

Arrêt

n° 312 452 du 4 septembre 2024
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. PAQUOT
Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 15 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, prise le 23 février 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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 juin 2024 convoquant les parties à l'audience du 10 juillet 2024.

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

Entendu, en leurs observations, Me J. PAQUOT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1 Le 1^{er} septembre 2020, la requérante a introduit une première demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée par l'arrêt n° 286 493, du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil), prononcé le 21 mars 2023, lequel a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugiée et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 12 avril 2023, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale (annexe 13^{quinq}) à l'encontre de la requérante. Par un arrêt n° 291 910, prononcé le 13 juillet 2023, le Conseil a annulé cette décision.

1.3. Le 23 juin 2023, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.4. Le 23 février 2024, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée. Cette décision, qui a été notifiée à la requérante le 14 mars 2024, constitue la décision attaquée et est motivée comme suit :

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

[La requérante] 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 06.02.2024 (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'intéressée 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'intéressée 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'intéressée 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 elle séjourne.*

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

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation

- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980,
 - des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs - - de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH),
 - des articles 8.4 et 8.5 du livre VIII du Code Civil « (et du principe qui s'en déduit, imposant à celui qui invoque une preuve de la rapporter avec un degré suffisant de certitude) »,
 - et du devoir de minutie,
- ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. Après un rappel de considérations théoriques, la partie requérante fait valoir, dans ce qui peut être lu comme une première branche, intitulée « Pathologies actives actuelles », ce qui suit :

« Selon le médecin-conseil « aucun[e] récurrence d'éventration n'est documentée (...) aucun suivi chirurgical n'est donc nécessaire ». Pourtant, [la requérante] a présenté une nouvelle récurrence en octobre 2023 et a dû subir une nouvelle cure d'éventration ; un suivi annuel est recommandé par sa chirurgienne, au vu du nouveau risque de récurrence (pièces 3-6). La décision est donc constitutive d'erreur manifeste, puisque [la partie requérante] présente actuellement des risques de récurrences, ce que le médecin-conseil aurait pu exclure s'il avait examiné [la requérante], ou contacté sa médecin spécialiste ».

2.3. Dans ce qui peut être lu comme une deuxième branche, intitulée « Disponibilité », la partie requérante fait valoir ce qui suit :

« A titre principal, le refus consiste en une motivation par double référence : un rapport du médecin fonctionnaire, lequel renvoie lui-même à des requêtes MedCoi reproduites dans son avis. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés (Cons. État [13e ch.], 17 juin 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130). Cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations

issues de la banque de données MedCOI (et à des sites internet, concernant l'accessibilité), ne répond donc pas au prescrit des articles 62 §2 de la loi sur les étrangers, 2 et 3 de la loi relative à la motivation formelle. Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester.

A titre subsidiaire, l'auteur du rapport est inconnu, de même ses qualifications, mérites et sources, puisque selon la décision contestée, « *L'EUA MedCOI Sector reçoit des informations des sources suivantes : - des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine* » ; ce ne sont donc pas les hôpitaux ou pharmacies référencés qui ont été consulté[s], mais des médecins locaux non autrement identifiés. Un rapport dont l'auteur est anonyme et dont les sources ne sont pas identifiées est totalement invérifiable et ne peut fonder aucune preuve suffisamment certaine de la disponibilité des soins.

A titre plus subsidiaire, suivant la clause de non-responsabilité : « *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.* » MedCOI analyse la disponibilité des soins au Cameroun dans un unique établissement de soins, ce qui ne permet pas d'évaluer leur disponibilité à l'échelle nationale ; en l'espèce, la disponibilité n'est évaluée qu'au sein de pharmacies, telles que la « Pharmacie du Verset », la « Pharmacie Camerounaise » et des centres médicaux tels que le « Centre médical la cathédrale », « central Hospital of Yaounde » ; supposer que ces pharmacies et centres médicaux situés dans la capitale disposent des soins requis ne signifie pas qu'ils le sont à l'échelle nationale et sont donc effectivement disponibles pour [la partie requérante] laquelle est originaire de Douala (à cinq heures de route de Yaoundé) ».

