock, d'autant que certaines requêtes MedCOI datent d'il y a 4, 3, 2 ou 1 an ». Elle ajoute qu'« en ce qui concerne les suivis médicaux, en particulier les suivis neurologique, cardiaque et psychologique (dont la nécessité d'une régularité a été prouvée à l'appui de la demande de séjour), rien n'indique qu'ils seraient disponibles de manière régulière pour le requérant ». Elle précise que « dans le cadre de la demande de séjour (en ce compris ses annexes), il était démontré que ces suivis réguliers sont nécessaires, même indispensables pour le requérant » et que « cette régularité doit être prise en compte pour assurer une réelle disponibilité et une réelle accessibilité, *quod non* en l'espèce ». Elle fait ensuite grief au fonctionnaire médecin de s'être référé à des requêtes MedCOI datées de juin 2020 et d'octobre 2021. Elle estime que pareil procédé « ne permet pas de s'assurer que les informations sont toujours actuelles ». Elle ajoute que « l'interrogation est d'autant plus grande que la crise sanitaire liée à la Covid-19 frappait encore fortement en 2021 et 2022, en particulier dans les pays d'Afrique comme le Cameroun, et que cette crise a fait des ravages notamment sur les infrastructures médicales des pays du monde ». Elle poursuit son argumentaire en affirmant que « les requêtes MedCOI indiquent toutes que les soins et traitements nécessaires au requérant sont disponibles à Yaoundé ». Elle relève que « le requérant est né et vivait à Douala avant de venir en Belgique » et indique qu'« il n'a jamais vécu à Yaoundé et n'a pas de famille là-bas ». Elle allègue qu'« il ne peut être attendu du requérant qu'il se rende là pour obtenir ses soins, encore moins au vu de la nécessité de bénéficier d'une régularité de ses traitements, d'autant plus vu leur nombre ». Elle ajoute qu'« il ne pourrait être attendu de lui qu'il aille s'installer seul à Yaoundé, où il n'a aucune attaché, ni qu'il fasse des allers-retours réguliers entre Douala et Yaoundé -les deux villes étant séparées de près de 250 km ».

En ce qui s'apparente à une seconde sous-branche relative à l'accessibilité au pays d'origine du traitement médicamenteux et du suivi requis afin de pallier les pathologies du requérant, elle relève que certains médicaments figurant dans le traitement du requérant ne sont disponibles que dans des établissements privés. Elle fait grief au fonctionnaire médecin de ne pas s'être prononcé sur « l'éventuelle existence d'un système de remboursement de soins de santé lorsqu'ils sont dispensés dans des établissements privés ». Elle relève également que le fonctionnaire médecin « admet qu'il n'y a pas de remboursement par l'assurance obligatoire pour le secteur privé » et estime que « cela revient à reconnaître que certains traitements et suivis du requérant seront inaccessibles pour lui ou [que] cela impliquerait qu'il ait des ressources financières propres suffisantes pour pouvoir couvrir les coûts médicaux ». Elle indique que « le requérant n'a pas de revenus suffisants » et précise qu'il est en incapacité de travail et n'est donc pas en mesure de « subvenir à ses propres besoins ». Elle ajoute que son garant « s'était engagé auprès des

