

Arrêt

n° 320 779 du 28 janvier 2025
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître E. DESTAIN
Avenue Louise 251
1050 BRUXELLES

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 janvier 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 13 novembre 2023.

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 l'ordonnance du 13 novembre 2024 convoquant les parties à l'audience du 29 novembre 2024.

Entendue, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendus, en leurs observations, Me L. DIAGRE *loco* Me E. DESTAIN, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Me S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La partie requérante est arrivée à une date indéterminée sur le territoire belge.

1.2. Le 4 octobre 2008, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été complétée les 30 juin et 8 octobre 2009.

1.3. Le 7 décembre 2009, la partie requérante a été autorisée au séjour temporaire. Elle a été mise en possession d'une « carte A », valable jusqu'au 22 décembre 2010 et prorogée à deux reprises, jusqu'au 18 juin 2013.

1.4. Le 19 avril 2013, la partie requérante a sollicité la prolongation de son autorisation de séjour. Le 25 septembre 2013, la partie défenderesse a refusé de faire droit à sa demande et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'encontre de la partie requérante et de son fils mineur. Par un arrêt n°222 880 du 20

juin 2019, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit contre ces décisions.

1.5. Le 23 mai 2017, la partie requérante a introduit, en son nom et au nom de son fils mineur, une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 17 août 2017, la partie défenderesse a déclaré irrecevable sa demande et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard de la requérante et de son fils mineur. Le recours dirigé contre ces décisions a été rayé du rôle dans l'arrêt n°196 388 du 11 décembre 2017.

1.6. Le 7 août 2021, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'encontre de la partie requérante. Le Conseil a annulé cette décision dans son arrêt n°276 834 du 1er septembre 2022.

1.7. Le 25 août 2021, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard de la partie requérante. Le Conseil a annulé cette décision dans son arrêt n°276 835 du 1er septembre 2022.

1.8. Le 20 février 2023, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 13 novembre 2023, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de cette demande assortie d'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 14 décembre 2023, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- Concernant le premier acte attaqué :

« *Motifs :*

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.

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 lui, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Dans son avis médical du 13.11.2023 (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.»

- Concernant le deuxième acte attaqué :

« *MOTIF DE LA DECISION :*

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2. L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable.

Article 74/13

1. L'unité familiale et vie familiale :

La décision concerne la requérante seule, dès lors, aucune atteinte à l'unité familiale ne saurait être constatée. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité familiale et la vie de famille.)

2. Intérêt supérieur de l'enfant :

Elle n'apporte aucune preuve de la présence d'un enfant mineur en Belgique.

3.L'état de santé :

Voir l'avis médical du 13.11.2023.»

2. Question préalable

2.1. Lors de l'audience du 29 novembre 2024, la partie requérante dépose un document attestant de l'octroi d'une carte A délivrée le 14 octobre 2024, et déclare maintenir son intérêt au recours au regard des conditions posées au séjour dans le cadre de cette autorisation de séjour à durée limitée sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, notamment celle liée au travail et vu son état de santé.

La partie défenderesse déclare que la prolongation d'une autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 est également soumise à des conditions, mais se réfère à l'appréciation du Conseil.

2.2. A cet égard, le Conseil rappelle que l'intérêt au recours, qui doit persister jusqu'au prononcé de l'arrêt, constitue une condition de recevabilité de celui-ci et que « l'intérêt tient dans l'avantage que procure, à la suite de l'annulation postulée, la disparition du grief causé par l'acte entrepris » (P.LEWALLE, Contentieux administratif, Bruxelles, Ed. Larcier, 2002, p. 653, n° 376).

2.3. En l'espèce, le Conseil constate que le titre de séjour accordé à la partie requérante étant de nature temporaire, celle-ci pourrait être tenue de quitter le territoire si les conditions d'octroi ou de prolongation dudit titre de séjour ne sont plus réunies. En outre, en application de l'article 9ter, § 3, 5°, de la loi du 15 décembre 1980 qui dispose que le « délégué du ministre déclare la demande irrecevable [...] si des éléments invoqués à l'appui de la demande d'autorisation de séjour dans le Royaume ont déjà été invoqués dans le cadre d'une demande précédente d'autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition », la partie requérante ne pourrait plus solliciter une nouvelle autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en invoquant les mêmes éléments que ceux invoqués à l'appui de la demande ayant abouti à l'acte attaqué (voy. en ce sens : CE 233.168 du 8 décembre 2015). Partant, le Conseil estime que la partie requérante démontre à suffisance son intérêt au recours.

3. Examen des moyens d'annulation

3.1.1. La partie requérante prend un premier moyen de la violation : «

- des articles 9ter, 62, §2 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 [...]
- La violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales ;
- La violation de l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne ;
- La violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- L'erreur manifeste d'appréciation ;
- La contrariété et l'insuffisance dans les causes et les motifs ;
- La violation des principes généraux du droit et notamment du principe de bonne administration qui impose à l'autorité de statuer en tenant compte de l'ensemble des éléments du dossier, du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles du principe de motivation matérielle, de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate ».

Elle développe notamment une seconde branche, dans laquelle elle reproduit l'extrait de l'avis du médecin-conseil relatif à « l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », un extrait d'un arrêt du Conseil de céans qu'elle estime pertinent ainsi que de l'arrêt *Paposhvili c. Belgique* rendu par la Cour EDH le 13 décembre 2016 et reproduit ensuite une partie de sa demande d'autorisation de séjour telle qu'introduite le 20 février 2023.

Elle fait ensuite valoir ce qui suit : « Que la partie requérante a produit à l'appui de sa demande différents articles visant à démontrer l'absence de disponibilité, à savoir :

Un article intitulé : « *Généraliser la prise en charge en santé mentale* », daté du 6 octobre 2022 dans lequel est expliqué que les personnes atteintes de troubles mentaux sont stigmatisées et qu'il existe « *un manque de disponibilité de personnel pour la prise en charge des besoins élémentaires en santé mentale caractérisé par l'insuffisance de personnel de santé primaire formé aux soins et approches de santé mentale, la faible disponibilité des ressources humaines en santé mentale au niveau des hôpitaux, l'inexistence d'une formation hospitalière dédié spécialement aux soins psychiatriques dans la région, l'insuffisance des modules d'apprentissage en lien avec la santé mentale dans les écoles de formations des personnels de santé généralistes* » ».

Un article intitulé « *Cameroun : les autorités s'activent pour une meilleur prise en charge des maladies mentales* », daté du 10 décembre 2021, dans lequel il est exposé que les pathologies mentales sont encore considérées comme un problème de sorcellerie ou de mysticisme et dans lequel est confirmé qu'il n'y a pas assez de psychiatres dans le pays (le paragraphe est cité dans la demande – voir plus haut). C'est une docteure, psychologue et sous-directrice de la santé mentale au ministère de la Santé publique qui le reconnaît et qui confirme que les autorités publiques reconnaissent l'existence de ces problématiques.

Un rapport de l'OSAR intitulé « *Cameroun : traitement des maladies mentales dans les régions anglophones* » daté du 1er juillet 2019. Dans ce rapport, l'OSAR relève que « *le système de santé est sous-financé et sous pression* », que « *les dépenses publiques en matière de soins de santé sont parmi les plus basses du monde (...) et que cela se traduit par des services de santé limités* », que « *le système de santé [est] inefficace et corrompu* », que « *les besoins en soins d'une grande part de la population ne sont pas couverts* » et qu'« *il n'existe pas d'assurance publique au Cameroun* »

Que la partie requérante a donc fourni des informations récentes et pertinentes qui concernent l'accessibilité des soins de santé en général au Cameroun, mais également plus spécifiquement la question de la disponibilité du personnel et des services pour les personnes souffrant de troubles mentaux en particulier et de la perception sociétale des personnes souffrant de troubles mentaux avec des conséquences sur l'accès aux soins de santé ;

Que la partie adverse se contente de déclarer qu'il s'agit d'informations à caractère général et que la partie requérante ne démontre pas qu'elle est personnellement concernée ;

Que pourtant la partie requérante a fait des recherches relative à des personnes souffrant de troubles mentaux ce dont elle est elle-même atteinte de sorte que les recherches et informations sont bien spécifiques et individualisées, et pas à caractère général ;

Qu'une telle motivation est non seulement insuffisante et inadéquate, mais est en contradiction avec les enseignements tirés de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, en particulier dans le cadre de l'arrêt Paposhvili cité *supra* ;

Que la partie adverse reproche à la partie requérante de produire des rapports internationaux, sans individualiser alors même qu'elle fonde sa décision également sur des textes qui exposent la situation générale au Cameroun ;

Que les rapports qu'elle utilise sont tout d'abord beaucoup plus anciens que ceux utilisés par la partie requérante ;