2.4. Dans ce qui peut être lu comme une troisième branche, intitulée « Accessibilité », la partie requérante fait valoir ce qui suit :

« La législation camerounaise de sécurité sociale ne prévoit pas de couvertures pour les soins de santé (https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_cameroun.html). Ce que reconnaît le défendeur qui évoque l'« *émergence de mutuelles de santé* ». Le défendeur admet donc l'absence de couverture santé universelle et renvoie la requérante vers un système de protection sociale constitué de dispositifs hétérogènes : d'une part, des mutuelles financées collectivement ; d'autre part, des mutuelles appuyées par la coopération internationale (Unicef, Oms, coopérations belge et française...). Ces financements privés et internationaux confirment les nombreux rapports invoqués, qui indiquent le sous financement des infrastructures hospitalières au Cameroun. Quant à la prétendue « émergence des mutuelles de santé », plus de la moitié des mutuelles ayant vu le jour depuis 2006 n'existent désormais plus. 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) ». Le médecin adverse renvoie vers des sites anciens de certaines mutuelles, sans en reproduire les extraits dont il tire ses conclusions, au lieu de se fonder sur des rapports publics récents évaluant concrètement l'accessibilité des soins au Cameroun :

- Rapport Osar, 15 février 2019

« *Un système de santé sous-financé et sous pression. Les dépenses de santé représentent à peine un pourcent du PIB. Les ménages représentent la principale source de financement... Un système de santé inefficace et corrompu qui ne satisfait pas les besoins de santé d'une grande partie de la population... Manque d'équité dans l'accès aux soins de santé dû au manque d'équipements et à leur répartition inégale. Vétusté et manque d'entretien des infrastructures... Accès aux soins de santé et aux médicaments limité par la pauvreté. Problèmes d'approvisionnement des médicaments essentiels... Les combats entre les forces de sécurité et des militants séparatistes anglophones dans le sud-ouest du pays limitent l'accès aux soins de santé... Seuls sept à 10 pourcents de la population est couverte par le système public de sécurité sociale qui n'offre qu'une couverture limitée... Aucune aide de l'État pour couvrir les frais de santé des plus démunis-e-s. Seul[s] deux à 3 pourcents de la population bénéficient d'une couverture assurance -maladie... Une détérioration de la situation économique depuis 2014 qui a exacerbé la pauvreté. Plus d'un tiers de la population vivrait en-dessous du seuil d'extrême pauvreté... Un revenu mensuel moyen de 36 000 francs CFA, ou 62 francs suisses, en 2012 qui cache d'importantes disparités... »*

https://www.osar.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Herkunftslanderberichte/Afrika/Kamerun/190215-kam-acces-soins-medicaux-f.pdf

- Évaluation des performances des mutuelles de santé communautaire de Douala et Yaoundé, Cameroun (2021) sur www.cairn.info

« *La pérennité des mutuelles de santé au Cameroun n'est pas garantie, et celle-ci a tendance à échouer après une très courte période de fonctionnement* ».

- <https://nkafu.org/download/letat-du-financement-des-soins-de-sante-au-cameroun/> (2023)

« *Au Cameroun, l'inégalité d'accès aux services de santé de qualité, à un coût abordable pour toutes les couches de la société, reste un défi majeur pour le gouvernement. Les taux de pauvreté élevés au*

