

Arrêt

n° 326 381 du 8 mai 2025
dans l'affaire X / I

En cause : X

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

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA 1ère CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 29 décembre 2023, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, prise le 7 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 30 octobre 2024 convoquant les parties à l'audience du 28 novembre 2024.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. LAURENT *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me J. BYL *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La partie requérante expose être d'origine camerounaise. Elle précise être arrivée sur le territoire belge le 21 décembre 2013.

Elle a ensuite introduit en Belgique une demande de protection internationale, laquelle s'est clôturée par un arrêt du conseil de céans n° 138.207 du 10 février 2015 ne lui reconnaissant pas la qualité de réfugié et ne lui octroyant pas le statut de protection subsidiaire.

Le 8 août 2014, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 13 avril 2015, cette demande a été déclarée recevable mais non fondée par la partie défenderesse. La partie requérante a introduit un recours en suspension et annulation de cette décision devant le Conseil de céans (RG 213.360). La partie défenderesse a par la suite retiré sa décision. Par arrêt n° 198.813 du 29 janvier 2018, le Conseil a rejeté le recours précité.

Le 2 mai 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour précitée.

La partie requérante a introduit un recours en suspension et annulation de cette décision devant le Conseil de céans (RG 234.456). Par arrêt n° 272.246 du 3 mai 2022, le Conseil a annulé cette décision.

Le 7 novembre 2023, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour précitée. Il s'agit de l'acte attaqué, qui est motivé comme suit :

« Motif :

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

Madame [M., E.H.] 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'intéressée 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 de la requérante.

Dans son avis médical remis le 06.11.2023, (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 à la requérante, 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 de la requérante à son pays d'origine.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Cameroun.

Dès lors,

Du point de vue médical, sur base des documents fournis par la requérante, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant ni un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que le traitement adéquat est disponible et accessible au Cameroun.

[...]».

2. Exposé des moyens d'annulation.

Remarque préalable : ci-après, sauf indication contraire, reproduction littérale des termes de la requête, sauf, en principe, les mises en caractères gras et soulignements opérés par la partie requérante.

2.1. La partie requérante prend un **moyen unique** de l' « *Erreur manifeste et violation des articles 2,3,6 et 8 CEDH, 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que du devoir de minutie et de l'autorité de chose jugée de Votre arrêt 2722746.*»

2.2.1. Dans ce qu'il y a lieu de considérer comme une **première branche**, intitulée « *1. Délai raisonnable et droits fondamentaux* », la partie requérante s'exprime comme suit :

« Le droit du justiciable à être jugé dans un délai raisonnable constitue, dans le chef du Conseil d'Etat et donc de l'Etat, une obligation de résultat (Civ. Bruxelles, 15 octobre 2009, J.T., 2010/12, p. 195). L'article 6, § 1er, oblige les États contractants à organiser leur système judiciaire de telle sorte que les tribunaux puissent remplir chacune de ses exigences, notamment celle du délai raisonnable (Portington c. Grèce, arrêt du 23 septembre 1998, Rec., 1998-VI, p. 2633, § 33; Vocaturo c. Italie, arrêt du 24 mai 1991, série A, no 206-C, p. 32, § 17). Le défendeur statue en 2023 sur une demande introduite en 2014. Tel délai est manifestement déraisonnable compte tenu de la vulnérabilité médicale et administrative de la requérante, entretenue par le défendeur durant ces longues années. Dans l'attente de l'issue de ce ping-pong procédural, la requérante se trouve depuis onze années la plupart du temps sans titre de séjour, multiplie les recours et reste sans aide dans l'attente des jugements (ce qui l'empêche de se nourrir normalement, rend difficiles ses trajets chez

son médecin...)...toutes situations stressantes qui ne font qu'ajouter à la maladie dont elle souffre déjà et qu'admet le défendeur (en déclarant la demande recevable et en reconnaissant ainsi la gravité de sa pathologie). Violation des articles 2,3, 6 et 8 CEDH.»

2.2.2. Dans ce qu'il y a lieu de considérer comme une **deuxième branche**, intitulée « 2. Disponibilité des soins et Medcoi », la partie requérante s'exprime comme suit :

« La décision consiste en une motivation par double référence : un rapport du médecin fonctionnaire, lequel renvoie lui-même à divers sites internet et à une requête MedCoi reproduite 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, 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. De plus, la clause de non-responsabilité relative au projet MedCOI stipule précisément que : « les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis ». Il ressort de cette clause que le projet MedCOI analyse la disponibilité des soins au Cameroun uniquement sur base d'informations recueillies dans un seul et unique établissement de soins. Une telle information permet légitimement de douter du sérieux de cette étude supposée évaluer la disponibilité des soins à l'échelle nationale : le fait qu'un centre médical situé dans la capitale (Yaoundé) dispose des soins requis ne signifie pas que lesdits soins soient disponibles à l'échelle de la demande nationale et soient donc effectivement disponibles pour Madame [M.], laquelle est originaire de Mbanga (à sept heures de route de Yaoundé). Ensuite, les auteurs de ces rapports ne sont pas renseignés, pas plus leurs qualifications et mérites que leurs sources ; il faudrait donc croire sur parole la partie adverse qui se base sur des rapports aux auteurs anonymes et aux sources non identifiées, alors que Madame [M.], dans sa demande, a cité et reproduit de multiples sources qui ne sont pas rencontrées par la décision. Les informations tirées de la base de données ne concernent pas personnellement Madame [M.] et visent d'autres patients souffrant d'autres pathologies. Par ailleurs, les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies par MedCOI et rien ne permet de confirmer l'accessibilité aux soins annoncée. De plus, ces rapports Medcoi sont rédigés intégralement en langue anglaise, sans traduction, ce qui ne permet pas au requérant, francophile, d'en comprendre la teneur et portée exacte. L'odofsey n'est pas plus renseigné comme disponible que dans la précédente décision, d'autres traitements étant annoncés en « Alternative medication ». Mais le médecin adverse est médecin généraliste et non spécialiste, et il n'expose ni ne démontre avoir consulté un médecin spécialiste avant de modifier le traitement de la requérante par un traitement équivalent (arrêts 94505, 208435 et 229280). Le médecin adverse ne démontre pas que les médicaments de substitution proposés sont adéquats pour la requérante (arrêt 178215). Méconnaissance de l'autorité de chose jugée de Votre arrêt 2722746 : « Toutefois, à supposer même que le Truvada soit composé de ténofovir alafénamide et non de ténofovir disoproxil et du même type d'emtricitabine que celle de l'Odefsey, comme requis selon la partie requérante, le Truvada étant une combinaison de ténofovir et d'emtricitabine, rien ne permet d'être certain, à la lecture de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, que ces molécules, apparaissant comme y étant mélangées (à défaut de précision en sens contraire dans l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse) et donc a priori impossibles à isoler, y sont réparties en même proportion que celle que l'on retrouve dans le médicament actuel Odefsey. Il n'est pas déraisonnable de penser que l'examen de la possibilité de maintien des proportions des différentes molécules est important dans le cadre de l'examen de la disponibilité d'un traitement équivalent à celui dont dispose actuellement la partie requérante ». Enfin, le médecin adverse estime ne pas devoir s'inquiéter des douleurs musculaires de la requérante, au motif qu'il s'agirait de bilans ponctuels. Néanmoins, quatre rapports en font état (20.09.22, 28.04.22, 03.05.22, 12.04.22) ; le dernier, du 20.09.22, renseigne que le diagnostic final et la thérapeutique sont en cours de bilan et non encore connus. Ce qui dément le caractère ponctuel édicté par le médecin adverse et nécessitait que cette pathologie fasse l'objet d'un bilan définitif avant d'affirmer les soins disponibles. Erreur manifeste et violation des articles 9ter, 62 de la loi sur les étrangers , 2 et 3 de la loi sur la motivation formelle et du devoir de minutie (arrêts 229280, 208435 et 94.505). »

2.2.3. Dans ce qu'il y a lieu de considérer comme une **troisième branche**, intitulée « 3. Accès aux soins au Cameroun. », la partie requérante s'exprime comme suit :

« Suivant l'article 9ter : « 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 ». 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. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., 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 » (C.C.E. n°54648 20 janvier 2011 ; C.C.E. n°48809 du 30 septembre 2010). Quant à l'accès aux soins, le défendeur reconnaît lui-même l'absence de couverture santé universelle et un système de protection sociale constitué de dispositifs hétérogènes largement appuyé par la coopération internationale (Fonds mondial et initiative internationale). Cet appui nécessaire de la communauté internationale confirme les nombreux rapports invoqués, qui indiquent le délabrement et 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) » ...Quant aux assurances de santé privées, l'OSAR indique que : « Krankenversicherung. Es gibt keine staatliche Gesundheitsversicherung, und die privaten Versicherungen sind in der Masse teuer, dass nur wenige privilegierte Menschen eine Krankenversicherung verfügen.¹⁴ Meistens müssen die Familienangehörigen für die Kosten der medizinischen Behandlung aufkommen. Oft verarmt dabei die gesamte Familie. Beamte und Regierungsangestellte, die wenigen Privilegierten, die informellen Sektorarbeiten, haben die Möglichkeit, eine Krankenversicherung¹⁵ abzuschließen. Der private Sektor hat begonnen, sogenannte Health Management Organisations (HMOs) aufzubauen, die bis anhin vor allem im Westen des Landes verbreitet sind (Kamerun: Psychiatrische Versorgung - Auskunft der SFHLänderanalyse - Alexandra Geiser » <http://www.Fluechtlingshilfe.ch/pays-doriqine/africa/cameroun>). La Mucosany, évoquée par le défendeur, est une initiative privée qui veut faire face aux défaillances précitées : « La MUCOSANY quant à elle 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 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 ».

Violation des articles 3 CEDH, 9ter, 62 de la loi ; erreur manifeste. »

3. Discussion.

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéa 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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». 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 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.

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

3.2. L'acte attaqué est fondé sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 6 novembre 2023 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une pathologie, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

3.3. Sur la **première branche**, en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse d'avoir mis un "*délai manifestement déraisonnable*" pour statuer sur son dossier, le Conseil rappelle que l'écoulement d'un délai, même déraisonnable, dans le traitement d'un dossier n'a pas pour effet d'entraîner la naissance d'un quelconque droit au séjour. A supposer même que l'écoulement du temps décrit par la partie requérante puisse être qualifié de retard et que ce retard puisse être jugé constitutif d'une faute dans le chef de la partie défenderesse, il n'entrerait toutefois pas dans la compétence du juge de l'excès de pouvoir de lui reconnaître ce caractère ni de décider de quelle façon le préjudice causé par cette faute devrait être prévenu ou réparé.

Le premier grief n'est par ailleurs pas fondé puisque la partie requérante reproche au "*défendeur*" (à savoir en l'espèce l'Etat belge via l'Office des Etrangers) d'avoir tardé à statuer ("*en 2023 sur une demande introduite en 2014*"). Or la partie requérante invoque le droit d'être jugée dans un délai raisonnable, alors que la partie défenderesse prend des décisions de nature administrative et non juridictionnelle. D'ailleurs, la partie requérante fonde son raisonnement sur l'article 6 (notamment) de la CEDH, qui est libellé comme suit : "*Droit à un procès équitable. 1. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. [...]*".

3.4.1. Sur la **deuxième branche**, intitulée « 2. *Disponibilité des soins et Medcoi* », en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse d'avoir fait usage d'une motivation par double référence, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions: « *Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif, Ed. La Charte, 2005, p. 44-45, n°50).*

En l'occurrence, la décision attaquée contient une motivation qui s'appuie sur les conclusions du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse émise dans son rapport du 6 novembre 2023, lequel est joint à l'acte querellé et a été communiqué à la partie requérante, et ce rapport se fonde en substance sur des informations provenant de la Banque de données MedCOI, seule source qui semble réellement contestée quant à la motivation par référence, indiquant, d'une part, le traitement ou le suivi qui est expressément désigné et, d'autre part, la disponibilité ou non de ceux-ci. Le fonctionnaire médecin a, en l'espèce, résumé la conclusion de chaque requête et reproduit les tableaux qu'il estimait pertinents. Les critiques relatives à une violation de l'obligation de motivation formelle ne peuvent dès lors être retenues, la partie requérante n'ayant pas égard au résumé effectué dans l'avis du médecin, donnant à la notion de motivation formelle une portée qu'elle n'a pas.

A toutes fins utiles, le Conseil constate en outre que les requêtes MedCOI précitées figurent au dossier administratif, en telle sorte qu'il était parfaitement loisible à la partie requérante de solliciter la consultation du dossier administratif afin d'en prendre connaissance. La partie requérante ne peut donc être suivie, en ce qu'elle fait grief à la partie défenderesse d'avoir violé les obligations visées au moyen, par une motivation par double référence. Partant, le grief susmentionné n'est pas fondé.

3.4.2. S'agissant du grief selon lequel le projet MedCoi a analysé la disponibilité des soins dans le pays d'origine uniquement sur la base d'informations recueillies dans un seul et unique établissement de soins, il ressort de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse que la réserve émise en note infrapaginale en page 2 de l'avis médical est libellée comme suit : « [...] *Dans le cadre de la recherche de la disponibilité, les informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif. Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie. [...]* ». Cette réserve entend par conséquent préciser que cette base de données ne concerne que la disponibilité du traitement, et non son accessibilité, sans pour autant signifier que ledit traitement n'est disponible que dans un seul hôpital. Le Conseil ne peut, dès lors, suivre l'argumentation de la partie requérante sur ce point. Il en est d'autant plus ainsi que le fonctionnaire médecin ajoute un peu plus loin, en note infrapaginale également, qu'« *il convient de rappeler que les réponses fournies par l'EASO Medcoi Sector n'ont pas vocation à être exhaustives [...]. La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées* ». En tout état de cause, la partie requérante reste en défaut d'établir, *in concreto*, qu'elle ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles et accessibles, et ce, d'autant plus que la demande ne fait pas état de problèmes particuliers à cet égard (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464). Partant, le grief selon lequel la base de données précitée ne permettrait pas d'évaluer la disponibilité des soins requis « *à l'échelle de la demande nationale* » apparaît dépourvu de pertinence.

3.4.3. L'argument tiré du fait que « *les auteurs des rapports MedCOI ne sont pas renseignés, pas plus que leurs qualifications et mérites que leurs sources* », est sans pertinence quant à la crédibilité dudit site internet dans la mesure où, comme indiqué en note infrapaginale de l'avis du fonctionnaire médecin (avis, page 2) :

« *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 (BOT) 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/>.»

Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces deux sources sont évaluées par les médecins de l'EUAA MedCOI Sector. (voir note infrapaginale en page 3 de l'avis).

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

Le Conseil ne peut en conséquence suivre le raisonnement de la partie requérante consistant à remettre en cause les rapports établis par les médecins locaux travaillant dans leur pays d'origine car ils n'indiquent pas les qualifications et mérites des médecins ou encore leurs sources. La partie requérante s'abstient de fournir le moindre élément concret de nature à démontrer autrement ses affirmations.

Le Conseil constate que la partie requérante se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par l'état de santé de la partie requérante ne lui serait pas disponible au pays d'origine, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité.

3.4.4. Le Conseil relève que si les requêtes MedCOI ne visent pas personnellement la partie requérante, elles concernent des personnes présentant des pathologies similaires à cette dernière. C'est ce qui importe dans le cadre de l'examen de la disponibilité de traitements et suivis médicaux.

3.4.5. Le Conseil observe que si les requêtes MedCOI ne fournissent aucune information sur l'accessibilité du traitement, cette question est examinée par le médecin conseiller dans son avis, dans la rubrique « *Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine* ».

3.4.6. S'agissant du grief selon lequel « *ces rapports MedCOI sont rédigés intégralement en langue anglaise, sans traduction* », le Conseil d'Etat a déjà jugé qu'« *il n'est pas interdit qu'un dossier contienne des informations établies dans une autre langue (que celle de la procédure) pour autant qu'il s'agisse d'une langue dont la connaissance, au moins passive, peut être présumée dans le chef de toute personne ayant le niveau d'instruction requis pour accéder au dossier où elle figure* » (C.E., n° 220.319 du 13 juillet 2012). En l'occurrence, la partie requérante reste en défaut de démontrer qu'elle-même ou son conseil ne comprendraient pas l'anglais, mais se borne à soutenir de manière péremptoire, et donc inopérante, que cela « *ne permet pas au requérant (sic), francophile, d'en comprendre la teneur exacte* ». Du reste, la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, explicite les éléments desdites requêtes sur lesquelles la partie défenderesse entend fonder sa décision, en telle sorte que le fait que ces documents soient rédigés en anglais, pour ce motif également, est sans incidence.

3.4.7.1. Enfin, en ce que la partie requérante invoque la violation de l'autorité de chose jugée de "l'arrêt 2722746 (sic)" (lire 272.246 au vu de l'arrêt du Conseil évoqué dans l'exposé des faits ci-dessus) du Conseil, force est de rappeler que l'autorité de chose jugée qui s'attache à un arrêt d'annulation interdit à l'autorité de reprendre le même acte vis-à-vis de la même partie à la cause sans corriger l'irrégularité qui a entraîné l'annulation (dans le même sens, notamment : CE, arrêt n° 221.068 du 17 octobre 2012).

3.4.7.2. Dans l'arrêt d'annulation antérieur du Conseil dans la cause ici examinée (arrêt n° 272.246 du 3 mai 2022), il avait été relevé par le Conseil que :

- la partie requérante était, au moment de la rédaction de la demande et, ultérieurement, de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse traitée par Odefsey ;
- le médecin conseil de la partie défenderesse indiquait que Odefsey est un « *traitement identique, d'une autre marque* » par rapport au traitement antérieur de la partie requérante par « *éviplera = trithérapie = émitricitabine 200 mg, rilpivirine (chlorhydrate) 25 mg, tenofovir, disoproxil (sous forme de fumarate) 245.* » ;
- le médecin conseil de la partie défenderesse avait donc vérifié la disponibilité au Cameroun de :
 - tenofovir disoproxil : il avait constaté que ledit tenofovir disoproxil était présent et disponible au Cameroun selon la requête MedCOI BMA 10145.
 - émitricitabine : il la renseignait comme composant (en combinaison avec du tenofovir) le Truvada, présent et disponible au Cameroun selon la requête MedCOI BMA 10145.
 - rilpivirine : le médecin conseil de la partie défenderesse constatait qu'elle pouvait être remplacée par « *Efavirez* », présente et disponible au Cameroun selon sa lecture du BMA 8389.

Le Conseil avait alors jugé :

« 3.6.3. Le Conseil est sans compétence pour juger :

- si l'Odefsey est composé de tenofovir alafénamide (dont la disponibilité n'a pas été recherchée) et non de tenofovir disoproxil (dont la disponibilité a été constatée) comme l'Eviplera.
- quel type de tenofovir est contenu dans le Truvada.

- si un type de tenofovir peut être substitué à l'autre ou non.
- si l'emtricitabine du Truvada est bien de la même nature que celle de l'Odefsey.

Toutefois, à supposer même que le Truvada soit composé de tenofovir alafénamide et non de tenofovir disoproxil et du même type d'emtricitabine que celle de l'Odefsey, comme requis selon la partie requérante, le Truvada étant une combinaison de tenofovir et d'emtricitabine, rien ne permet d'être certain, à la lecture de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, que ces molécules, apparaissant comme y étant mélangées (à défaut de précision en sens contraire dans l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse) et donc a priori impossibles à isoler, y sont réparties en même proportion que celle que l'on retrouve dans le médicament actuel Odefsey. Il n'est pas déraisonnable de penser que l'examen de la possibilité de maintien des proportions des différentes molécules est important dans le cadre de l'examen de la disponibilité d'un traitement équivalent à celui dont dispose actuellement la partie requérante. Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée, fondée sur l'avis de son médecin conseil ne permettant pas de conclure avec certitude à la disponibilité du traitement requis par l'état de santé de la partie requérante, n'est pas adéquatement motivée. C'est ce que relève en substance la partie requérante lorsqu'elle argue que « [...] la particularité du traitement médicamenteux nécessité par la requérante consiste en sa composition, en un seul comprimé, de trois molécules particulières, soit la Rilpivirine (Edurant 25 mg), le TAF (tenofovir alafénamide, nouvelle formulation du tenofovir 25 mg) et le FTC (emtricitabine, Emtriva 200 mg) » et que « [...] le traitement actuel de la requérante (Odefsey) est une combinaison précise de différentes molécules distinctes, regroupé en un comprimé unique. ».

Il ne s'agit pas ici de considérer qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre, ce qui n'entre pas dans la compétence du Conseil du Contentieux des étrangers, comme soulevé en termes de note d'observations, jurisprudence à l'appui, mais de constater que rien ne permet d'être certain, à la lecture de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, de l'existence des molécules nécessaires ou d'un substitut à celles-ci sous une forme permettant un dosage correspondant à celui actuellement administré à la partie requérante. »

3.4.7.3. En l'occurrence, la partie requérante n'expose pas concrètement en quoi l'autorité de chose jugée s'attachant à cet arrêt aurait été méconnue en l'espèce. Le paragraphe cité par la partie requérante dans sa requête à ce sujet doit se lire en prenant en considération ce qui le précédait, et notamment le fait que le médecin conseil de la partie défenderesse renseignait l'emtricitabine comme composant (en combinaison avec du tenofovir) le Truvada, présent et disponible au Cameroun selon la requête MedCOI BMA 10145. C'était donc par le biais du Truvada que l'emtricitabine et le tenofovir (mélangés donc) avaient été considérés comme disponibles, ce qui avait aux yeux du Conseil justifié un doute quant à l'obtention *in fine* des différentes molécules nécessaires au traitement de la partie requérante dans des proportions telles qu'elles soient comparables au traitement par Odefsey ®. Dans le nouvel avis du médecin conseil de la partie défenderesse, il n'est plus question de Truvada et c'est un nouveau médicament (Atripla ®) que le médecin conseil de la partie défenderesse présente comme une « *combinaison alternative* », avec, sans à avoir à prendre un médicament intermédiaire (comme l'était le Truvada), directement les trois substances requises ou une alternative.

3.4.7.4. Quoi qu'il en soit, pour sa part, à la suite de la partie défenderesse dans sa note d'observations, le Conseil constate notamment que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué dans son nouvel avis du 6 novembre 2023 que « *Atripla* ® (efavirenz, emtricitabine, tenofovir disoproxil) est une combinaison alternative de odefsey ® (emtricitabine, tenofovir alafenamide, rilpivirine). Rilpivirine et efavirenz sont des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse donc ont une même action dans le traitement du HIV. Les tenofovir sont tous les 2 des inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse et ont la même action dans le traitement du HIV. Le profil d'efficacité et de tolérance de tenofovir alafenamide est globalement comparable à celui du tenofovir disoproxil ». Ces précisions (et l'évocation de la disponibilité d'un type de médicament non cité jusqu'alors : Atripla ®) ne figuraient pas dans l'avis donné par le fonctionnaire médecin préalablement à la décision adoptée par la partie défenderesse le 2 mai 2018 ayant donné lieu à l'arrêt numéro 272 246 du 3 mai 2022 dont la partie requérante invoque l'autorité de chose jugée.

Le médecin conseil de la partie défenderesse, dans son avis du 6 novembre 2023, indique donc que « *Atripla* ® (efavirenz, emtricitabine, tenofovir disoproxil) est une combinaison alternative de odefsey ® (emtricitabine, tenofovir alafenamide, rilpivirine) ». Il en résulte que tant Atripla ® que Odefsey ® contiennent de l'emtricitabine.

Le médecin conseil de la partie défenderesse précise également que :

- « *Rilpivirine* » (dans Odefsey ®) « et *efavirenz* » (dans Atripla ®) « sont des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse donc ont une même action dans le traitement du HIV ».

- *Les ténofovir sont tous les 2 des inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse et ont la même action dans le traitement du HIV. Le profil d'efficacité et de tolérance de **ténofovir alafenamide** (dans Odefsey ®) est globalement comparable à celui du **ténofovir disoproxil** (dans Atripla ®)» (le Conseil met en gras).*

A la lecture des mentions précitées figurant dans le nouvel avis du médecin conseil de la partie défenderesse, qui ne sont nullement contestées par la partie requérante, force est de constater que tous les éléments constitutifs de Odefsey ® se retrouvent soit en tant que tels (emtricitabine) soit par le biais d'un substitut dont le médecin conseil de la partie défenderesse indique que l'action est identique (efavirenz », tenofovir disoproxil) et, en outre, s'agissant des deux types de tenofovir, qu'ils sont « *globalement comparables* » quant à leur « *profil d'efficacité et de tolérance* ».

Le Conseil ne perçoit pas à la lecture de ce qui précède en quoi l'autorité de chose jugée s'attachant à son arrêt n° 272.246 du 3 mai 2022 aurait été méconnue.

3.4.8. Dans l'arrêt n° 229.280 du Conseil (le plus récent cité par la partie requérante à ce sujet), le Conseil avait relevé que le médecin de la demanderesse d'autorisation de séjour avait émis des réserves et des mises en garde quant à une éventuelle substitution de médicaments par d'autres. Cela avait incité le Conseil à (entre autres considérations) « *constater que malgré cette mise en garde et le courrier explicite du cardiologue de la partie requérante, le médecin-conseil de la partie défenderesse - dont il n'est pas contesté qu'il est médecin généraliste et non spécialiste en cardiologie - d'une part, n'expose ni ne démontre avoir consulté un médecin spécialiste avant de modifier le traitement de la partie requérante par un traitement qu'elle qualifie d' « équivalent » en contradiction avec ce qui a été affirmé par le cardiologue traitant* ». Tel n'est pas le cas en l'espèce.

Il convient de relever que le médecin conseil de la partie défenderesse ne conteste ni la maladie diagnostiquée à la partie requérante, ni le traitement qu'elle doit suivre mais évoque une alternative à la médication actuelle de la partie requérante et s'en explique dans son avis. Comme déjà relevé plus haut, les explications données à cet égard par le médecin conseil de la partie défenderesse ne sont pas contestées concrètement par la partie requérante.

Dans l'arrêt n° 178.215 du 23 novembre 2016 du Conseil cité par la partie requérante au sujet de la question de l'adéquation de médicaments de substitution, il était question de la contestation par le médecin conseil de la partie défenderesse, au motif qu' « *aucune étude n'a pu démontrer le bien-fondé de cette exigence* » s'agissant de la qualification de « *non modifiable et non substituable* » faite par le médecin du demandeur d'autorisation de séjour au sujet du traitement de ce dernier. La situation n'est pas du tout la même en l'espèce : la partie requérante n'a pas argué dans sa demande d'autorisation de séjour que son traitement ne pouvait aucunement être modifié.

3.4.9. S'agissant des douleurs musculaires de la partie requérante, le médecin conseil de la partie défenderesse ne les a pas ignorées mais a indiqué, en page 1. de son avis, au sujet des deux rapports médicaux listés par lui faisant état de telles douleurs que :

- *“le 3/5/22, Dr [R.], y parle de douleurs musculaires (ponctuel car ces examens ne doivent pas obligatoirement être refait) (sic)”.*
- *“le 12/4/22, bon EMG/ le 4/4/22 bon IRM, NB : il s'agit d'un bilan ponctuel dans le cadre de douleurs musculaires (ponctuel car ces examens ne doivent pas obligatoirement être refait (sic). Donc, leur disponibilité ne sera pas recherchée.”*

La partie requérante fait valoir que *“Néanmoins, quatre rapports en font état (20.09.22, 28.04.22,03.05.22,12.04.22) ; le dernier, du 20.09.22, renseigne que le diagnostique final et la thérapeutique sont en cours de bilan et non encore connus. Ce qui dément le caractère ponctuel édicté par le médecin adverse et nécessitait que cette pathologie fasse l'objet d'un bilan définitif avant d'affirmer les soins disponibles.”*

Les quatre documents pertinents pour la problématique des douleurs musculaires ici examinée, et ainsi évoqués par la partie requérante dans sa requête sont (dans l'ordre chronologique) les suivants, à la lecture du dossier administratif :

- 12 avril 2022 : il s'agit d'une prescription du Dr R. pour examen complémentaires (“EMG M”) pour douleur musculaire.
- 28 avril 2022 : il s'agit d'un rapport médical du Dr R.. outre ce qui est relevé au sujet de ce document par le médecin conseil de la partie défenderesse, on peut notamment y lire notamment : *“par prudence, je*

propose de poursuivre le bilan par la réalisation d'un électromyogramme ainsi que d'une IRM musculaire. Je propose également la réalisation d'une analyse biologique complémentaire de type DOT myosite."

- 3 mai 2022 : il s'agit de prescriptions du Dr R. pour examens complémentaires (EMG, prise de sang et IRM musculaire) pour douleurs musculaires.
- 20 septembre 2022 : il s'agit d'un rapport médical du Dr M. (à vérifier) Il précise, s'agissant de la problématique ici examinée (douleurs musculaires), que la partie requérante est "en cours de bilan pour des douleurs musculaires avec majoration de l'enzymologie (CPK), une myosite inflammatoire est suspectée. Le diagnostic final et la thérapeutique qui lui sera proposée, sont encore méconnu (sic) à ce jour".

A toutes fins utiles, le Conseil relève que, toujours selon le dossier administratif, un certificat médical type du Dr R. précité du 24 mai 2022 (non invoqué par la partie requérante mais figurant au dossier administratif) précise au point "B. DIAGNOSTIC", outre le HIV, la "découverte de CPK majorés dans un contexte de douleurs musculaires en avril 2012 (lire 2022 ?), en cours de bilan".

Au sujet de cette problématique, le Conseil ne peut que faire siens les termes suivants de la note d'observations de la partie défenderesse : "[...] la partie requérante n'a pas intérêt à reprocher au médecin fonctionnaire d'estimer ne pas devoir s'inquiéter de ses douleurs musculaires dès lors qu'il ressort des termes mêmes du recours que celles-ci constituaient le cas échéant le symptôme d'une maladie non encore diagnostiquée et ne faisant pas encore l'objet d'un traitement, un bilan étant toujours en cours lors de l'établissement des documents médicaux déposés dans le cadre de la demande. Elle [la partie défenderesse] entend en effet relever que l'article 9ter impose uniquement de vérifier la disponibilité des soins requis pour les maladies, de nature à entraîner un risque traitement inhumain et dégradant en l'absence de traitement, dont le degré de gravité -et a fortiori l'existence- a été établi. Dès lors que les documents médicaux fournis ne démontraient pas de quelle pathologie les douleurs musculaires étaient le symptôme ni a fortiori que celles-ci résulteraient d'une maladie présentant le degré de gravité requis et qu'ils ne préconisaient aucun traitement, la partie requérante n'a pas intérêt à ses critiques au vu du prescrit de l'article 9ter."

Le Conseil observe au demeurant qu'il n'est pas soutenu par la partie requérante que des informations/pièces complémentaires sur les douleurs musculaires (confirmation de diagnostic, traitement éventuel mis en place, etc.) aient été transmis à la partie défenderesse avant l'adoption de la décision attaquée, le Conseil relevant que la dernière pièce médicale portée à la connaissance de la partie défenderesse est le rapport médical du Dr R. du 20 septembre 2022 précité tandis que l'avis du médecin conseil de la partie requérante a été rédigé le 6 novembre 2023, soit plus d'un an plus tard.

3.5.1. Sur la **troisième branche**, intitulée « 3. Accès aux soins au Cameroun. », une simple lecture de l'avis médical du 6 novembre 2023 susmentionné montre que le fonctionnaire médecin a examiné l'accessibilité des soins et suivis requis, au regard de la situation personnelle de la partie requérante.

Il convient de noter que le médecin conseil de la partie défenderesse a relevé l'ancienneté des sources citées par la partie requérante dans sa demande et que "rien ne démontre que les situations qu'elles décrivent sont toujours d'actualité en 2023". Ce point n'est pas contesté par la partie requérante. Certes, cette dernière a introduit sa demande originaire en 2014 mais rien ne l'empêchait d'adresser à la partie défenderesse des documents pour actualiser sa thèse de l'inaccessibilité des soins requis au Cameroun.

3.5.2. D'emblée, le Conseil observe que la partie requérante reste en défaut de rencontrer valablement les constats posés par le médecin fonctionnaire dans son avis du 6 novembre 2023, selon lesquels :

- la partie requérante "n'a pas prouvé qu'elle serait dans une situation financière qui ne lui permettrait pas de financer ses soins sur place étant donné qu'elle a été capable de financer son voyage en Belgique".
- "l'intéressée est en âge de travailler. Et la pathologie présentée par la requérante n'entraîne pas d'incapacité totale et permanente de travailler. Dès lors, rien ne démontre que la requérante ne puisse intégrer le marché de l'emploi général dans son pays d'origine afin d'assurer le financement de ses soins médicaux personnellement et/ou par le biais de son employeur."
- "il ressort des déclarations déposées par Madame [M.] lors de la demande d'asile, qu'elle dispose des membres de sa famille au pays d'origine. Rien n'indique qu'elle ne pourra pas être aidée par ceux-ci en cas de nécessité. Et, vu la durée relativement longue du séjour de l'intéressée dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous osons croire qu'elle doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité".

3.5.3. Dès lors, à supposer même que la partie requérante ne puisse pas bénéficier d'une quelconque couverture sociale au Cameroun (via une couverture sociale publique, une mutuelle, l'aide internationale ou une assurance de santé privée...), il doit être tenu pour établi que la partie requérante n'a pas démontré

qu'elle ne pourrait pas faire usage de fonds dont elle disposerait, travailler dans son pays d'origine et/ou obtenir de l'aide de certains membres de sa famille, lui permettant de financer son traitement et suivi médical. Les critiques de la partie requérante sur les mutuelles ou les assurances de santé privées¹ sont donc sans pertinence.

Surabondamment, le Conseil relève que :

- ce qui importe pour apprécier l'accessibilité aux soins requis, c'est que les soins soient accessibles à la partie requérante, que ces soins soient rendus accessibles par un organisme public, privé ou d'aide internationale.
- l'allégation de la partie requérante, s'agissant de "*la prétendue « émergence des mutuelles de santé »*" selon laquelle "*plus de la moitié des mutuelles ayant vu le jour depuis 2006 n'existent désormais plus*" n'est étayée par aucune source. Quoi qu'il en soit, à supposer même ce fait établi, il n'en demeurerait pas moins que la moitié desdites mutuelles existerait encore et que la partie requérante ne démontre pas ne pas pouvoir en bénéficier.
- s'agissant de la MUCOSANY, mutuelle citée à titre d'exemple par le médecin conseil de la partie défenderesse, la partie requérante se contente de citer le passage de l'avis dudit médecin relatif à la description de cette mutuelle et de la "*qualifier d'initiative privée qui veut faire face aux défaillances précitées*". Toujours est-il que la partie requérante n'en conteste pas l'existence ni ne soutient ne pas pouvoir y faire appel.
- s'agissant de la MULEMACARE citée également, à titre d'exemple de mutuelle, par le médecin conseil de la partie défenderesse, elle n'est quant à elle nullement évoquée par la partie requérante dans sa requête. Dès lors, par définition, elle n'en conteste pas non plus l'existence ni ne soutient ne pas pouvoir y faire appel.

3.6. Au vu de ces éléments, le Conseil constate que la motivation de l'acte attaqué est adéquate et suffisante. La partie défenderesse n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation en constatant que le traitement et le suivi médical requis par l'état de santé de la partie requérante est disponible et accessible au pays d'origine.

3.7. Le moyen n'est fondé en aucune de ses branches.

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 en annulation est rejetée.

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

G. PINTIAUX, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. D. NYEMECK COLIGNON, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. D. NYEMECK COLIGNON

G. PINTIAUX

¹ assurances de santé privées que la partie requérante semble critiquer sur la base d'un rapport de l'OSAR dont elle cite un extrait en allemand, sans traduction (libre ou autre).