Qu'elle fait référence à un premier rapport intitulé « *Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire* » ; que ce rapport date de 2001 soit d'il y a plus de 20 ans alors que les informations fournies par la partie requérante, notamment via le rapport OSAR et qui porte sur les mêmes questions est beaucoup plus récent et plus documenté ;

Qu'il s'agit de la seule source d'information que produit la partie adverse sur l'accessibilité, en dehors de la question financière ;

Que l'information selon laquelle le Cameroun dispose de la plus forte densité d'infirmières et de médecins en Afrique subsaharienne est battue en brèche par les informations fournies par la partie requérante selon lesquelles les services de santé sont limités et insuffisants ;

Que la partie adverse n'a procédé à aucune recherche spécifique sur la question de l'accessibilité des psychiatres alors que la partie requérante a fait ces recherches desquelles il résulte une accessibilité largement insuffisante, et qui n'est pas contredite utilement par la partie adverse ;

Qu'ensuite la partie adverse fait référence au travers de 4 paragraphes à des initiatives locales de mutualisation des frais pour se concentrer sur la question de l'accessibilité financière ;

Qu'il ressort des articles consultés par la partie adverse que ces initiatives ne couvrent qu'une proportion infime de la population (1,3% de la population) de sorte que il est peu probable que la partie requérante en bénéficie ;

« *Malgré les efforts de promotion des mutuelles de santé au Cameroun, en 2010, selon les chiffres de PROMUSCAM (plateforme de promotion des mutuelles santé au Cameroun), on dénombrait seulement 158 mutuelles santé couvrant 251 062 bénéficiaires soit environ 1.3% de la population. Pourtant, la Stratégie du Secteur de la Santé (SSS) adoptée en juillet 2002, incluait la promotion et le développement de la mutualisation des risques comme une priorité. A cet effet, un plan stratégique national pour la promotion et le développement des mutuelles de santé avait également été adopté. Il visait la couverture d'au moins 40 % de la population d'ici à 2015 par des services de mutuelles de santé.* »⁴

Qu'il ne s'agit que d'initiatives dont la pérennité n'est pas assurée comme le confirme un autre article cité par la partie adverse :

« 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 ayant 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 ? Si toutes les MS tenaient à disparaître, comment ferait le gouvernement pour améliorer l'accès aux soins de santé de qualité des personnes défavorisées sachant que, tout le monde ne peut pas avoir accès aux services d'une assurance santé ? Qu'advierait-il de l'état sanitaire des populations vulnérables ? »⁵

Que la partie adverse fait référence en particulier à MULEMACARE ; qu'en consultant le site internet de cette mutuelle⁶, il peut déjà être constaté qu'une période de carence de 3 mois est prévue ; qu'un tel système est tout à fait inadapté à la situation de la partie requérante qui a besoin d'un traitement continu ; que c'est bien les recherches de la partie adverse qui ne sont pas individualisées ; que par ailleurs il n'y a aucune prise en charge financière de la médication : seule les frais médicaux et hospitalisation sont pris en charge alors que la partie requérante a un traitement multiple, lourd et continu ;

Qu'en définitive, aucun des arguments, aucune des sources cités ne permet à la partie adverse de motiver à suffisance et adéquatement sa décision au regard des informations fournies par la partie requérante ;

Que si c'est à la partie requérante à étayer sa demande, comme le rappelle la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt *Paposhvili*, les autorités publiques doit collaborer à s'assurer du respect de l'article 3 de la CEDH ;

Que les autorités publiques ne peuvent, comme elles le font en l'espèce, recaler toutes les informations soumises par la partie requérante et se baser uniquement sur des rapports à caractère très général et très ancien et dans lesquelles elle procède à du cherry picking ;

Que concernant la situation personnelle de l'intéressée, la partie adverse est dûment informée de ce que la partie requérante réside en Belgique depuis 16 ans et que son unique fils vit en Belgique avec elle ;

Qu'il est évident que ses liens sont atténués au pays d'origine, de par l'écoulement du temps ;

Qu'au contraire la partie adverse ne dispose pas d'informations qui lui permettent d'affirmer que la partie requérante a toujours un ancrage social et familial sur lequel s'appuyer ;

Que la motivation est insuffisamment et incorrectement motivée ;

EN TELLE SORTE QUE les actes attaqués doivent être annulés et entre-temps suspendus ».

3.1.2. La partie requérante prend un second moyen de : «

- La violation des articles 7, 62 et 74/13 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 ;
- La violation des articles 3 et 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (*ci-après CEDH*) ;
- La violation des articles 4 et 7 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne ;
- La violation des articles 2 et 3 de la Loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- La violation des principes généraux du droit et notamment du principe de bonne administration qui impose à l'autorité de statuer en tenant compte de l'ensemble des éléments du dossier, du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, du principe de motivation matérielle, de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate ;
- L'insuffisance dans les causes et les motifs ».

Après avoir reproduit le second acte attaqué et rappelé le libellé des principes et dispositions invoqués au moyen, elle fait valoir : « Qu'en ce qui concerne l'état de santé de la partie requérante, le renvoi « voir avis du 05.12.2022 » est insuffisant que pour motiver la décision au regard de cette jurisprudence appliquée de manière constante par votre Conseil ;

Qu'en ce qui concerne la vie privée et familiale de la partie requérante, la motivation est également insuffisante eu égard aux informations dont dispose la partie adverse au dossier administratif de la partie requérante ;

Qu'en effet, la partie requérante a un fils, Monsieur [M.R.A.], qui l'a rejoint sur le territoire alors qu'il était mineur ;

Que la partie adverse ne dispose d'aucune information qui tendrait à établir que Monsieur [M.R.A.] n'est plus sur le territoire ; au contraire il est fait état de sa présence de manière systématique dans les différentes procédures qui ont été introduites ;

Que la partie adverse ne peut se fonder uniquement sur les informations contenues dans la demande à caractère médical lorsqu'elle envisage d'adopter un ordre de quitter le territoire après refus de cette demande et qu'elle se doit d'examiner l'état de santé mais également la vie privée et familiale de l'intéressée ;

Que la décision de la partie adverse est incorrectement et insuffisamment motivée concernant la vie privée et familiale de l'intéressée ;

EN TELLE SORTE QUE l'acte attaqué doit être annulé et entre-temps suspendu ».

3.2.1. Sur le premier moyen, ainsi circonscrit, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er} de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de l'acte attaqué, « *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 [...]. 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 9^{ter} 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, 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, *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 9^{ter} précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite, mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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 précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée 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 (cf. dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

Le Conseil rappelle enfin que le principe général de bonne administration, selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause, découle de la volonté implicite du constituant, du législateur ou de l'autorité réglementaire.

En ce sens, la partie défenderesse est tenue à un exercice effectif de son pouvoir d'appréciation duquel découle une obligation de minutie et de soin, en telle sorte qu'« [a]ucune décision administrative ne peut être régulièrement prise sans que son auteur ait, au préalable, procédé à un examen complet et détaillé des circonstances de l'affaire sur laquelle il entend se prononcer. Ce principe, qui correspond à un devoir de prudence et de minutie, oblige dès lors l'autorité à effectuer une recherche minutieuse des faits, à récolter tous les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin de pouvoir prendre la décision en pleine connaissance de cause, après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce » (arrêt CE n° 221.713 du 12 décembre 2012).

Il incombe donc à la partie défenderesse de procéder à un examen complet des données de l'espèce et de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause.

3.2.2.1. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 13 novembre 2023, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *Troubles schizophrénique et trouble dépressif secondaire* », pathologie nécessitant un traitement médicamenteux composé de « *Abilify (= Aripiprazole), Temesta (=Lorazépam), Efexor (=Venlafaxine) et Dominal (=Prothipendyl)* ». Ce dernier a toutefois estimé qu'« *Il ne peut [...] être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible* ».

Le premier acte attaqué s'appuie sur les conclusions de ce rapport qui figure au dossier administratif et qui considère que les soins requis par l'état de santé de la partie requérante sont disponibles et accessibles au Cameroun.

3.2.2.2. Sur la question de l'accessibilité des soins nécessaires à la partie requérante au Cameroun, l'avis médical du médecin-conseil sur lequel se fonde la partie défenderesse pour motiver le premier acte attaqué est rédigé comme suit :

« Le conseil de la requérante affirme que les soins sont inaccessibles au pays d'origine. Afin d'étayer ses dires, il apporte plusieurs documents repris dans l'annexe des pièces de la demande de la pièce n°26 au n°28.

À la lecture de ces rapports, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés : aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au manque de personnels spécialisés (Psychiatre), au sous financement.

Notons que 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 et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

En effet il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux pour établir l'inaccessibilité des soins. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable à la requérante.

Notons qu'un manque d'infrastructure adaptée ou encore à l'absence de qualité des soins ne suffisent pas à démontrer une inaccessibilité des soins dans un pays.

La requérante déclare qu'elle serait victime de stigmatisation à cause de sa pathologie. Notons que la requérante n'individualise pas suffisamment sa situation personnelle par rapport à la situation générale décrite dans le document fourni. De plus, à la lecture de ce document rien ne démontre que la requérante serait stigmatisée par rapport à l'accès aux soins. En effet ce rapport se contente d'affirmer sans plus de précisions que « Le Cameroun fait face à de nombreux défis en termes de santé mentale dont le principal est la stigmatisation de cette dernière due aux représentations sociales et culturelles. » « cette perception a pour conséquence un manque d'intérêt porté sur la santé mentale... »

Dès lors la requérante ne démontre pas suffisamment ses allégations concernant les stigmatisations.

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

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-Saild 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. || 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 cible⁵ : 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, Sald, 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 Sald 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 la requérante 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'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Précisons que l'article 9ter S1er alinéa 3 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve. Rappelons 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 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, rien ne nous permet de constater que la requérante ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe à la requérante d'étayer son argumentation (C.E., du 13 juil.2001 n° 97.866).

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Cameroun. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume-Uni du 06 février 2001, §38).

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

3.2.2.3. Il convient de rappeler que l'article 9ter repose sur une instruction conjointe du dossier spécialement par rapport à la vérification de l'existence d'un traitement adéquat dans le pays d'origine. (Voir en ce sens, C.E., O.N.A. n° 12.768 du 27 mars 2018).

Il ressort du dossier administratif que la partie requérante a fait valoir de nombreuses informations à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour relativement à l'accessibilité des traitements requis au pays d'origine, faisant valoir notamment que les médecins affirmaient que son suivi ne pouvait être discontinué, l'exclusion et la stigmatisation des malades mentaux au Cameroun, la difficile accessibilité des psychiatres en raison de leur nombre réduit. Ces informations concernent donc la situation prévalant au Cameroun en matière d'accès à la santé, le régime de sécurité sociale y prévalant, et d'autres concernant la situation spécifique de patients atteints de maladies mentales datant de 2019, 2021 et 2022.

En l'espèce, et alors que la partie défenderesse relève que la partie requérante a fait notamment valoir que « *les soins sont inaccessibles au pays d'origine* » et qu'« *elle serait victime de stigmatisation à cause de sa pathologie* », il convient de constater que ni le rapport du médecin, ni la partie défenderesse à sa suite, n'ont envisagé de manière suffisamment précise et personnalisée l'intégralité des éléments apportés par la partie requérante afin d'appuyer sa demande d'autorisation de séjour quant à la disponibilité et 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. Remarquons en outre qu'à suivre ce raisonnement, il conviendrait de constater que les informations sur lesquelles le fonctionnaire médecin se fonde pour estimer que les soins et traitements nécessaires à la partie requérante sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine ne visent pas nominativement la partie requérante non plus.

Il convient également de constater que le renvoi à un rapport datant de 2001 pour affirmer que « *le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé* » et qu'il « *jouit de la plus forte densité d'infirmières et de médecins en Afrique subsaharienne* » outre qu'il apparaît à tout le moins obsolète, constitue une réponse tout à fait générale et non individualisée à la question du manque cruel de psychiatres.

Le Conseil estime dès lors que la motivation, qui se limite à relever le caractère général des informations fournies par la partie requérante, s'avère insuffisante et inadéquate.

3.2.2.4. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, selon laquelle « la partie requérante se contente de prendre le contre-pied de l'avis médical, sans étayer ses affirmations par des éléments concrets et pertinents, sans apporter le moindre élément de preuve objective pour contester *in concreto* les conclusions de cet avis et celles de la partie défenderesse. Elle se contente de relever différentes difficultés rencontrées au Cameroun et s'appuie à cet égard sur des articles généraux, sans toutefois préciser en quoi les rapports cités s'appliqueraient à son cas d'espèce. Or, la partie requérante doit démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports s'applique à elle personnellement, ce qu'elle ne fait pas en l'espèce » ne permet pas d'énervier ce constat.

3.2.2.5. Il résulte de ce qui précède que le premier moyen pris, notamment, de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.2.3. Le premier acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.8., 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 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 13 novembre 2023, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-huit janvier deux mille vingt-cinq par :

B. VERDICKT,	présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
A. KESTEMONT,	greffière.

La greffière,	La présidente,
---------------	----------------

A. KESTEMONT	B. VERDICKT
--------------	-------------