Cameroun, avec plus de 35% de la population camerounaise en dessous du seuil de pauvreté, entravent considérablement la capacité d'une grande partie des camerounais à assurer l'accès aux services de santé en utilisant des paiements directs. Toutefois, moins de 2% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture d'assurance maladie, ce qui expose de nombreuses personnes, notamment les pauvres, au risque de dépenses de santé élevées en cas de maladie. En effet, de nombreux ménages ont été plongés dans l'extrême pauvreté suite aux lourdes dépenses de santé des membres de leur famille. Actuellement, au Cameroun, une politique nationale d'assurance maladie est en cours d'élaboration, même si des initiatives de protection sociale de la santé autorisant la création d'organismes communautaires d'assurance maladie ont pris racine dans plusieurs communautés. En plus de ceux-ci, des régimes d'assurance privés sont opérationnels, principalement dans les grandes villes du Cameroun. L'adoption de ces régimes au Cameroun est cependant considérablement faible, avec le paiement direct élevé qui en résulte pour les services de santé, dans une proportion supérieure à 70 %. Le programme de couverture sanitaire universelle (CSU) exprime la reconnaissance par le gouvernement des disparités flagrantes dans l'accès à la santé et représente les tentatives d'une solution à long terme. Ce programme, encore balbutiant, est un pas dans la bonne direction, mais qui devra surmonter les mêmes défis auxquels sont confrontés les petits régimes d'assurance préexistant. Après une analyse situationnelle critique de l'état du financement des soins de santé au Cameroun, les recommandations politiques suivantes ont été proposées dans ce rapport. Ces recommandations politiques sont : encourager les établissements de santé privés par le biais d'allègements fiscaux et d'un soutien aux ressources humaines ; augmenter l'allocation budgétaire au secteur de la santé ; investir davantage dans la sensibilisation de la population aux opérations d'assurance maladie privée et promouvoir les régimes d'assurance maladie communautaires ».

Ces rapports sont rédigés par des experts clairement identifiés, qui exposent leur méthodologie et leurs sources ; au contraire des rapports obscurs évoqués par le défendeur dans son refus.

Concernant la présence éventuelle de membres de sa famille au pays, Votre Conseil a déjà jugé (arrêt n°259.885 du 1er septembre 2021) : « La considération selon laquelle le requérant 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. »

Enfin, selon le médecin-conseil « concernant la distance géographique pour accéder aux soins requis, soulignons que l'intéressée a déjà prouvé en rejoignant la Belgique que la distance ne peut constituer un obstacle pour elle » ; cette affirmation ne tient pas du tout compte du fait que [la partie requérante] a été forcée de fuir son pays car elle craignait pour sa vie en raison de son ex-mari, raison pour laquelle elle a introduit une demande de protection internationale une fois arrivée en Belgique. Par ailleurs, en Belgique la requérante a rejoint son frère et sa sœur à Liège qui la soutiennent, ce dont elle ne pourrait bénéficier en s'installant dans une ville inconnue au Cameroun. [...] ».

3. Discussion.

3.1. Sur **le moyen unique**, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1, 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 et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ayant inséré l'article 9^{ter} dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic],

le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 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 également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où la partie requérante – qui a été assistée d'un conseil lors de l'introduction de sa demande – doit être tenue pour complètement informée de la portée de la disposition dont elle revendique l'application, il lui incombait de transmettre à l'appui de la demande tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine.

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'expliciter 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 a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2.1. Sur la première branche du moyen, en l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 6 février 2024, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite.

Le fonctionnaire médecin a posé les constats suivants, s'agissant des « Pathologies actives actuelles » :

« *Maladie lithiasique du rein D (2020) ;*

• *Exérèse de myomes utérins par laparotomie (2020), éventration traitée chirurgicalement (2020), récurrence d'éventration ;*

• *Notion non démontrée d'anémie ferriprive (biologie normale !) ;*

• *Notion non documentée d'anxiété, de dépression et de troubles du sommeil, gonalgies.*

Notons qu'aucune récurrence de crise lithiasique n'est démontrée en 2023.

De même, aucune récurrence d'éventration n'est documentée en 2023 depuis que la précédente a été traitée en III/2021. Aucun suivi chirurgical n'est donc nécessaire.

L'affirmation du médecin de la présence d'une anémie ferriprive ne correspond visiblement pas à la réalité puisque la biologie clinique démontre l'absence d'anémie ! La quantité de globules rouges est normale ; le volume corpusculaire moyen qui est abaissé en cas d'anémie ferriprive est parfaitement normal ! Le taux de fer n'est même pas mentionné et la ferritine qui signe le stock en fer est normale ! Et d'ailleurs, le médecin s'est bien rendu compte qu'il n'y avait pas d'anémie ferriprive puisqu'il ne la soigne pas... Il va sans dire qu'un suivi en biologie clinique est inutile dans ce contexte.

Aucune pathologie psychique n'est démontrée notamment par un rapport psychiatrique. Dès lors, demander un suivi psychiatrique au pays de retour est totalement abusif et n'a pas lieu d'être.

Aucune pathologie orthopédique justifiant une chirurgie n'est démontrée. Dès lors, demander un suivi orthopédique au pays de retour est totalement abusif et n'a pas lieu d'être.

Aucune contre-indication actuelle pour un travail adapté n'a été formulée par un médecin compétent en ce domaine », et estime, en substance que les traitements et suivis requis à la prise en charge médicale de ces pathologies sont disponibles et accessibles au pays d'origine de la requérante.

3.2.2. À cet égard, le Conseil observe que la partie requérante se fonde sur des certificats médicaux établis les 27 octobre, 15 novembre et 1^{er} décembre 2023, et le 20 mars 2024 pour affirmer que la requérante « a présenté une nouvelle récurrence en octobre 2023 et a dû subir une nouvelle cure d'éventration ; un suivi annuel est recommandé par sa chirurgienne, au vu du nouveau risque de récurrence ».

Toutefois, ces certificats médicaux n'avaient pas été invoqués dans la demande du 23 juin 2023, ni déposés au dossier administratif avant que la partie défenderesse ne prenne la décision attaquée, à savoir le 23 février 2024. De surcroît, le dernier certificat produit a été établi postérieurement à la prise de la décision attaquée. Il s'agit donc de nouveaux éléments auxquels le Conseil ne peut avoir égard. En effet, la jurisprudence administrative constante considère que de tels éléments ne sauraient être pris en compte dans le cadre du contrôle de légalité exercé par le Conseil, pour l'exercice duquel il y a lieu de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002).

De plus, à l'égard de tels éléments nouveaux, la Cour constitutionnelle a jugé que « Lorsqu'il est saisi d'un recours dirigé contre la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales, sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, [le Conseil] agit en qualité de juge d'annulation, conformément à l'article 39/2, § 2, en cause, de la même loi. Dans le cadre de cette saisine, [le Conseil] effectue un contrôle de légalité de la décision attaquée en fonction des éléments dont l'autorité avait connaissance au moment où elle a statué; il n'est dès lors pas autorisé à prendre en considération les éventuels nouveaux éléments de preuve présentés devant lui par le requérant, ni à examiner la situation actuelle de ce dernier, c'est-à-dire au moment où il statue sur une éventuelle violation des articles 2 et 3 de [la CEDH], dans l'hypothèse où l'étranger concerné serait renvoyé dans son pays d'origine. [...] Pour examiner si cette disposition est violée, il faut toutefois prendre en compte l'ensemble des recours dont disposent les requérants, y compris les recours qui permettent de s'opposer à l'exécution d'une mesure d'éloignement vers un pays dans lequel, aux termes du grief qu'ils font valoir, il existe à leur égard un risque de violation de l'article 2 ou de l'article 3 de la [CEDH]. [...] » (arrêt n° 186/2019 du 20 novembre 2019, considérants B.4. et B.6.).

Le Conseil estime, dès lors, ne pas pouvoir prendre en considération les certificats médicaux, des 27 octobre, 15 novembre et 1^{er} décembre 2023, et du 20 mars 2024. Il appartiendra à la partie requérante de s'en prévaloir dans le cadre d'une nouvelle demande d'autorisation de séjour.

S'agissant enfin du reproche émis à l'encontre du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la requérante ou contacté son médecin spécialiste, le Conseil précise que ce fonctionnaire médecin donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son fonctionnaire médecin d'examiner l'étranger, ni de solliciter l'avis du médecin traitant ou d'un spécialiste (dans le même sens : C.E., 29 octobre 2010, n°208.585).

3.2.3. Partant, sur la base du dossier administratif, tel que composé avant la prise de la décision attaquée, le fonctionnaire médecin a pu valablement considérer qu'« aucune récurrence d'éventration n'est documentée en 2023 depuis que la précédente a été traitée en III/2021. Aucun suivi chirurgical n'est donc nécessaire », sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation.

3.3.1. Sur la deuxième branche du moyen, le Conseil observe que la partie requérante tend à remettre en cause les sources utilisées dans l'avis médical du 6 février 2024, en ce qu'il fait référence à la base de données MedCOI et autres rapports cités.

3.3.2. À cet égard, concernant la question de la double motivation par référence en ce que l'avis du fonctionnaire médecin renvoie à divers sites internet et à des requêtes MedCoi, le Conseil rappelle, tout d'abord, que la motivation par référence est admise lorsque la motivation d'une décision reproduit en substance le contenu du ou des document(s) auquel(s) elle se réfère.

Toutefois, la partie requérante n'explicite pas en quoi la motivation du fonctionnaire médecin, établie sur cette base, ne serait pas conforme aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs. En effet, l'avis du fonctionnaire médecin était joint à la décision attaquée, dans sa totalité, et a donc été porté à la connaissance de la requérante. D'autre part, le contenu des sites internet, dont les liens sont mentionnés dans cet avis et qui figurent dans le dossier administratif, combiné au résumé qu'en fait le fonctionnaire médecin dans son avis, répondent suffisamment aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs. Il en est de même des requêtes MedCOI, dont les catégories suivantes sont reproduites dans l'avis : « medication », « medication group », « type », « availability », « example of pharmacy/facility where treatment is available ». Il en résulte qu'aucun manquement à l'obligation de motivation formelle ne peut être retenu à cet égard.

3.3.3. Par ailleurs, le Conseil observe que dans son avis, le fonctionnaire médecin précise ce qui suit dans une note infrapaginale :

« L'EUAA MedCOI Sector reçoit des informations des sources suivantes :

- Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine :
Ces médecins ont été sélectionnés par l'EUAA MedCOI Sector sur base de critères de sélection prédéfinis : avoir 6 ans d'expérience en tant que médecin, être fiable, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des compétences linguistiques ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. L'identité de ces médecins locaux, engagés sous contrat avec EUAA, est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et CV sont connus par EUAA. La spécialisation exacte de ces médecins n'a pas de pertinence. C'est, en effet, leur réseau professionnel médical dans le pays d'origine, critère de sélection pour être engagé, qui importe. Celui-ci leur permet ainsi de répondre à des questions concernant n'importe quelle spécialisation médicale.
- International SOS (Blue Cross Travel) :
Il s'agit d'une société internationale de premier plan fournissant des services d'assistance médicale et de sécurité. Elle possède des bureaux dans plus de 70 pays et un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 64 cliniques et 650 sites externes. International SOS (BCT) s'engage contractuellement à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples informations sur cette organisation sur le site web d'International SOS: <https://www.internationalsos.com/>.

Les informations médicales fournies par les médecins sous contrat local et International SOS (BCT) sont ensuite évaluées par les médecins de l'EUAA MedCOI Sector ».

Au vu de ces précisions, qui ne sont d'ailleurs nullement remises en cause, le Conseil estime que les critiques émises par la partie requérante quant à la fiabilité des informations issues de la base de données MedCoi, sont totalement péremptoires et ne sont pas de nature à démontrer que les soins et suivis requis seraient indisponibles au pays d'origine de la requérante.

3.3.4. En outre, l'argument de la partie requérante selon lequel « supposer que ces pharmacies et centres médicaux situés dans la capitale disposent des soins requis ne signifie pas qu'ils le sont à l'échelle nationale et sont donc effectivement disponibles pour [la partie requérante] laquelle est originaire de Douala (à cinq heures de route de Yaoundé) », ne peut suffire à justifier l'annulation de la décision attaquée. En effet, la partie requérante ne démontre pas que la requérante ne pourrait pas s'installer, au Cameroun, dans un endroit où les soins et le suivi requis sont disponibles et ce, d'autant qu'elle n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard dans sa demande d'autorisation de séjour (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464). Le Conseil rappelle en outre la jurisprudence du Conseil d'Etat, selon laquelle, lorsque le constat de la disponibilité des soins et du suivi requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité desdits médicaments doit être considérée comme effective (C.E. n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019).

3.4.5. Enfin, s'agissant de la critique de l'accessibilité aux soins et suivis au Cameroun, le Conseil observe que dans sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante est restée en défaut d'invoquer la circonstance que les soins et suivis requis ne seraient pas accessibles à la requérante en cas de retour dans son pays d'origine.

Le Conseil observe en outre que la partie requérante formule une argumentation fondée sur des informations invoquées pour la première fois en termes de requête. Le Conseil rappelle que le fait d'apporter une pièce à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de pièces qui sont pour la première fois jointes à la requête est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits.

En l'occurrence, eu égard aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de l'introduction de sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de sa situation, qu'elle peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays. Elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'informations dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de sa situation individuelle, dans la demande d'autorisation de séjour ou à tout le moins, avant la prise de l'acte attaqué. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre ces éléments en considération en l'espèce.

Le même constat s'impose s'agissant du grief selon lequel le fonctionnaire médecin n'a pas tenu compte du fait que « du fait que [la partie requérante] a été forcée de fuir son pays car elle craignait pour sa vie en raison de son ex-mari, raison pour laquelle elle a introduit une demande de protection internationale une fois arrivée en Belgique », d'une part, et qu'elle « a rejoint son frère et sa sœur à Liège qui la soutiennent, ce dont elle ne pourrait bénéficier en s'installant dans une ville inconnue au Cameroun », d'autre part, ces éléments n'ayant pas été invoqués avant que la partie défenderesse ne prenne la décision attaquée.

En tout état de cause, le Conseil observe que, dans son avis, le fonctionnaire médecin fait référence à des sites Internet, et à l'existence de mutuelles de santé pour affirmer que les soins et suivis requis à la partie requérante sont accessibles au Cameroun. Il ajoute 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* ». Ce motif, lequel n'est pas contesté, suffit donc à justifier le constat de l'accessibilité des soins et suivis requis, au Cameroun, les autres informations ayant été mentionnées par le fonctionnaire médecin en parallèle de la faculté de travailler de la partie requérante.

Or, le Conseil rappelle que selon la théorie de la pluralité des motifs, il n'a pas à annuler une décision fondée sur deux ou plusieurs motifs dont l'un ou certains seulement sont illégaux lorsqu'il apparaît que l'administration aurait pris la même décision si elle n'avait retenu que le ou les motifs légaux. Dès lors que le motif susmentionné suffit à lui seul à justifier le constat de l'accessibilité des soins et suivis requis, il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer sur la critique que la partie requérante élève quant au motif relatif à la présence de membres de famille, dès lors qu'à supposer même qu'il faille le considérer comme fondé - ce que le Conseil n'entend pas vérifier en l'espèce -, il ne pourrait suffire à mettre en cause la légalité de la décision qu'il sous-tend ni, partant, justifier qu'il soit procédé à son annulation.

3.5. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions et principes qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

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

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT