

Arrêt

**n° 336 894 du 28 novembre 2025
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. VAN ISTERDAEL
Terninckstraat 13/C1
2000 ANTWERPEN**

Contre :

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration et désormais par la
Ministre de l'Asile et de la Migration**

LA PRÉSIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 16 mars 2025, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 30 janvier 2025.

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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 8 avril 2025 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu le mémoire de synthèse.

Vu l'ordonnance du 16 septembre 2025 convoquant les parties à l'audience du 14 octobre 2025.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendus, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me I. VAN ISTERDAEL, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Mes S. MATRAY, C. PIRONT et A. PAUL, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante est arrivée sur le territoire du Royaume le 18 juin 2022, munie d'un passeport revêtu d'un visa court séjour pour visite familiale.

1.2. Par un courrier électronique du 7 juillet 2022, elle a demandé la prolongation de son visa court séjour pour raisons médicales.

1.3. Le 14 juillet 2022, la requérante a introduit une demande de protection internationale, demande à laquelle elle apparaît avoir renoncé implicitement.

1.4. Le 23 décembre 2022, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a fait l'objet d'une décision la déclarant non fondée, prise par la partie défenderesse le 20 octobre 2023. Par un arrêt n°315 836 du 31 octobre 2024, le Conseil a annulé la décision susmentionnée.

1.5. Le 30 janvier 2025, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour du 23 décembre 2022. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée 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.

L'intéressée invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Cameroun, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 27.01.2025, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

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

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

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

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

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

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

2. Procédure.

Conformément à l'article 39/81, alinéa 7, de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil « statue sur la base du mémoire de synthèse sauf en ce qui concerne la recevabilité du recours et des moyens ».

3. Exposé du moyen d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, des « principes généraux de bonne administration et plus particulièrement du principe de minutie, de proportionnalité, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause », ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

Après un rappel de la décision attaquée, la partie requérante expose tout d'abord des considérations théoriques relatives à l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

3.2. Sous ce qui s'apparente à un premier grief, elle soutient que « le médecin conseiller a mal jugé que le requérant pourra voyager (aucun encadrement médical pour le voyage n'est à prévoir) ».

Elle fait en outre valoir que « Le médecin-conseil doit justifier sans équivoque si les traitements indiqués par le médecin traitant sont nécessaires » et précise que « le requérant a été opérée plusieurs fois entre le 14.12.2023 et 2025. Le médecin spécialiste a déjà noté que le requérant ne peut absolument pas voyager. La Vaissie est enlevée, elle a une poche urinaire et un stomas à vie. Entre la première et la deuxième décision négative, le requérant a subi des autres opérations qui l'empêchent bien évident de se rendre à son pays d'origine ». Elle ajoute que « Le requérant a besoin d'aide constamment de son fils et belle fille, il y a une infirmière qui vient à la maison pour traiter les stomas. Pour se déplacer elle a besoin d'aide, en fait elle ne peut rien faire sans aide. La plupart du temps elle est alitée. Dr. [S.M.] mentionne dans le certificat médical rempli le 11.12.2024 *que la patiente est suivie d'une manière régulièrement par l'urologue et la chirurgienne. Elle nécessite des soins journaliers des stomies* ».

Quant à l'indication selon laquelle elle est en mesure de voyager, elle rappelle que « la requérante n'a pas guérie depuis le découvert du cancer, puisque elle est au stade IV. La requérante a subi plusieurs autres opérations et sa situation est devenue encore plus désespérée. Il est donc frappant que la défenderesse ose supposer que la requérante peut voyager alors que la situation est aggravée depuis la demande 9^{ter} en 2022. Il est impossible pour la requérante de voyager sans atteinte imminente à son intégrité physique. Pourtant, le médecin disposait de certificats médicaux concernant une période de plus de deux ans », et se réfère, en ce sens, au divers documents médicaux déposés dans le cadre de sa demande.