autorités belges dans le cadre d'une demande de séjour étudiant à couvrir des éventuels frais mais il ne s'est pas engagé à couvrir les frais médicaux à vie du requérant ». Elle reproduit un extrait du rapport rédigé par le fonctionnaire médecin et estime que ce dernier « se contredit puisqu'il base la majeure partie de son propre avis médical sur des informations générales ». Elle ajoute que « les informations fournies par la partie requérante à l'appui de sa demande de séjour concernant les problèmes du système de santé, du manque d'équipements ou encore du manque de financement, ne sont certainement pas moins pertinentes que les informations générales sur lesquelles s'appuie le médecin de l'Office des étrangers pour affirmer que les soins dont la partie requérante a besoin sont disponibles au pays et pour affirmer que la partie requérante aura accès aux soins requis en cas de retour, en tenant compte du fait que le requérant est de nationalité camerounaise, qu'il souffre notamment de problèmes graves de santé et qu'il a besoin de traitements et suivis particuliers », citant la jurisprudence du Conseil de céans à l'appui de son argumentaire. Elle conclut que le requérant « n'a donc pas manqué de relier son cas individuel à la situation générale, contrairement à ce que prétend la partie défenderesse ». Elle poursuit ensuite son argumentation en faisant valoir que le fonctionnaire médecin « part du postulat - erroné - que le requérant pourrait s'affilier à la mutuelle de son choix pourrait souscrire à une assurance privée ou bénéficier de prestations de la sécurité sociale ». Elle allègue que « ce faisant, le médecin-conseil occulte le fait que le requérant a été déclaré en incapacité de travail et qu'il ne pourrait pas avoir des revenus propres en cas de retour au Cameroun pour faire face aux coûts importants engendrés par ses besoins médicaux ». Elle fait également grief au fonctionnaire médecin de pas avoir vérifié que le requérant « entre dans les conditions pour bénéficier du système de sécurité sociale qu'il évoque très brièvement et si les soins dont [il] a besoin sont couverts par une des trois branches mentionnées ». Elle allègue à cet égard que « les informations mises en avant en termes de demande 9ter démontrent l'inverse ». Elle fait ensuite valoir que le requérant ne réunit pas les conditions nécessaires afin de bénéficier d'une assurance invalidité dans son pays d'origine. Elle indique à cet égard que le requérant « remplit notamment pas, et ne remplira jamais, les deux premières conditions : être immatriculé à l'a CNPS depuis au moins 5 ans et avoir accompli 6 mois d'assurance au cours des 12 mois civils précédant le début de l'incapacité conduisant à l'invalidité ». Elle reproche également au fonctionnaire médecin de ne pas avoir précisé « si l'organisation Cameroon Baptist Convention Health Services peut répondre aux besoins médicaux particuliers du requérant ». Elle conclut que la partie défenderesse « n'a nullement égard au traitement conséquent, pointu et rigoureux nécessaire [au requérant] et se borne à des généralités ». Elle précise que « pour résumer, [le fonctionnaire médecin] fait grand cas du régime de sécurité sociale auquel le requérant n'aurait pas droit puisqu'il ne pourrait travailler, de mutuelles et d'une organisation solidaire ». Elle fait également valoir que « les informations citées sont anciennes, non actualisées et ne démontrent donc aucunement une accessibilité effective puisque : le médecin-conseil se réjouit du fait que le gouvernement camerounais finalise une couverture maladie universelle et ce, depuis 2019 », avant d'ajouter que « d'autres informations datent d'encore plus longtemps (2010 ou 2014) ».

3. Discussion.

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

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

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 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 précité, 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'expliquer les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. 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 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 (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n°147.344).

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur l'avis du médecin fonctionnaire daté du 11 mars 2023, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, et dont il ressort, d'une part, que le requérant est en « état dépressif majeur » et souffre d'une « *lésion pseudo granulomateuse correspondant à une tuberculose vertébrale en L3* » et, d'autre part, que le traitement médicamenteux et le suivi médical requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Le médecin conseiller y cite les sources sur lesquelles son avis est fondé.

3.3. S'agissant de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical requis, l'avis médical susmentionné indique notamment que « *Le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé (médecine curative dans les diverses spécialités, professionnels de la 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. Selon une étude de cas de 2017 de l'OMS sur les systèmes de soins primaires au Cameroun, les soins de santé primaires (SSP) sont fournis conformément au cadre des districts sanitaires proposé par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Afrique, ce qui implique une infrastructure de centres de santé intégrés appartenant à l'Etat, confessionnels et privés, basé sur des infirmières et soutenue par des médecins. Les réalisations positives du système de SSP se sont révélées être une couverture élevée de la population en matière de vaccination, de technologie de prévention du paludisme et de dépistage du VIH. L'assurance maladie privée offre une bonne couverture. Cependant, le gouvernement camerounais est en train de finaliser la couverture maladie universelle qui devrait prendre en compte l'ensemble de la population. Concernant la sécurité sociale au Cameroun, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que la sécurité sociale camerounaise comporte trois branches : - prestations familiales - accidents de travail et maladies professionnelles – invalidités, vieillesse et décès (survivants). Depuis 1962, un certain nombre de soins de santé sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux. Des assurances santé privées existent également. D'autre part, la base de donnée stratégique du GIP SPSI regroupant des fiches pays présentant les systèmes de santé et de couverture sociale dans le monde nous apprend qu'il existe également au Cameroun un système de protection sociale constitué de dispositifs hétérogènes de type mutuelles ou micro-assurance santé, destinés à différents groupes minoritaires de population. Ce système est largement appuyé par la coopération internationale. Selon un rapport de « United States Agency International développement », il y avait déjà 107 mutuelles de santé fonctionnelles au Cameroun en 2008. La plupart de ces mutuelles prennent en charge les soins de santé aux niveaux primaires et secondaire dans une fourchette comprise entre 75 et 100 % de taux de prise en charge. Comme en Belgique, pour réduire les frais liés aux soins de santé, les personnes ont intérêts à s'affilier à une mutuelle de santé. De même au Cameroun, l'intéressé aura intérêt de s'affilier à une mutuelle de son choix. Selon l'expert MedCOI contacté EUAA-14, il n'y a pas de remboursement par l'assurance obligatoire pour le secteur privé. Le remboursement est possible si le patient a initialement souscrit à une assurance, à titre personnel ou par l'intermédiaire de son employeur, par exemple, ou un abonnement familial. Dans ce cas, le remboursement dépendra des conditions et du type d'assurance à laquelle le patient a initialement souscrit. L'organisation Cameroon Baptist Convention (CBC) Health Services possède plusieurs hôpitaux et centres de santé dans le pays. L'organisation déclare sur son site web qu'elle fournit des soins de santé pour tous, et pour les patients qui ne peuvent pas payer les factures de l'hôpital,*

l'organisation sollicite des dons de la part de particuliers et d'institutions. Ses hôpitaux proposent des traitements de santé mentale, des services orthopédiques et des services de rééducation pour les personnes paraplégiques. Notons qu'un rapport du MedCoi indique que depuis 2012, le gouvernement a instauré un système de couverture pour les indigents dans certains hôpitaux et que certains hôpitaux réduisent, par eux-mêmes, de 30% les frais de soins de santé pour les indigents. Le Cameroun dispose d'une assurance d'invalidité : est considéré comme invalide, l'assuré qui a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales le rendant incapable de gagner plus de 1/3 de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation, peut se procurer par son travail. L'assuré qui devient invalide avant l'âge de 60 ans a droit à pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes : avoir été immatriculé à la CNPS depuis au moins 5 ans ; - avoir accompli 6 mois d'assurance au cours des 12 mois civils précédant le début de l'incapacité conduisant à l'invalidité ; - avoir cessé toute activité salariée/rémunérée ; - être atteint d'une invalidité dûment constatée et certifiée par le médecin conseil de la CNPS, dont le taux évalué est d'au moins 66 %. L'intéressé apporte un document en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (annexes 4 dans la requête 9ter). Les arguments invoqués par l'avocat de l'intéressé concernant notamment les problèmes du système de santé camerounais, du manque d'équipements ou encore du manque de financement ne démontrent 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). 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). Le requérant a déclaré lors de sa demande de visa étudiant avoir un garant capable de lui verser 670 euros par mois durant toute la durée de ses études prévues en Belgique. Il s'agit d'un cousin travaillant comme analyste en Allemagne. Rien ne nous permet de douter que celui-ci pourra l'aider si nécessaire pour ses soins de santé. Par ailleurs, le requérant ne démontre pas qu'il serait esseulé dans son pays d'origine alors qu'il y a vécu de nombreuses années. Ainsi, il n'est nullement démontré que le requérant ne pourrait pas, avec l'aide de ses proches, payer ses soins grâce notamment aux aides proposées par son pays décrites supra. Rappelons enfin qu'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). Ce qui est le cas en l'espèce. 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 il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume Unis du 06 février 2001, §38). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

Le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante, que les considérations susvisées émises ne démontrent pas, à suffisance, l'accessibilité des soins et suivis requis par l'état de santé du requérant, dans son pays d'origine.

3.3.1. Ainsi, s'agissant de la référence à l'existence d'une assurance invalidité au Cameroun, le Conseil constate que le requérant semble ne pas répondre aux deux premiers critères mentionnés par la partie défenderesse pour bénéficier de cette assurance invalidité. Il appert effectivement, au vu des circonstances propres au cas d'espèce, que le requérant ne pourrait, *a priori*, d'une part, « avoir été immatriculé à la CNPS depuis au moins cinq ans » et, d'autre part, « avoir accompli six mois d'assurance au cours des douze mois civils précédant le début de l'incapacité conduisant l'invalidité ».

Par conséquent, force est de constater que le requérant ne peut bénéficier de l'assurance invalidité à laquelle se réfère le fonctionnaire médecin dans son avis médical.

3.3.2. En ce que le fonctionnaire médecin entend se référer à l'existence de « *mutuelles de santé fonctionnelles* » et reproduit un extrait d'un rapport de l'USAID indiquant que « *les mutuelles de santé prennent en charge les soins de santé aux niveaux primaire et secondaire dans une fourchette comprise entre 75 et 100 % de taux de prise en charge* », le Conseil constate que le rapport susmentionné date de février 2010 et ne définit pas les soins de santé qualifiés de « *primaire* » et « *secondaire* ».

En outre, les informations fournies par le fonctionnaire médecin ne permettent pas de déterminer, concrètement, si le requérant pourrait s'affilier à une mutuelle et, le cas échéant, à quelles conditions il le pourrait, et quels frais pourraient être couverts.

3.3.3. Il convient d'appliquer un raisonnement similaire en ce que le fonctionnaire médecin mentionne que « *le gouvernement a instauré un système de couverture pour les indigents dans certains hôpitaux* » et que « *certains hôpitaux réduisent, par eux-mêmes, de 30% les frais de soins de santé pour les indigents* ». Le Conseil observe à cet égard que le rapport auquel se réfère le fonctionnaire date de 2012 et ne définit pas

quel types de soins bénéficieraient de ce « *système de couverture pour les indigents* ». Il ne renseigne pas non plus quant aux hôpitaux qui pratiqueraient la réduction de 30% susmentionnée.

3.3.4. Si les hôpitaux possédés par l'organisation « *Cameroon Baptist Convention* » dispensent « *des traitements de santé mentale, des services orthopédiques et des services de rééducation pour les personnes paraplégiques* », force est de constater, à l'instar de la partie requérante, que les informations fournies par le fonctionnaire médecin ne démontrent pas à suffisance que les hôpitaux précités seraient en mesure de répondre aux besoins médicaux particuliers du requérant. Le Conseil n'est pas en mesure de vérifier, lorsqu'il parcourt le site internet de l'association, si le requérant aurait accès à son traitement médicamenteux par le biais de ces hôpitaux.

3.3.5. Quant à la mention dans l'avis médical du fait que « *Le requérant a déclaré lors de sa demande de visa étudiant avoir un garant capable de lui verser 670 euros par mois durant toute la durée de ses études prévues en Belgique. Il s'agit d'un cousin travaillant comme analyste en Allemagne. Rien ne nous permet de douter que celui-ci pourra l'aider si nécessaire pour ses soins de santé. Par ailleurs, le requérant ne démontre pas qu'il serait esseulé dans son pays d'origine alors qu'il y a vécu de nombreuses années. Ainsi, il n'est nullement démontré que le requérant ne pourrait pas, avec l'aide de ses proches, payer ses soins grâce notamment aux aides proposées décrites supra [...]* », le Conseil observe, s'agissant de la qualité des liens que le requérant entretient avec ses proches ainsi qu'aux moyens financiers de ceux-ci, qu'une telle affirmation s'apparente à une pétition de principe qui 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 traitements et suivis requis par l'état de santé du requérant.

La circonstance que le cousin du requérant se soit porté garant lorsque ce dernier a sollicité une autorisation de séjour en qualité d'étudiant ne démontre pas que celui-ci aurait la volonté ou la capacité de financer le traitement du requérant dans l'éventualité où il devrait retourner au pays d'origine.

3.4. Il résulte de ce qui précède qu'il ne peut être déduit des informations figurant au dossier administratif et sur lesquelles s'appuie le médecin-conseil, et à sa suite la partie défenderesse, que le traitement médicamenteux et le suivi requis par l'état de santé du requérant sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que la première décision attaquée n'est pas adéquatement motivée en ce qui concerne l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires au requérant, au regard de sa situation individuelle.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière médicale -, 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.

3.5. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'est pas de nature à renverser le constat qui précède, dans la mesure où elle allègue que « la partie requérante n'a pas démontré, à l'appui de sa demande, l'impossibilité d'avoir accès à une assurance pouvant prendre en charge les coûts dans le secteur privé » et qu'« il lui appartenait de prouver, avant l'adoption de la décision, qu'elle ne pourrait pas bénéficier des mécanismes existants dans son pays d'origine ».

Le Conseil rappelle à cet égard que le fonctionnaire médecin exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement disponible et accessible dans le pays d'origine, en sorte que la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité de traitement adéquat dans le pays d'origine, ne pèse pas exclusivement sur le demandeur (voir à cet égard le raisonnement suivi par le Conseil d'Etat dans son ordonnance rendue en procédure d'admissibilité des recours en cassation, n° 12.768 du 27 mars 2018).

Par conséquent, si le fonctionnaire médecin entendait fonder l'accessibilité au pays d'origine du traitement et des suivis requis par l'état de santé du requérant sur la base de la possibilité de s'affilier à une mutuelle, il était alors tenu de démontrer que le requérant entrait dans les conditions d'affiliation et que les coûts engendrés par le traitement et le suivi requis pourraient être rencontrés par le requérant, *quod non in specie*.

Il convient d'appliquer un raisonnement identique en ce que le fonctionnaire médecin entendait fonder l'accessibilité au pays d'origine du traitement et des suivis requis par l'état de santé du requérant sur la base de la possibilité de bénéficier d'une assurance indemnité. Le Conseil rappelle à cet égard que le

fonctionnaire médecin n'a pas démontré que le requérant répondait aux critères requis afin de bénéficier d'une assurance invalidité.

3.6. Au vu de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse a violé l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et n'a pas adéquatement motivé sa décision. La première branche du moyen est fondée et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.7. Le Conseil estime qu'il est indiqué, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de faire disparaître l'ordre de quitter le territoire attaqué de l'ordonnancement juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque. En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire au requérant si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, la demande visée au point 1.2. du présent arrêt (dans le même sens, CCE., arrêt n°112 609, rendu en Assemblée générale, le 23 octobre 2013).

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.

5. Dépens.

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie défenderesse.

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

Article 1^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour ainsi que l'ordre de quitter le territoire, pris le 14 mars 2024, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Article 3

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

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

J. MAHIELS, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. IGREK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

J. MAHIELS