Après un rappel du traitement médical nécessaire, elle souligne qu'« Actuellement elle prend aussi bisoprolol, amlodipine, perindopril, terazosine, levothyroxine, movicol, furdantane. Le traitement des stomas et stents continue. Au moment de la première demande elle portait une sonde abdominale et vésicale. En ce moment elle a subi une résection de la vessie. Hystérectomie, vaginectomie partielle, amputation rectum. Il y a une insuffisance rénale chronique. Il y a une anémie sévère. La requérante ne voit pas bien ». Elle ajoute que « Le médecin a reçu tout les rapport même concernant la néphrostomie percutanée le 21.1.2025. Le médecin a trouvé la lettre du 16.1.2025 une lettre non médical, il s'agit par contre d'une lettre qui indique la suivi de l'opération. La partie défenderesse accuse la bonne réception mais le considère comme accessoire. Il est donc clair que le médecin fonctionnaire n'a pas bien compris les pièces, alors que la partie défenderesse mentionne dans sa note d'observations page 12: *Force est de constater qu'aucun document notamment le certificat médical type actualisé du 11 décembre 2024 ne font état de cette opération*. Le médecin spécialiste ne peut pas voir dans l'avenir et ne peut pas mentionner des opérations dont elle n'est pas au courant ».

Elle en déduit qu'il « est clair que les preuves sont fournis et sont visiblement ignorées pour les besoins de la cause » et observe que « Le médecin fonctionnaire n'a clairement pas compris tout les documents qui sont rédigés en néerlandais et il a dû les faire traduire par un traducteur. Il a aussi dû demander l'aide d'un expert, spécialiste au cas de doute vu que l'avis du médecin conseiller est contradictoire aux conclusions des médecins de la requérante ».

De plus, elle constate que « Le médecin fonctionnaire ne mentionne pas le rapport du 26.9.2023 qui mentionne un abcès, drainage et traitement pour la douleur chez la clinique de la douleur. La lettre du 27.11.2023 est ignorée aussi. Elle s'agit d'une intervention combinée d'exentération (résection de la vessie, urostomie, hystérectomie, vaginectomie partielle, amputation du rectum et appendicectomie). Le médecin fonctionnaire parle seulement d'un carcinome du col. La requérante est traitée pour beaucoup plus de maladies que simplement pour le cancer du col de l'utérus ».

3.3. Sous ce qui s'apparente à un deuxième grief, la partie requérante soutient qu'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa pathologie dans son pays d'origine.

D'une part, elle constate que le médecin conseil de la partie défenderesse s'appuie sur des sources qui ne sont pas accessibles au public.

D'autre part, elle relève que « les études auxquelles le médecin conseiller a référé ne sont pas à jour (la deuxième note (Bulletin de L'apad date du 2001, il y a donc plus que 20 ans). En outre le médecin conseiller réfère à certaines citations mais plus loin il y a des autres conclusions moins favorables qui ne sont pas été citées [...] » et souligne que « Le Cameroun est un pays 14 fois plus grand que le Pays-Bas. Il y a au moins 30 million d'habitants dans le pays. Dans la décision attaquée, le médecin conseiller réfère à un article dans lequel est mentionné que 2 million d'habitants sont couverts, c'est à dire même pas 7% des habitants. Il n'y a pratiquement pas de sécurité sociale au Cameroun ».

Par ailleurs, la partie requérante expose que « le recrutement dans la fonction publique a été interrompu pour toutes les catégories d'agents de santé, à l'exception des médecins diplômés de la faculté de médecine, et les postes de yaoundi devenus vacants en raison de la retraite et du décès ne sont pas maintenus. La détérioration de l'environnement de travail, la non-reconnaissance du travail effectué, le gel des salaires à un niveau très bas contribuent également à la démotivation de la main d'œuvre. Moins de 20 % des médecins-chefs de district ont une formation professionnelle. Une recherche documentaire sur l' Internet (international journal on equity in health) montre que l'examen du médecin conseiller de l'office des étrangers n'est pas correct et ne peut pas être suivi. Plusieurs articles confirment et montrent que les soins nécessaires, adéquats, pour la requérante ne sont pas accessibles au pays d'origine ou sont extrêmement chers. Les recherches montrent aussi que le traitement du cancer est limité au pays d'origine (Cameroun) . Le Cameroun est un pays du tiers-monde où l'accent est toujours mis sur la prévention par la vaccination et le dépistage. Le traitement du cancer du col de l'utérus n'est pas accessible à tout le monde, il a un coût très élevé et les patientes doivent conduire très loin pour être aidées. Cameroon public health sector: shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel - PMC (nih.gov) Cette recherche, du 2015, montre que: Le Cameroun est classé par l'Organisation mondiale de la santé comme ayant une grave pénurie de personnel de santé. Cette situation est encore compliquée par les inégalités géographiques de distribution du personnel de santé national ».

Elle en conclut que la partie défenderesse se réfère à des généralités dans le monde médical au Cameroun et estime qu'il n'y a pas de preuve que :

- le traitement au Cameroun pour cette affection est facilement accessible (« les informations fournies sont limitées à la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. Aucune information sur l'accessibilité et le traitement n'est fournie ») ;
- un suivi spécifique est possible ;
- cet accès soit possible pour tous et gratuit ou abordable.

3.4. Sous ce qui s'apparente à un troisième grief, en ce qui concerne l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, la partie requérante reproduit des extraits du « bulletin de l'apad de 2001 », de l'article « Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective - PMC (nih.gov) » et constate que « La législation Camerounaise de sécurité sociale ne prévoit pas de couvertures pour les soins de santé et de chômage. La partie adverse réfère aux soins de santé en France, ce qui n'est évidemment pas du tout pertinent en l'espèce ».

Après avoir reproduit un extrait de l'article intitulé « Assessment of barriers to optimal cancer control in adult cancer treatment centres in Cameroon - PMC (nih.gov) », elle souligne que « près de 85 % du personnel travaillant dans les centres de traitement du cancer interrogés n'a pas reçu de formation préalable sur les soins contre le cancer. Ces limites mettent en évidence la nécessité de renforcer la capacité des ressources en santé pour la lutte contre le cancer par des interventions ciblées afin de renforcer immédiatement les compétences des ressources de santé existantes main-d'œuvre en santé à court et à moyen terme. La mise en place d'un mécanisme permettant d'augmenter le bassin existant d'oncologues (médecins et infirmières) sera nécessaire pour réduire les défis en matière de ressources humaines à long terme ».

Elle fait en outre valoir que « le coût de la chimiothérapie est largement au-delà de la capacité financière de la majorité de la population, y compris 37,5% de ceux qui vivent déjà en dessous du seuil de pauvreté de 931 FCFA (~1,8 \$) par jour. En effet, nos données montrent qu'un patient devra dépenser en moyenne 67 000 FCFA (~134 \$) pour des investigations pré-traitement, 990 000 FCFA (1980 \$) pour une chimiothérapie en six cycles. De plus, le cas échéant, un patient devra dépenser 180 000 FCFA (~316 \$) pour une séance complète de radiothérapie. En effet, les ressortissants qui vivent en dessous du seuil de pauvreté devront tout épargner sur leur revenu mensuel d'environ 28 309 FCFA (~49 dollars) pendant plus de six mois pour pouvoir réunir le montant nécessaire à la radiothérapie Compte tenu de cet enjeu financier, la majorité des

personnes atteintes d'un cancer nécessitant une chimiothérapie curative suivie d'une radiothérapie sont susceptibles d'abandonner le traitement en raison du coût . Ainsi, le fait de rendre la chimiothérapie (examens prétraitements, hospitalisation et médicaments) et la radiothérapie abordables pourrait améliorer considérablement l'accès, ce qui aurait un impact sur les taux de survie après le traitement du cancer. En effet, le coût est l'une des principales raisons pour lesquelles de nombreux patients abandonnent leurs traitements en Afrique, car les patients doivent souvent payer de leur poche pour accéder aux soins, ce qui entraîne des dépenses qui peuvent être financièrement élevées. Des services de soins palliatifs sont disponibles pour le cancer et d'autres maladies. Cependant, très peu de médicaments sont utilisés à cette fin et ceux-ci ne sont pas facilement disponibles ».

Elle se réfère à un article concernant les coûts des soins de santé au Cameroun.

Quant au cancer du col de l'utérus, elle relève que le « Cameroun a un score de 23 pour le cancer du col de l'utérus, Le Cameroun est 171^e sur la liste des 195 pays étudiés. À titre de comparaison, la Belgique obtient un score de 79 et est dans les 10 premiers pays. À lumière de ce qui précède, on peut conclure que la décision de la défenderesse viole les principes de raisonnement et de raisonnement et de diligence. Il est manifestement contesté que les traitements chirurgicaux sont disponibles au pays de retour de sorte que la requérante pourrait s'y faire soigner aussi bien qu'en Belgique ».

En réponse à la note d'observations, quant à la circonstance selon laquelle « La partie défenderesse prétend aussi que la partie demanderesse n'a pas invoqué la distance qu'elle devait parcourir pour bénéficier des soins, ni qu'elle ne pourrait pas prendre en charge les coûts de médicament ou bénéficier d'un des systèmes lui permettant de les obtenir à moindre coût », elle souligne avoir mentionné, dans sa demande d'autorisation de séjour, que « De toegankelijkheid voor dit type kanker is onbestaande, minstens onbetaalbaar in Kameroen. Er dient minstens sprake te zijn van een voldoende beschikbaarheid en toegankelijkheid voor opvolging en adequate behandeling. Gezien er geen zekerheid kan worden geboden omtrent de faciliteiten in Kameroen, kan men er moeilijk van uitgaan dat het tegendeel het geval is. (De beschikbaarheid van de medische zorgen moet reëel zijn en niet onzeker of beperkt : RvS 29 november 2000, nr. 91.152, RDE 2000, n° 119) Ook de toegang tot deze medicatie is in Kameroen onverkrijgbaar, minstens onbetaalbaar. Gelet op de toestand van verzoekster op dit moment, is het voor haar onmogelijk om terug te keren naar haar land van herkomst. Gelet op de medische toestand is een terugkeer momenteel onverantwoord. Verzoekster is bedlegerig, en heeft continu verpleegkundige zorgen nodig. Zo heeft zij een maag- en blaasonderzoek ».

3.5. Sous ce qui s'apparente à un quatrième grief, la partie requérante se réfère à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme (ci-après : la CEDH) et soutient que « Vu qu'il n'y a pas un traitement adéquat en Cameroun, il y a aussi une violation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme [...] La requérante a également introduit une demande de protection internationale, actuellement il n'y a aucune nouvelle concernant cette demande. La partie défenderesse mentionne que la demande de protection internationale a été clôturée, la requérante n'en est pas informée ».

4. Discussion.

4.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat et du Conseil, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par la décision attaquée (cf. notamment C.E., 8 novembre 2006, n° 164.482 et C.C.E., 29 mai 2008, n° 12 076).

Le Conseil constate en l'occurrence que, dans son moyen unique, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière la décision querellée violerait les « principes généraux de bonne administration et plus particulièrement du principe de minutie, de proportionnalité, de prudence et de précaution ». Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces principes.

4.2.1. Sur le reste du moyen unique, 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 litigieux :

« 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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, 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 9ter 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 le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant 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.

4.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que la décision attaquée est fondée sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 27 janvier 2025, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'un « *Carcinome du col [utérin] avec atteinte du rectum traité par radiothérapie puis brachythérapie jusqu'au 19/10/2022* » pour lesquels les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

De plus, en ce que la partie requérante fait grief au fonctionnaire médecin de mentionner uniquement un « *carcinome du col* », le Conseil observe que le dernier certificat médical type déposé par la partie requérante, et daté du 11 décembre 2024, relève qu'un carcinome du col utérin lui a été diagnostiqué et indique, sous la rubrique « *diagnostic (description détaillée de la nature et du degré de gravité des affections sur base desquelles la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter est introduite)* » : « *Etat post exentération, présence de stents double J, Bricker urostomie* ». En tout état de cause, le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à ce développement du moyen dès lors que ce qui suit qu'elle reste manifestement en défaut d'indiquer quel suivis ou traitement la partie défenderesse aurait omis de prendre en considération.

4.3.1. S'agissant de la capacité à voyager de la partie requérante, il ressort de l'avis du fonctionnaire médecin que ce dernier a pris en considération sa situation particulière et a relevé que :

« Les pathologies mentionnées dans le certificat médical, pour autant que la patiente suive les recommandations thérapeutiques et d'hygiène de vie de ses médecins, ne contre-indiquent pas le voyage de retour vers le pays d'origine.

Aucune incapacité actuelle (en 2025) à voyager n'est documentée dans le dossier. En effet, l'incapacité de déplacement mentionnée en 2023 était seulement motivée par la réalisation d'une prochaine intervention chirurgicale ; outre le fait que depuis lors celle-ci a en principe dû être réalisée sinon, d'une part on comprendrait mal l'attestation du médecin et d'autre part il serait malvenu sur le plan médical de surseoir durant plus d'un an à une intervention réputée utile. De manière

surabondante, il est démontré que les traitements chirurgicaux sont disponibles au pays de retour de sorte que la requérante pourrait s'y faire soigner aussi bien qu'en Belgique. Au demeurant, un encadrement médical pour le voyage est éventuellement à prévoir en fonction des besoins ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne à cet égard à prendre le contre-pied de la décision querellée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière à cet égard.

Par ailleurs, en ce que la partie requérante soutient que « *le médecin conseiller a mal jugé que que le requérant pourra voyager (aucun encadrement médical pour le voyage n'est à prévoir) Le médecin-conseil doit justifier sans équivoque si les traitements indiqués par le médecin traitant sont nécessaires. (CCE 30.3.2017 nr. 184 854) Attendu que le requérant a été opérée plusieurs fois entre le 14.12.2023 et 2025. Le médecin spécialiste a déjà noté que le requérant ne peut absolument pas voyager* », force est de constater que ce faisant, la partie requérante s'abstient de renvoyer distinctement à un quelconque document médical déposé à l'appui de sa demande, ou en termes de compléments, mentionnant une éventuelle incapacité à voyager.

Quant au courrier du 16 janvier 2025, transmis à la partie défenderesse, le Conseil constate que ce dernier consiste en réalité en une liste de modalités, précisions, concernant le futur séjour de la partie requérante en clinique, et qu'il n'indique que brièvement ce qui suit : « *Je ingreep, behandelings, of onderzoek percutane nefrostomie (rechts) met anesthesietechniek algemene narcose is gepland op 21-01-2025* ». Au vu de l'absence d'éventuelles informations concrètes concernant l'opération de la partie requérante, il ne saurait donc être fait grief au fonctionnaire médecin d'avoir considéré que ce dernier constituait un « *document non médical* ».

Quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas mentionner « *le rapport du 26.9.2023 qui mentionne un abcès, drainage et traitement pour la douleur chez la clinique de la douleur. La lettre du 27.11.2023 est ignorée aussi. Elle s'agit d'une intervention combinée d'exentération (résection de la vessie, urostomie, hystérectomie, vaginectomie partielle, amputation du rectum et appendicectomie)* », le Conseil constate que ces derniers apparaissent dans la rubrique « *Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier* » sous les dates « 11/12/2023 » et « 31/12/2023 », lesquels semblent correspondre aux dates de rédaction des rapports susmentionnés.

4.3.2. En outre, le Conseil rappelle que le fonctionnaire médecin n'est nullement tenu d'interroger la partie requérante ou de l'examiner. Il a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un autre médecin (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010). En outre, force est de convenir que ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste ou d'un traducteur.

En effet, cette disposition prévoit en son paragraphe 1^{er}, alinéa 5, que :

« L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement [...], 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 souligne).

Il ne ressort ainsi pas de la disposition précitée qu'il existe une obligation spécifique dans le chef de ce médecin fonctionnaire de s'adresser à un expert spécialisé, tel celui ayant établi le certificat médical déposé par la partie requérante, ni d'examiner personnellement cette dernière. Imposer une telle obligation serait conférer à la loi une portée que le législateur n'a pas entendu lui donner.

Par ailleurs, le Conseil observe que, dans le cadre de sa demande, la partie requérante a eu la possibilité de faire valoir les éléments démontrant, selon elle, qu'elle remplissait les conditions fixées à la reconnaissance du droit au séjour revendiqué.

4.4. Quant à l'**examen de la disponibilité des soins et traitements** au pays d'origine, le Conseil relève que le fonctionnaire médecin, indiquant les sources dont il tirait ses informations, a estimé que :

« Les consultations en oncologie sont disponibles au Cameroun (cf. AVA-16915) ;

- La prise en charge par une infirmière à domicile, pour le soin des stomies, est disponible au Cameroun (cf. AVA-16915) ;
- Les consultations en urologie sont disponibles au Cameroun (cf. AVA-17293) ;
- Les consultations en chirurgie sont disponibles au Cameroun (cf. AVA-17231) ;
- Bisoprolol est disponible au Cameroun (cf. AVA-17256) ;
- Amlodipine est disponible au Cameroun (cf. AVA-16720) ;
- Perindopril est disponible au Cameroun (cf. AVA-17244) ;
- Terazosine est disponible au Cameroun (cf. AVA-17244) ;
- Lévothyroxine est disponible au Cameroun (cf. AVA-15866) ;
- Macrogol est disponible au Cameroun (cf. AVA-14909) ;
- Amoxicilline, en remplacement de Nitrofurantoïne pour le traitement d'infections urinaires, est disponible au Cameroun (cf. AVA-16512) ».

En termes de requête, la partie requérante reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse quant à la disponibilité susmentionnée des soins médicaux au Cameroun. L'argumentation développée par la partie requérante en termes de recours, relative, notamment, à l'interruption du recrutement dans la fonction publique, la démotivation de la main d'œuvre, ainsi que la faible proportion de médecins-chefs de district disposant d'une formation professionnelle, n'apparaît, en outre, pas de nature à établir que les soins et traitements requis ne seraient pas disponibles dans le pays d'origine. A cet égard, le Conseil rappelle la jurisprudence du Conseil d'Etat, sur ce point, qui considère que lorsque le constat de la disponibilité du traitement requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité des dits médicaments doit être considérée comme effective (CE n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019).

A toutes fins utiles, le Conseil constate que les articles et 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.

Pour le surplus, 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 son état de santé ne lui serait pas disponible au pays d'origine, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité.

Par conséquent, il y a lieu de constater que l'avis du fonctionnaire médecin démontre à suffisance la disponibilité du suivi et du traitement nécessaires à la partie requérante.

4.5.1. Quant à l'**examen de l'accessibilité des soins et traitement au pays d'origine**, le Conseil rappelle que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 reproduit ci-avant prévoit que la partie défenderesse est tenue de vérifier l'accessibilité aux soins requis par l'état de santé de la partie requérante, ce qui revient à vérifier sa capacité à financer ou à bénéficier des soins en question. S'agissant du financement, celui-ci peut être réalisé par le biais d'une mutuelle, publique ou non, ou par la capacité de la partie requérante à travailler afin de payer ses médicaments elle-même.

En l'espèce, concernant l'accessibilité des soins et traitement, le fonctionnaire médecin a relevé que :

« Le système actuel de protection sociale au Cameroun comporte deux piliers qui couvrent 15 % de la population active totale. Le ministère de l'Économie et des Finances gère le régime des fonctionnaires et la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale (CNPS) gère le régime des travailleurs soumis au code du travail (secteur formel). Il garantit la plupart des prestations prévues par la convention de 1952 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur la sécurité sociale, notamment les prestations familiales, de vieillesse et d'accident du travail et de maladie professionnelle. Il ne couvre pas les prestations de chômage et de maladie, mais le code du travail oblige les employeurs à fournir des services de soins médicaux et à verser des indemnités de maladie en espèces (jusqu'à six mois) à leurs employés. Les assurances maladie privées proposent des ensembles de prestations pour couvrir les risques de santé des organisations privées.

Compte tenu de la forte proportion de la population travaillant dans le secteur informel, le gouvernement camerounais a encouragé les mécanismes de partage des risques de santé par le biais d'assurances santé à base communautaire-CBHI (connues sous le nom de mutuelles de santé) ou d'institutions de microfinance. En outre, dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé, le Cameroun a implémenté la Couverture Santé Universelle (CSU). Ce système, entré en vigueur le 12 avril 2023, vise à garantir un accès aux soins de santé de qualité pour tous les Camerounais, indépendamment de leur situation financière. La CSU vise à assurer l'accès à des services de santé de qualité tout en réduisant les dépenses de santé des ménages. Depuis son entrée en vigueur, plus de 2 millions de personnes sont d'ores et déjà enrôlées dans la plateforme. À terme, la CSU

ambitionne de couvrir environ 6 millions de personnes, en renforçant la stratégie nationale de santé pour garantir un accès équitable et universel aux soins d'ici 2035.

Au Cameroun, les mutuelles de santé connaissent actuellement une croissance considérable. Citons l'exemple, la Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé (MUCOSANY). C'est une association à but non lucratif qui œuvre au quotidien pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations défavorisées de la ville de Yaoundé, à travers l'appui à la mise en place d'un mécanisme de financement collectif d'accès aux soins de santé de qualité. Elle s'adresse principalement aux habitants des sept arrondissements de la Capitale. Plus de 2800 individus issus de 500 familles et 40 associations des 7 arrondissements de la ville de Yaoundé mutualisent leur risque maladie grâce à la MUCOSANY. Public cible : les familles, les associations, les ONG, les GICS, les femmes, les enfants de moins d'un an, les ministères, les indigents du Cameroun en général et de Yaoundé en particulier. Elle tient son origine de l'exclusion des populations marginalisées aux soins de santé de qualité et permet la mutualisation du risque maladie entre ses membres. Son objectif fondamental est d'abaisser la barrière à l'accès aux soins, en permettant à chaque bénéficiaire de mobiliser, si besoin est, un fonds constitué collectivement.

La prise en charge des membres⁵ 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 par exemple la mutuelle MULEMACARE⁶, créée en 2018, qui intervient entre 50 et 80% des frais en fonction de la formule choisie et permet via sa complémentaire de prendre en charge entre 70 et 100 % des médicaments.

Notons que la requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait souscrire à une mutuelle de santé pour prendre en charge ses soins de santé. Qui plus est, c'est au requérant, qui sollicite une autorisation de séjour, à apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique. C'est dès lors à lui qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui lui sont nécessaires ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine. (voir notamment arrêts CCE n°249 900 du 25.02.2021 et n° 251 125 du 17.03.2021). D'après sa demande de visa introduite le 05.05.2022, l'intéressée démontre de sa solvabilité par un relevé de compte crédité de 2500 euros, un acte de propriété d'un terrain et de 3 contrats de bail d'un montant total de 693 euros par mois que l'intéressée perçoit.

Rappelons enfin qu'il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Ce qui est le cas en l'espèce.

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

4.5.2. Ainsi, le raisonnement du fonctionnaire médecin repose sur des éléments distincts, à savoir : le système actuel de protection sociale au Cameroun, la Casse Nationale de la Prévoyance Sociale, les mutuelles de santé et l'existence de la couverture de santé universelle.

En terme de recours, la partie requérante ne conteste pas utilement la possibilité de pouvoir bénéficier de l'aide d'une mutuelle de santé en cas de retour au Cameroun, et notamment le motif selon lequel :

« la requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait souscrire à une mutuelle de santé pour prendre en charge ses soins de santé. Qui plus est, c'est au requérant, qui sollicite une autorisation de séjour, à apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique. C'est dès lors à

lui qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui lui sont nécessaires ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine. (voir notamment arrêts CCE n°249 900 du 25.02.2021 et n° 251 125 du 17.03.2021). D'après sa demande de visa introduite le 05.05.2022, l'intéressée démontre de sa solvabilité par un relevé de compte crédité de 2500 euros, un acte de propriété d'un terrain et de 3 contrats de bail d'un montant total de 693 euros par mois que l'intéressée perçoit ».

En effet, la seule circonstance que les informations que la partie requérante fait valoir en termes de requête, soient différentes de celles émanant des informations dont la partie défenderesse fait état, ne suffit pas pour conclure, ainsi que le fait la partie requérante, que la partie défenderesse aurait violé les dispositions et principes invoqués à l'appui du moyen.

Par ailleurs, le Conseil entend rappeler que la partie défenderesse dispose d'un large pouvoir d'appréciation à l'égard des demandes qui lui sont soumises, et qu'il ne lui appartient pas de substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente, lorsqu'il ressort du dossier que cette autorité a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis, comme c'est le cas en l'espèce.

Compte tenu de l'absence d'informations pertinentes, invoquées à cet égard, dans la demande d'autorisation de séjour et ses compléments, au regard de la situation individuelle de la partie requérante, cette dernière ne peut raisonnablement reprocher à la partie défenderesse d'avoir motivé comme en l'espèce l'acte attaqué, s'agissant de la disponibilité et l'accessibilité de la prise en charge médicale requise, au pays d'origine. La critique selon laquelle « *La partie adverse réfère à des généralités dans le monde médical au Cameroun* », n'est donc pas fondée.

4.5.3. S'agissant des diverses références faites aux articles :

- « *Redistributive effects of health care out-of-pocket payments in Cameroon - PMC (nih.gov)* » ;
- « *Cameroon public health sector: shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel - PMC (nih.gov)* » ;
- « *bulletin de l'apad de 2001* » ;
- « *Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective - PMC (nih.gov)* » ;
- « *Assessment of barriers to optimal cancer control in adult cancer treatment centres in Cameroon - PMC (nih.gov)* » ;
- « *Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016 - PMC (nih.gov)* »,

force est de constater que ces derniers sont invoqués pour la première fois en termes de requête, de sorte qu'il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte. Le Conseil rappelle en effet que « *la légalité d'un acte administratif s'apprécie en fonction des éléments dont l'autorité a connaissance au moment où elle statue [...]* » (C.E., arrêt n°93.593 du 27 février 2001 ; dans le même sens également : C.E., arrêt n°87.676 du 26 août 1998, C.E., arrêt n°78.664 du 11 février 1999, C.E., arrêt n°82.272 du 16 septembre 1999).

4.5.4. Partant, la partie requérante reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse quant à l'accessibilité aux soins requis, et d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient réellement d'avoir accès au système de soins de santé ainsi qu'aux médicaments en cas de retour dans son pays d'origine en manière telle que ce grief est dépourvu de toute utilité.

4.6. Si en termes de requête, la partie requérante soutient que le « *Cameroon a un score de 23 pour le cancer du col de l'utérus, Le Cameroun est 171e sur la liste des 195 pays étudiés. À titre de comparaison, la Belgique obtient un score de 79 et est dans les 10 premiers pays. À lumière de ce qui précède, on peut conclure que la décision de la défenderesse viole les principes de raisonnement et de raisonnement et de diligence* », le Conseil rappelle que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement la nécessité qu'un traitement soit de niveau équivalent au pays d'origine et en Belgique, et il suffit qu'un traitement approprié soit possible au pays d'origine.

4.7. Quant à la violation de l'article 3 de la CEDH, alléguée par la partie requérante, le Conseil constate que cette dernière reste en défaut d'expliquer de quelle manière la décision querellée violerait l'article 3 susvisé, dès lors que la motivation relative à l'existence d'un traitement adéquat dans le pays d'origine n'a pas été sérieusement critiquée par la partie requérante.

Par ailleurs, il ressort de la motivation de la décision entreprise que la partie défenderesse a pris soin d'examiner le risque de violation de l'article 3 de la CEDH en cas de retour de la partie requérante et qu'elle a estimé que :

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

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

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

Partant, il ne peut être conclu à la violation de l'article 3 de la CEDH.

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

5. Dépens.

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

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

Article 1^{er}

La requête en annulation est rejetée.

Article 2

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

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

E. MAERTENS, présidente de chambre,

A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS