



Arrêt

n° 344 843 du 15 avril 2026
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. HUBERT
Rue de la Régence 23
1000 BRUXELLES

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 F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 14 novembre 2024, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 26 septembre 2024 et notifiés le 15 octobre 2024.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 septembre 2025 convoquant les parties à l'audience du 21 octobre 2025.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P. HUBERT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me G. EL ALAMI *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 14 novembre 2008.

1.2. Il a ensuite introduit une demande de protection internationale et deux demandes d'autorisation de séjour fondées sur l'article 9 *ter* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive. Il a fait l'objet d'ordres de quitter le territoire.

1.3. Le 16 juin 2017, il a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 23 octobre 2017, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 198 892 du 30 janvier 2018, le Conseil a rejeté le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces actes, suite au retrait de ceux-ci. Le 19 mars 2018, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 213 847 prononcé le 13 décembre 2018, le Conseil a annulé ces actes. Le 25 février 2019,

la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 268 494 du 22 février 2022, le Conseil a annulé ces décisions. Le 27 septembre 2023, la partie défenderesse a pris à nouveau une décision de rejet de la demande, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 312 615 prononcé le 5 septembre 2024, le Conseil a annulé ces actes.

1.4. Le 25 septembre 2024, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. En date du 26 septembre 2024, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une nouvelle décision rejetant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier 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.

Monsieur [K.S.] 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 25.09.2024, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant 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,

Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressé ne serait pas en état de voyager

Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible

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) ».

1.6. A la même date, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant une décision d'ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION**

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

- o **En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1°** de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :
L'étranger n'est pas en possession d'un visa valable

Motivation art. 74/13

1. Unité de la famille et vie familiale :

La décision concerne la seule personne qui figure dans la demande. Dès lors, on ne peut parler d'une atteinte à l'unité familiale.

Signalons que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde de l'unité familiale et la vie de famille.

2. Intérêt supérieur de l'enfant :

Aucun car d'après les éléments du dossier, l'intéressé n'a pas d'enfant à charge en Belgique

3. L'état de santé :

Selon l'avis médical dd 25.09.2024 , aucune contre-indication à voyager

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

Si l'intéressé ne se conforme pas à l'ordre de quitter le territoire dans le délai imparti, ou si cet ordre n'est pas prolongé par l'Office des étrangers, ou s'il ne remplit pas son obligation de coopérer, les services de police compétents peuvent se rendre à l'adresse de l'intéressé. Ils pourront alors vérifier et établir si la personne concernée a effectivement quitté le territoire dès l'expiration du délai de l'ordre de quitter le territoire ou de sa prolongation. Si la personne reste toujours à l'adresse, cela peut conduire à un transfert au commissariat de police et à une détention en vue ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. Par rapport aux deux actes attaqués, la partie requérante prend un premier moyen « de la violation de l'article 9ter, § 1°, alinéa 1° de la [Loi] et de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme signée à Rome le 4 novembre 1950, qui garantit le droit de ne pas se voir infliger un traitement inhumain ou dégradant, ainsi que de l'article 62, § 2, alinéa 1er de la [Loi] ayant trait à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, [...] de la motivation absente, inexacte, insuffisante ou contradictoire et dès lors de l'absence de motifs légalement admissibles et des principes généraux de bonne administration, en particulier de soin et de prudence, de minutie et de gestion consciencieuse de l'administration ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 68/1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que de l'AR du 26 avril 2019 fixant les critères d'agrément des psychologues cliniciens ainsi que des maîtres de stage et services de stage et de l'autorité de la chose jugée qui s'attache à Votre arrêt n° 312.615 du 5 septembre 2024 (violation de l'article 23 du Code judiciaire) ».

2.2. Dans une première branche, relative à « la violation de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er de la [Loi] et de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme signée à Rome le 4 novembre 1950, qui garantit le droit de ne pas se voir infliger un traitement inhumain ou dégradant, ainsi que de l'article 62, § 2, alinéa 1° de la [Loi] ayant trait à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, [...] la motivation absente, inexacte, insuffisante ou contradictoire et dès lors de l'absence de motifs légalement admissibles et des principes généraux de bonne administration, en particulier de soin et de prudence, de minutie et de gestion consciencieuse de l'administration, ainsi que [...] l'erreur manifeste d'appréciation », elle expose « - L'article 9ter, § 1°, alinéa 1°, de la [Loi] stipule quant à lui que «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 l'espèce, le médecin qui suit le requérant estimait, notamment dans un certificat médical type du 15 mai 2017 (pièce 4 jointe à la demande 9ter), qu'en ce qui concerne les pathologies qu'il énumère, il ne peut y avoir d'amélioration en l'absence de chirurgie anti-reflux, ni d'amélioration à prévoir au niveau orthopédique, au contraire, et qu'il existe de[s] complication[s] cardiovasculaires et métabolique (cf. rubrique E/). Que le médecin en conclut qu'un suivi médical est indispensable pour surveillance des FR cardio-vasculaires ». Le médecin indique encore que le requérant est «stable sous traitement médicamenteux» (rubrique B/) et que le traitement nécessaire l'est « à vie

» (rubrique C/, 3ième tiret). Le second certificat médical type du 15 mai 2017 (pièce 3 jointe à la demande 9ter) indique notamment que l'affection chronique n'était pas guérissable et que le pronostic vital était bon « si traité et suivi médicalement ». Par ailleurs, des soins sont en cours et une médication est dispensée. Les soins, quant à eux, ne peuvent être continués dans le pays de provenance (« suivi cardiovasculaire et prise en charge des reflux gastro-oesophagiens fort aléatoire. Chirurgie anti reflux non disponible. Prise en charge des douleurs cervico-bronchioles & insuffisantes ». L'avis médical concernant le retour est repris comme suit : « - Suivi et traitement des facteurs [de] risque cardiovasculaires indispensable[s]. - l'évolution des gonarthroses bilatérales et des cervicobronchiolgies sont susceptibles de nécessiter à terme une chirurgie => la reprise d'un travail physique me semble compromise. - L'état psychologique du patient reste très fragile ». D'autres documents médicaux venaient encore étayer les affections dont souffre le requérant. Ainsi, selon un rapport de suivi psychiatrique du 22 mai 2017, le psychologue indique notamment recevoir « de manière régulière » le requérant « depuis le 12 janvier 2016. Celui-ci m'était adressé par le Centre André Baillon pour une prise en charge psychologique dans le cadre d'un stress post-traumatique. (...) En conclusion, je continue à assurer le suivi psychologique régulier de Mr [K.], qui présente bel et bien un syndrome de stress post-traumatique extrêmement invalidant et de multiples problèmes somatiques. Il a besoin d'un suivi régulier tant au niveau psychologique que somatique. Il va de soi que les soins dont nécessite le patient ne sont pas accessibles au Cameroun et un retour dans son pays d'origine le ferait gravement décompenser au niveau psychologique. Le patient serait à mon sens complètement incapable de survivre dans un environnement hostile où les soins apportés à la population autochtone sont inadéquats, inaccessible voire inexistant ou tout simplement réservés aux nantis ». Les rapports de suivi subséquents, des 26 octobre, 21 décembre 2018 et 14 février 2022, vont également dans le même sens. Par contre, l'avis du médecin-conseil auquel se réfère la partie adverse considère, en conclusion, que « étant donné que le traitement requis est disponible et accessible au Cameroun, le pays d'origine, on peut conclure que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication pour un retour au pays d'origine car 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 y est disponible et accessible ». Or, les sources citées à l'appui de l'avis médical renvoient à des informations incomplètes, dont l'actualité n'est pas démontrée par ailleurs, desquelles il ne résulte pas à suffisance que le requérant pourrait disposer et accéder financièrement aux nombreux soins pourtant requis par ses pathologies. Par ailleurs, l'avis médical ne rencontre pas adéquatement les certificats médicaux et annexes déposés à l'appui de la demande 9ter ; or, ainsi que déjà relevé, ceux-ci exposent la nécessité des traitements en cours et la nécessité d'un suivi médical compte tenu des pathologies, ainsi que les risques en cas d'arrêt du traitement; ils indiquent également le fait que les soins ne seront ni disponibles ni accessibles au Cameroun. Cela était encore confirmé par le rapport de suivi psychologique du 7 décembre 2017. Par ailleurs, l'avis médical n'est nullement motivé en regard des nombreuses sources citées par la partie requérante à l'occasion de sa demande 9ter et de ses recours précédents devant Votre Conseil et desquels il résultait, à son estime, que l'ensemble des soins requis pour les pathologies du requérant n'étaient ni disponibles ni accessibles. En l'espèce, l'avis médical ignore purement et simplement les critiques d'ores et déjà formulées en regard d'une prétendue disponibilité et accessibilité des soins requis (cf. CCE, n° 298.185, 5 décembre 2023). Enfin, une nouvelle fois, l'avis médical estime que le traitement par antidépresseurs, anxiolytiques et mêmes antipsychotiques y est possible (des équivalents au traitement actuel tels que quetiapine, diazepam, alprazolam, fluoxétine comme alternative à duloxétine) ainsi qu'en ce qui concerne l'estomac, la médication nécessaire prescrite par les gastro-entérologues. Or, ainsi que déjà soulevé lors des précédents recours des 12 avril 2019 et 6 novembre 2023, « le traitement du requérant se compose de formules chimiques indiquées pour soigner sa pathologie psychiatrique; qu'il y a lieu de souligner l'importance des traitements en matière psychiatrique et de la sensibilité différente aux médicaments et aux dosages de ceux-ci en fonction de chaque patient ; que si le requérant se voit prescrire certains médicaments c'est qu'il existe une indication thérapeutique; que l'équivalence du traitement proposé par le médecin de l'Office des étrangers n'est donc nullement établie, d'autant qu'il n'a pas examiné le requérant et qu'il n'est pas davantage établi que ledit médecin soit un spécialiste des pathologies dont souffre le requérant; qu'il n'est donc pas établi que le traitement requis est bien disponible au Cameroun=. - Que la base de données à laquelle il est fait référence est MedCOI ; que la partie adverse tire ses informations quant à la disponibilité des médicaments et du suivi médical de cette base de données. La partie adverse explique qu'il s'agit d'un projet d'échange d'informations médicales existantes et d'une base de données communes établies par des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine engagés contractuellement par le Ministère néerlandais de l'intérieur; qu'il est permis de douter de la fiabilité des informations ainsi recueillis par des médecins dont l'indépendance n'est pas du tout assurée, et dont le nombre et la localisation sont inconnus. En effet, la partie adverse indique que des médecins locaux sont engagés contractuellement par le Ministère de l'intérieur néerlandais, leur indépendance pose dès lors question ; qu'il y a lieu de souligner que les informations délivrées par MedCOI concernent « uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis »; que le contenu du document ad hoc est particulièrement faible ; qu'en effet, les médecins travaillant pour la base de données MedCOI ne répondent que par « yes » ou « no » à la question de savoir si un médicament est disponible (par exemple, combien de médecins spécialistes des pathologies dans le pays ? Quel est le stock des médicaments requis ? Combien de patients ont-ils réellement accès aux soins indispensables ?); que la partie adverse ne fournit

aucune information concernant la disponibilité effective d'une partie du traitement administré au requérant ; que le requérant alléguait, pièces à l'appui, que le Cameroun manque de structures adaptées et que les médicaments antidépresseurs, anxiolytiques ou antipsychotiques sont en pénurie. Que le requérant a fait état d'informations objectives selon lesquelles seuls 4 psychiatres étaient actifs au Cameroun à l'hôpital de Jamot de Yaoundé et à l'hôpital Laquintinie de Douala ; que le suivi nécessité par l'état de santé du requérant est régulier et intense ; que la régularité du suivi, notamment psychiatrique, constitue l'essence même du traitement ; qu'il convient donc d'admettre que ce suivi médical n'est pas disponible au Cameroun au vu du nombre de psychiatres présents (4 actifs pour 22.254.000 habitants) ; que selon l'OMS, 75 à 85% des personnes souffrant de troubles mentaux graves ne reçoivent aucun traitement (voir demande 9ter et sources citées) ; que le suivi psychiatrique prescrit au requérant n'est donc pas assuré en cas de retour dans son pays d'origine. - Quant à l'accessibilité des traitements et soins requis: Concernant les liens auxquels l'avis médical se réfère, il échet de faire les mêmes critiques que ci-avant. - Par ailleurs, la psychologue clinicienne a évoqué « un syndrome de stress post-traumatique extrêmement invalidant » (cf. rapports de suivi psychiatrique du 22 mai 2017, du 7 décembre 2017, du 26 octobre 2018, du 21 décembre 2018 et du 14 février 2022). À cet égard, l'avis médical n'a pu valablement écarter la prise en compte de ce stress post-traumatique au motif que « concernant les événements traumatiques », « un trauma est dû à un ou plusieurs événements vécus/subis (&) Des événements traumatiques ont malheureusement lieu partout dans le monde (...) ». Il serait par ailleurs présomptueux de considérer que la thérapie nécessaire ne puisse être prodiguée par les médecins du pays d'origine disposant de la spécialité adéquate (...) » (avis médical, p. 3). En effet, dans son rapport du 26 octobre 2018 notamment, Madame [G.] a exposé, de manière circonstanciée, les raisons pour lesquelles elle pouvait valablement conclure à l'existence d'un stress post-traumatique et ce, précisément, en réponse déjà aux précédents avis médicaux de la partie adverse des 19 mars 2018, 20 février 2019 et 25 septembre 2023, qui reprenaient le même argument. Le rapport de suivi psychologique du 11 avril 2019 confirme la légitimité de Madame [G.] quant « à conclure à un caractère invalidant des pathologies psychologiques du patient » (p. 1, pièce 3). En l'espèce, pas plus que par le passé, l'avis médical n'a adéquatement examiné l'existence d'un « syndrome de stress post-traumatique extrêmement invalidant ». Partant, les décisions querellées violent les dispositions et principes généraux repris à la présente branche ».

2.3. Dans une deuxième branche, ayant trait à « la violation de l'article 9ter, § 1°, alinéa 1° de la [Loi] et de l'erreur manifeste d'appréciation et des articles 1er et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme signée à Rome le 4 novembre 1950, [...] la violation de l'autorité de la chose jugée s'attachant à l'arrêt n° 312.615 du 5 septembre 2024 (article 23 du Code judiciaire) et de l'article 68/1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que de l'AR du 26 avril 2019 », elle développe « - L'article 9ter, § 1°, alinéa 1°, de [Loi] stipule que « 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 ». Que la disposition précitée énonce ainsi très clairement deux hypothèses distinctes permettant l'obtention d'un droit au séjour pour raisons médicales, ce qu'indiquent également les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, en énonçant que la mise en oeuvre d'une possibilité de demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois spécifique pour raisons médicales « concerne les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain et dégradant dans le pays d'origine ou de séjour », Que la seconde hypothèse reprend la définition visée à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Que l'adéquation du traitement doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier, compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc. Le directeur général de l'Office des étrangers a fait référence à cette condition de disponibilité concrète et réelle lors de son audition au parlement. « L'accessibilité effective de cette infrastructure et la possibilité matérielle de recevoir un traitement et des médicaments sont généralement pris en compte ». De même, dans le cadre du recours en annulation qui a été formé contre diverses dispositions de la loi de la loi du 15 septembre 2006 et qui a donné lieu à l'arrêt du 3 juillet 2008, le Conseil des ministres a confirmé qu'il y a lieu de tenir compte, lors de l'appréciation du caractère adéquat d'un traitement, de la possibilité pour étranger d'avoir effectivement accès au traitement. La Cour constitutionnelle elle-même, lors de l'examen de la constitutionnalité de l'article 9ter, a clairement indiqué qu'« il convient également d'examiner si le demandeur a effectivement accès au traitement médical » dans le pays d'origine ou dans le pays du séjour. La recevabilité de la demande étant admise, l'appréciation du risque encouru dans le pays d'origine (c'est-à-dire la gravité intrinsèque de la maladie), ainsi que les possibilités de traitement dans ce même pays, font l'objet d'un avis du fonctionnaire médecin de l'Office des étrangers, conformément à l'article 9ter, 8 1°, alinéa 5, de la [Loi] qui stipule en effet expressément : « l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1, 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 ». Ainsi que l'a déjà souligné le Conseil du Contentieux des étrangers, « Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité, 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], 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) ». Et de poursuivre en ces termes : « 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 ». - L'article 9ter de la [Loi] vise également une seconde hypothèse permettant également l'obtention d'un séjour pour motif médical: il s'agit d'éviter tout risque réel de traitement inhumain et dégradant dans le pays d'origine ou de séjour, ce qui renvoie à la disposition de l'article 3 de la CEDH. La Belgique avait en effet l'obligation de mettre en œuvre la directive 2004/83/CE du 29 avril 2004.12 Dans ce cadre, et ainsi que le rappelle de manière constante la Cour européenne des droits de l'homme, l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme prohibe en termes absolus les traitements inhumains ou dégradants (C.E.D.H., 2 mai 1997, R.D.E., n° 92, p. 95; C.E.D.H., 17.12.1996, R.D.E., 1997, n° 92, 88; C.E.S.D.H. 30.10.91, aff. Vilvarajah, série A, n° 215; R. ERGEC, "La convention européenne des droits de l'homme - examen de jurisprudence 1990- 1994", R.C.J.B., 1995, 359; G. COHEN-JONATHAN, "De la Commission à la Cour européenne des droits de l'homme, actualités 1994-1995", R.T.D.E., 1995, 727; voy. aussi GANSHOF van der MEERSCH, "L'extradition et la Convention européenne des droits de l'homme", R.T.D.H., 1990, p. 5 et sv). Au sens de l'article 3 de la C.E.D.H., le « mauvais traitement » doit atteindre un minimum de gravité, dont l'appréciation est relative (Arrêt Ahmed c. Autriche du 17.12.1997, R.D.E., 1997, p.88) et est ainsi fonction notamment, de la nature du traitement, du contexte dans lequel il est administré, des modalités d'exécution, de la durée, des effets physiques ou mentaux et, le cas échéant, du sexe, de l'âge ou de l'état de santé (Arrêt Vijayanathan & Pusparajah c. France du 27.8.92, série A, vol. 241-B; arrêt Soering précité, § 100; voy. également: Cour d'appel de Bruxelles, 13.6.97, R.D.E., 1997, n° 92, 278; la Cour fait défense à l'État belge d'exécuter la mesure d'éloignement qui risquerait de constituer un traitement inhumain et dégradant et lui enjoint d'indiquer ou de faire indiquer par l'administration communale, sur l'O.Q.T., la prolongation du séjour de l'étranger; voy. également: Civ. (réf.) Bruxelles, 30.6.98, n° 98/850, R.D.E., 1998, n° 99, 330: interdiction provisoire de procéder à l'exécution de la mesure d'éloignement étant donné que, en l'espèce, l'éloignement risquait de porter atteinte à l'intégrité physique de la santé des enfants; tribunal de 1^{ère} instance de Bruxelles (référé), 30 septembre 1998, R.G. n° 97/1754, R.D.E., 1998, n° 101, 597). Il échet également d'avoir égard au fait que, concernant notamment le traumatisme psychique engendré par l'expulsion, dans l'affaire Brüchman c/ R.F.A, la Commission a déclaré la requête recevable sur le terrain de l'article 3 après avoir relevé que l'intéressée avait déjà tenté à deux reprises de se suicider. (Brüchman c/R.F.A, déc. 27 mai 1974, annuaire CEDH, 17 p.458 ; également X c/ Danemark, déc. 21 mai 1976, DR 5, p. 144). Ainsi que l'arrêt Soering l'avait déjà souligné, la garantie de l'article 3 représente en effet l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe (Arrêt Soering c. Royaume-Uni du 7.7.89, Série A, n° 161, § 88; Arrêt Chahal c. Royaume-Uni du 15.11.96, 88 79-81, R.D.E., 1997, n° 92, 77; Arrêt Aydin; C.E.D.H., 17.12.1996, aff. Ahmed, R.D.E., 1997, n° 92, 88) et la « simple » exposition de la requérante à un « traitement inhumain » constitue par elle-même un « traitement inhumain » (Arrêt Soering c. Royaume-Uni du 7.7.89: comme le dit l'arrêt, le fait que l'État extradant - ou, le cas échéant, expulsant - ne soumet pas directement le requérant à des « traitements inhumains » ne saurait le relever « de (sa) responsabilité, au regard de l'article 3, pour tout ou partie des conséquences prévisibles qu'une extradition entraîne en dehors de sa juridiction »; C.E.D.H., 2 mai 1997, aff. D. c/ Royaume-Uni, R.D.E., n° 92, p. 94: le risque, pour un sidéen, se fondait sur la situation sanitaire et socio-économique qui ne permettait pas d'y garantir des soins médicaux adéquats; voy. également : C.E.D.H., aff. n° 595, 14/9/98, B.B. c/ France, Bull. CEDH, 1998, 2/9-30/10/1998, p. 20: menace de renvoi d'un ressortissant congolais atteint du sida vers son pays d'origine où il ne pourrait pas bénéficier d'un traitement médical approprié). Que l'interdiction de tout « traitement inhumain ou dégradant », s'applique à l'État signataire lui-même dans le sens où il ne peut recourir à de telles pratiques, mais la Cour européenne lui fait aussi interdiction d'envoyer une personne dans un État où elle serait susceptible d'être soumise à de tels traitements (« protection par ricochet»). Et de noter encore « que les considérations précitées ne doivent pas être assimilées à la seule question de savoir si le requérant est ou non en état de se rendre à Saint-Kitts » (voy. également, sur ce point: C.E., n° 67.070 du 26.6.97, Recht in de vlucht, 10-11/97, p. 16, sp. p. 19). Qu'ainsi, plutôt que d'examiner abstraitement la possibilité toute théorique de se faire soigner au pays et d'être en état de voyager pour s'y rendre, la Cour, plus prudente, adopte un examen concret du cas qui lui est soumis, où le risque se fondait sur la situation sanitaire et socio- économique qui ne permettait pas de garantir au pays d'origine de l'étranger l'accès effectif à des soins médicaux adéquats. Elle a noté, à cette occasion, avoir déjà « précisé la nature et l'ampleur des obligations qui découlent de la Convention » (§ 39), reconnaissant ainsi, la valeur de précédent de son arrêt

D. c. Royaume-Uni du 2 mai 1997). Que, dans un arrêt du 22 juin 1999, la Cour européenne a encore rappelé sa jurisprudence précitée en la matière (C.E.D.H., 22/6/99, AFFAIRE ABDURRAHIM INCEDURSUN c. PAYS-BAS, Requête n° 33124/96: « 27. La Cour fait par ailleurs observer qu'elle a eu à plusieurs reprises l'occasion de statuer sur la responsabilité qu'un Etat contractant assume au titre de la Convention lorsqu'un requérant allègue qu'il existe des motifs sérieux de croire que, s'il est expulsé ou extradé, il sera confronté à un risque réel d'être soumis à des traitements inhumains ou dégradants dans le pays de destination (arrêts Soering c. Royaume-Uni du 7 juillet 1989, série A n° 161, pp. 35-36, §§ 90-91, Cruz Varas et autres c. Suède du 20 mars 1991, série A n° 201, p. 28, § 69, Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni du 30 octobre 1991, série A n° 215, p. 36, §§ 107-108, et Chahal c. Royaume-Uni du 15 novembre 1996, Recueil des arrêts et décisions 1996-V, p. 1859, §§ 95-97). Ce faisant, la Cour a précisé la nature et la portée des obligations que la Convention fait peser à cet égard sur les États contractants ». Ainsi, avec la Cour européenne des droits de l'homme, il convient de relever le fait que l'article 3, combiné avec l'article 1° de la CEDH, commande aux États « de prendre des mesures propres à empêcher » que les personnes relevant de leur juridiction « ne soient soumises à des tortures ou des traitements inhumains ou dégradants (...) » (C.E.D.H., 3.9.98, § 22; Arrêt Chahal c. Royaume-Uni, 15.11.96; C.E.D.H., 29.4.97, req. 24573/94, H.L.R. c. France). Que la Convention européenne a ainsi pour but de protéger des droits non pas théoriques ou illusoires, mais concrets et effectifs (cf. C.E.D.H., Ait-Mouhoub c. France du 28.10.98, § 52, citant l'arrêt Airey c. Irlande du 9.10.79, § 24). Cela implique notamment le devoir des autorités étatiques de mener « une enquête officielle effective ». Qu'une telle enquête doit être approfondie et, lorsque l'autorité conclut éventuellement à la non-violation de l'article 3, elle doit l'étayer par des preuves (cf. C.E.D.H., 28.10.98, aff. ASSENOV et autres c/ Bulgarie, sp. §§ 103 et 104, cité in J.T.D.E., 2/1999, p. 31 et sv.: allégation de mauvais traitements subis par la police; C.E.D.H., arrêt YASA/Turquie du 2.9.98; C.E.D.H., arrêt ERGI/Turquie du 28.7.98; C.E.D.H., arrêt TEKIN/Turquie du 9.6.98; C.E.D.H., arrêt KAYA/Turquie du 19.2.98; C.E.D.H., 27.7.98, aff. GULEC c/ Turquie; C.E.D.H., 20/5/99, aff. OGUR c/ Turquie (Requête n° 21594/93); C.E.D.H., 2 mai 1997, R.D.E., n° 92, p. 94; C.E., STULIY I. c/ État belge, n° 75.389 du 22.7.98, J.L.M.B., 1998, 1562; R.D.E., 1998, n° 101, 586, sp. 588; C.E., n° 76.180, 8.10.98, T.V.R., 1998, nr. 3, 227; C.E. n° 80.553 du 1er juin 1999, KONADU Janet c. État belge; C.E., Intégan, n° 19.761 du 31 mai 1979; C.E., AGYEMANG N./État belge, n° 70.508 du 24.12.1997 (premier arrêt); C.E., AGYEMANG, 18.3.1998, R.D.E., n° 97, 61 (second arrêt); C.E., 23 juillet 1998, n° 75.434). Ainsi, le Conseil d'État a pu juger, notamment dans un arrêt n° 96.643 du 19 juin 2001, que l'article 3 de la Convention « impose aux États parties à la Convention le devoir, non seulement de ne pas violer le droit protégé par cette disposition, mais aussi de prévenir les violations de ce droit » (C.E., n° 96.643, 19 juin 2001, Adm. Publique, 09/2001, 154-155). C'est ainsi que [le] Conseil d'État a pu dire pour droit, dans un arrêt rendu le 5 octobre 1999, que « L'étranger qui a épuisé les possibilités de séjourner sur le territoire d'un Etat ne peut en principe invoquer son état de santé, pour y demeurer afin de continuer de bénéficier d'une assistance médicale, sauf circonstance exceptionnelle et humanitaire. Ces circonstances doivent être appréciées en fonction de la situation sanitaire et sociale du pays de destination et des conséquences de la mesure d'éloignement sur la santé de l'intéressé. Il appartient à l'autorité saisie d'une demande d'autorisation de séjour ou de prorogation du séjour pour motif médical ou lorsqu'elle envisage une mesure d'éloignement, d'apprécier les circonstances de l'espèce au regard de ces conditions et de procéder aux investigations nécessaires pour pouvoir se prononcer en parfaite connaissance de cause. » (C.E., n° 82.698, 5 octobre 1999, Administration publique, 10- 11-12/1999, 168-169). Par un arrêt n° 111.609 rendu le 16 octobre 2002, le Conseil d'État a également dit pour droit « qu'en l'espèce, la décision attaquée se borne à indiquer que « le traitement peut être poursuivi au Maroc » ; qu'il ne ressort cependant ni de la motivation de l'acte attaqué ni des pièces du dossier administratif -particulièrement du rapport de l'examen pratiqué par le médecin contrôlé de la partie adverse 4 que celle-ci se soit informée quant à l'existence dans le pays d'origine du demandeur du traitement que son état de santé requiert et quant à son accessibilité ; qu'il appartient à l'autorité, saisie d'une demande d'autorisation de séjour ou de prorogation de séjour pour motif médical, d'apprécier les circonstances de l'espèce et de procéder aux investigations nécessaires pour pouvoir se prononcer en parfaite connaissance de cause » (R.D.E., 2002, n° 120, 628, sp. 630; dans le même sens: C.E., n° 113.245, 4 décembre 2002, R.D.E., 2002, n° 120, 634 ; CE. n° 129.228, 12 mars 2004, R.D.E., 2004, n° 127, 68-70). Et encore : « En présence de certificats médicaux circonstanciés rédigés par des médecins spécialistes qui émettent un avis défavorable à l'éloignement de l'intéressé, il convient que l'administration se fonde également sur des rapports tout aussi précis ». Ou encore: « Considérant, sur les deux moyens réunis, qu'il appartient à l'autorité, saisie d'une demande d'autorisation de séjour ou de prorogation de séjour pour motif médical, d'apprécier les circonstances de l'espèce et de procéder aux investigations nécessaires pour pouvoir se prononcer en parfaite connaissance de cause; qu'en présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement de la demanderesse, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin-conseil qui, s'il est spécialisé en évaluation du dommage corporel, n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre la requérante; que de surcroît ledit médecin-conseil s'est limité à reprendre à son compte l'affirmation, formulée in abstracto par l'ambassade de Belgique à Kinshasa, selon laquelle les soins que la demanderesse requiert y seraient aisément disponibles, sans avoir égard à l'affirmation de son gynécologue faisant état de risques de complications dans son cas et nécessitant une hospitalisation en milieu universitaire; que dans ce contexte, la motivation apparaît insuffisante; que les

moyens sont sérieux»? Enfin, pour être complet, il échet d'avoir égard à un arrêt rendu par la CEDH, en grande chambre, le 13 décembre 2016. Dans cet arrêt *Poposhvili/Belgique*, la Cour a assoupli sa jurisprudence antérieure (telle qu'inaugurée par son arrêt *N. c. Royaume-Uni* du 27 mars 2008 et reprise dernièrement dans l'arrêt du 17 avril 2014). Il n'est en effet plus requis que l'étranger se trouve au seuil de la mort. La Cour rappelle, par ailleurs, que les soins doivent être disponibles, suffisants et adéquats (§ 189). Il faut également s'interroger sur « la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination ». La Cour a ainsi « évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis » (§ 190). Partant, si l'Office des étrangers n'a pas l'obligation de faire examiner l'étranger malade, ni de faire appel à des experts complémentaires, il est évident qu'il doit se prononcer en parfaite connaissance de cause et conformément au principe de bonne administration, dont le devoir de minutie et de soin, et ce afin de respecter précisément le prescrit de l'article 9ter de la [Loi] et des articles 1^{er} et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme qui impliquent un devoir d'enquête effective et approfondie. - Il se déduit des certificats et attestations médicaux en possession de la partie adverse ainsi que des dispositions légales et de la jurisprudence précitées : En l'espèce, dès les rétroactes de sa demande 9ter du 16 juin 2017, le requérant relevait notamment : <1. Le requérant a quitté le Cameroun le 13 novembre 2008 et est arrivé en Belgique le 14 novembre 2008. Ainsi qu'il se déduit de sa demande d'asile et de son acte de naissance (Pièce 1), le requérant est originaire de Badenkop. Il s'agit d'un village très enclavé et qui se trouve à des centaines de kilomètres de la capitale. Il y manque le minimum vital. On y vit principalement de la chasse archaïque et de l'agriculture par des méthodes rudimentaires très éprouvantes. À relever que l'état de santé du requérant (discopathie avec hernie, arthrose avec mobilité très limitée, souffrances psychiques...) ne lui permet pas de poursuivre les gibiers, de cultiver la terre, ni même d'aller à pied transporter l'eau à boire sur la tête, dans les rivières situées à des kilomètres du village. Il n'y a pas le moindre dispensaire. Pour espérer un hypothétique soin de santé, il faut aller à ce qui tient lieu d'hôpital, situé à Yaoundé et réputé pour être un « mouiroir », où il manque de tout et où le malade pauvre n'a pas droit (accès) aux soins et est abandonné à son sort. Lorsque quelques appareils y existent, ils sont destinés à soigner les plus nantis. Le requérant louait un logement qui n'est évidemment plus disponible à ce jour. 2. Le requérant a appris avec tristesse le décès au Cameroun de son frère, [N.C.]. Il vivait seul et son corps aurait été trouvé mutilé chez lui. Deux ans plus tôt, c'est son autre frère, ainsi que son cousin qui décédaient. Par ailleurs, pour rappel, en 2009, la mère du requérant, [Y.E.], est également décédée. Non seulement elle souffrait régulièrement de diabète, hypertension et d'une hernie stomacale opérée avec échec, mais elle avait eu subitement un AVC, crise cardiaque, paralysie. Quelques années auparavant, en 2007, c'est son père, [F.P.], qui mourait. Le requérant se retrouverait donc particulièrement isolé, sans soutien et sans possibilité d'assurer sa subsistance s'il devait rentrer au Cameroun plus de huit années après son départ. » Plus loin, le requérant relevait encore : « 6. Par la présente, le requérant entend introduire une nouvelle demande 9ter. En effet, la précédente demande 9ter remonte il y a près de 4 ans et la situation médicale actuelle n'est pas identique. Par ailleurs, depuis la précédente demande, il échet de tenir compte d'un assouplissement de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme au regard de l'article 3 de la CEDH, et ce précisément dans une affaire rendue contre la Belgique (CEDH, 13 décembre 2016, *Paposhvili/Belgique*). Par ailleurs, l'indisponibilité et l'inaccessibilité des soins sont davantage étayées. Selon le certificat médical type du 15 mai 2017 notamment, il importe encore de relever que la reprise d'un travail physique semble compromise (cf. point 8). Enfin, le stress post-traumatique subi par l'intéressé est extrêmement invalidant (cf. rapport de suivi psychologique du 22 mai 2017).» Enfin, après avoir rappelé la législation applicable et la jurisprudence y afférente, le requérant attirait expressément l'attention de la partie adverse sur le fait que : « B. EN L'ESPÈCE Il est établi à suffisance que le requérant souffre de plusieurs maladies graves qui nécessitent impérativement un suivi en Belgique; il est par ailleurs important que le suivi médical puisse avoir lieu sans discontinuité avec son médecin de confiance ; il échet de tenir compte du risque d'interruption du traitement médical en Belgique, dans la mesure où, en l'espèce, tout retour au pays aurait pour effet, dans les circonstances de la cause, d'aggraver son état de santé. Pour rappel, il souffre en effet de plusieurs pathologies (hypertension artérielle, Gasto-Oesophagite de grade C, Discopathie et problèmes psychiques dont un suivi s'avère encore nécessaire ...— cf. notamment les deux certificats médicaux du 15/05/2017 — Pièces 3 et 4). Ainsi, il faut savoir que le traitement de l'hypertension artérielle dure toute la vie et il ne doit jamais être interrompu. Le patient est tenu de voir son médecin tous les trimestres même s'il a l'impression que tout va bien. Dès lors, en cas d'éloignement du requérant du territoire belge, l'effectivité d'un traitement et d'une prise en charge adéquate ne peut être assurée, en ce compris sur le plan financier. En Belgique, le requérant, indigent au vu de sa situation de séjour qui ne lui permet pas de travailler, n'est pas en mesure de prendre personnellement à sa charge les soins médicaux, en manière telle qu'il a droit à l'aide médicale urgente. La sécurité sociale étant inexistante au Cameroun, l'accès aux soins de santé lui serait extrêmement problématique. Dans un arrêt n° 96 043 du 29 janvier 2013, le Conseil du contentieux avait déjà pu relever 'que les renseignements émanant du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, qui figurent au dossier administratif, indiquent que la législation camerounaise de sécurité sociale ne comporte pas de branche « soins de santé », que les soins sont, de manière générale, dispensés par les employeurs dans le cadre du Code du travail, mais qu'un certain nombre de soins sont dispensés dans le cadre d'un « service national de santé ». D'après les informations,

relativement succinctes qui y sont fournies, le système de financement repose sur des cotisations liées au salaire, lesdites cotisations étant supportées pour partie par les employeurs et les salariés”. Pour rappel, le requérant a quitté son pays depuis près de NEUF ans et rien n’indique qu’il lui serait aisé de trouver du travail (s’il est en âge de travailler, il a laissé son travail au Cameroun depuis près de 9 ans déjà, qu’il ne possédait pas de travail à durée indéterminée, mais uniquement d’une durée d’un an éventuellement renouvelable ; que cette situation était antérieure à ses problèmes médicaux pour lesquels il est suivi en Belgique; voy. également considérations émises supra, au point 1, sous les rétroactes) ; qu’au vu de son état actuel de santé, la reprise d’un travail est, au demeurant, compromise (cf. certificat médical type du 15/05/17, point 8) ; que l’état psychologique du requérant demeure d’ailleurs fragile ; si, de par le passé, il lui avait été plus aisé de travailler en Belgique, c’est à la condition que les soins indispensables à sa santé soient effectivement disponibles et que le travail soit effectivement adapté à son état de santé; c’est dans pareil contexte qu’il avait sollicité à l’époque un permis de travail, sachant qu’il lui serait plus aisé de trouver du travail en Belgique, tout en y bénéficiant des soins requis sans interruption ; depuis, comme il fut relevé, la situation médicale s’est détériorée et la reprise d’un travail est compromise. Par ailleurs, si les déclarations faites par le requérant le 20 novembre 2008, lors de sa demande d’asile, renseignent qu’il a cinq frères et sœurs au Cameroun, force est de constater que, à l’heure actuelle, il n’est plus possible d’en déduire ipso facto et in abstracto, qu’ils pourraient subvenir aux besoins du requérant ; au contraire, non seulement ceux-ci ont peine à subvenir à leurs propres besoins vu le peu de travail et la modicité des salaires au Cameroun, mais ont déjà charge de famille. À relever que, depuis, le requérant a perdu deux de ses frères. Ses parents sont également décédés. Pour rappel, si le requérant devait retourner du jour au lendemain au Cameroun, il se retrouverait également sans logement et serait donc dans une situation particulièrement précaire qui aggraverait son état de santé psychique. Que s’il bénéficie en Belgique de la prise en charge de ses soins dans le cadre de l’aide médicale urgente, ces mêmes soins seraient interrompus en raison du fait qu’il serait incapable de subvenir à ses besoins, à tout le moins dans un délai raisonnable. Il est également de notoriété publique que les patients sont régulièrement rançonnés par le personnel soignant eux-mêmes afin de pouvoir accéder aux soins de santé requis (par exemple, la corruption à l’hôpital Laquintinie de Douala : “L’hôpital Laquintinie de Douala (Hld) est en perte de ses repères. La morale a foutu le camp pour laisser place à la corruption. Les plaintes des patients sont d’ailleurs sans cesse croissantes’. Et encore: “Le mauvais traitement infligé aux patients par certains médecins à un objectif. Ils veulent «détourner les patients de l’hôpital vers leur structure ou vers des cliniques privées où ils ont des pourcentages sur le nombre de malades», explique un praticien de Hld”(article du 11 avril 2012)), il ressort des considérations précitées que rien n’indique que le requérant aurait effectivement accès aux soins de santé et, qui plus est, de manière ininterrompue. Le requérant a d’ailleurs indiqué les raisons pour lesquelles il ne peut espérer un soutien financier des membres de sa famille. Par ailleurs, selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (Pnud), l’indicateur de pauvreté au Cameroun en l’an 2004 est de 35,6% de la population totale. La pauvreté est beaucoup plus présente dans les campagnes (70 %), tandis que la pauvreté urbaine touche près de 2 millions de personnes, essentiellement à Yaoundé et à Douala. La moitié des ménages n’est pas raccordée au réseau électrique et le tiers n’a pas accès à l’eau potable. L’absence d’un système d’un vrai système collectif d’assainissement se traduit par le développement des maladies telles que le paludisme, les maladies intestinales et le choléra. La société Hysacam, chargée de l’assainissement des villes a souvent montré ses limites, malgré une réelle volonté. La santé ainsi que le développement humain au Cameroun sont encore très bas. D’après l’OMS, il y aurait un médecin pour 10 400 habitants au Cameroun. En 2007, le PNUD, dans son tableau d’IDH (indice de développement humain), classait le Cameroun à la 141e place sur 177. On remarque aussi une répartition inégale des services médicaux dans le pays. « Jugé en mauvaise posture pour l’atteinte en 2015 des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) de l’ONU relatifs à ce domaine, le Cameroun se distingue par un faible accès aux services de santé pour les 60% des ménages, expliqué par un déficit énorme de personnels et d’infrastructures puis l’insuffisance de financements », Selon l’organisation suisse d’aide aux réfugiés, « En matière de santé publique, on constate de grandes différences entre les villes et les régions de campagne. Mais d’une manière générale, les soins sont très insuffisants partout dans le pays, notamment les services d’urgence et les possibilités de traitement dans les hôpitaux. La plupart du temps, les conditions d’hygiène sont déplorables. Les médecins comme le personnel soignant manquent cruellement ». Par ailleurs, le salaire moyen au Cameroun, avoisine les 80 euros/mois. La demande 9ter attirait l’attention de la partie adverse sur le fait que le requérant est indigent et que l’accès aux soins de santé seraient dès lors extrêmement problématique. Enfin, le site www.hopitalcentral.org renseigne lui-même comme points faibles : « Nos points faibles : [...] Financement de la santé inexistant [...] Plateau technique à compléter [...] Explorations fonctionnelles [...] Radiologie [...] Réanimation [...] Personnel insuffisant [...] Politique de formation continue des Médecos sanitaires [...] Coopération internationale peu développée » S’agissant du suivi psychiatrique et psychologique, s’il existe dans l’absolu le Centre de Santé Mentale Benoît Menni, dépendant d’une Congrégation religieuse, rien n’indique que le requérant pourrait y être reçu, au vu notamment des places disponibles. Rien n’est également dit de la prise en charge effective. Un suivi spécialisé par un médecin de confiance s’avère enfin indispensable, comme c’est déjà précisément le cas en Belgique. Enfin, complémentarément à sa précédente demande, le requérant renvoie également à une série de sites relatifs à la question de la prise en charge et de l’accessibilité des soins relatifs aux différentes

pathologies dont il souffre :

http://www.memoireonline.com/04/11/4478/m_Analyse-de-determinants-de-la-mortalite-infanto-juvenile-au-Cameroun13.html - ZOOM Cameroun. - CAMEROUN Un Système de Santé défaillant :

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1112236858833062&id=1080127525377329

<https://fr.allafrica.com/stories/200610120230.html> Tweet de [P.B.], Président de la République du Cameroun : « Être Ministre de la Santé au Cameroun c'est comme avoir une épée de Damoclès par-dessus la tête. Car les hôpitaux sont plus malades que les patients qui s'y rendent. Ils sont sous-équipés, mais aussi il y a du laisser-aller ».

Voir sites suivants :

<http://www.camer.be/50643/11:1/au-cameroun-139hopital-est-le-miroir-de-ce-qui-se-passe-au-pays-cameroun.html> Les Camerounais vivent-ils dans un pays devenu le berceau de la mort ? (les malades sont emprisonnés dans les hôpitaux au Cameroun, ou mieux dans des « camps d'extermination » ou salles de transit pour la mort)

<http://prisma canal.blogs.nouvelobs.com/archive/2016/01/27/les-camerounais-vivent-ils-dans-un-pays-devenu-le-berceau-de-578179.html>

<http://mboattitudes.mondoblog.org/2016/10/18/hopitaux-camerounais-malades-tres-mal-soignes/>

<https://actucameroun.com/2017/03/31/a-quoi-sert-finalement-lhopital-cameroun/>

http://www.memoireonline.com/01/12/5180/m_La-relation-therapeutique-dans-les-interferences-entre-la-biomedecine-et-la-tradipratique-Une-le7.html

<http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=n%C3%A9gligeance+danstles+h%C3%B4pitaux+camerounais&st=sb&tpr=omni&p2=%5ECPM%5Exdm142%5ETTABO2%5Ebe&ptb=EOAF22FF-05A0-4D8E-9893-9C2F3C72E8C5&n=7839e571&si=41635280143> - Maltraitance des malades mentaux au Cameroun :

<http://www.bonaberi.com/article.php?aid=2661>

<http://www.camer.be/42318/11:1/cameroun-les-malades-mentaux-sont-dangereux-cameroon.html>

<http://www.camer.be/44594/13:1/cameroun-malades-mentaux-pourquoi-ils-errent-dans-les-rues-cameroon.html>

<http://www.etudiant-ados.com/pages/actualite-afrique/faits-divers/cameroun-scandale-a-l-hopital-central-de-yaounde-un-homme-d-affaire-surpris-en-plein-ebat-sexuel-sur-un-cadavre.html>

<http://www.camer.be/51011/11:1/cameroun-nouveau-scandale-a-lhopital-central-de-yaounde-un-handicape-malade-dope-puis-depauille-de-tous-ses-biens-cameroon.html> - Hypertension artérielle au Cameroun : hypertension et hyper cholestérolémie au Cameroun : Prise en charge trop coûteuse pour le malade, 17000 morts chaque année au Cameroun (lire aussi le commentaire qui suit l'article) À note que le requérant est une personne à haut risque de malnutrition, ne mangeant pas bien à cause de la régurgitation gastro-œsophagienne avec hernie hiatale et pourtant une bonne alimentation est nécessaire, entre autres, pour contrôler l'hypertension artérielle (cf. article suivant).

<http://www.camer.be/41404/13:1/37-de-la-population-au-cameroun-sont-atteint-de-lhypertension-cameroon.html>

<http://www.camer.be/44737/13:1/hypertension-arterielle-17-000-morts-chaque-annee-au-cameroun-cameroon.html> Entre autres, les exercices d'endurance sont recommandés contre l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Mais, vu les maux de genoux, arthroses, discopathies, hernies, il ne lui est pas permis de les faire (cf. article suivant).

<https://newsinhealth.org/fr/content/IXE2%80%X99hypertension-art%C3%A9rielle-hta-au-cameroun-en-2016>

Les risques de la chirurgie au Cameroun : La hernie discale est parmi les maladies dont souffre le requérant

Quels sont les risques d'une opération d'une hernie discale ? - RTL info

<http://www.rtl.be/info/video/100980.aspx> Le requérant traîne une hernie hiatale dont l'opération a été envisagée et reste encore envisageable. Dans l'attente, traitement médicamenteux en cours. Le requérant souffre également d'une hernie discale et est une personne à risque concernant une opération de l'hernie discale. « Voici une pratique qu'on dit en plein essor ici en occident, mais pour laquelle letablissement hospitalier du Cameroun n'a porté jusqu'à présent qu'un faible intérêt. La technique reste très embryonnaire au Cameroun... » (cf. tout l'article suivant)

<http://www.camer.be/42394/30:27/cameroun-belgique-le-scandale-de-la-medecine-voici-comment-nos-hopitauxperpetuent-une-medecine-archaïque-en-boudant-une-technique-novatrice-la-chirurgie-mini-invasive-cameroon.html> Malades stigmatisés et marginalisés au Cameroun (refus de soigner le malade par le personnel médical)

<http://www.panapress.com/Psychose-de-la-contamination-au-ViH-chez-les-chirurgiens-camerounais--13-695568-18-lang4-index.htm> Quelques constats et l'évolution des chiffres qui témoignent la médiocrité du système de santé qui va de mal en pire au Cameroun : <http://www.santetropicale.com/cameroun/actus.asp?id=10442>

Scandales dans les hôpitaux camerounais:

<http://camer.be/50687/11:1/cameroun-scandale-a-hopital-central-de-yaounde-la-version-de-la-famille-cameroun>

<https://blogs.mediapart.fr/joel-didier-engoblog/130316/cameroun-insoutenable-horreur-devant-la-maternite-de-lhopital-laquinintinie-douala>

<http://www.jeuneafrique.com/310134/societe/cameroun-douala-toujours-choc-apres-deces-dune-femme-couches-devant-lhopital-de-lanquinintinie/>

<http://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/03/16/le-cameroun-frappe-par-l-horreur-apres-l-ventration-d-une-f>

emme-enceinte-dans-un-hopital4883922 3212.html” D'une part, sur la base des informations fournies, le requérant a clairement démontré que les soins requis ne lui seraient pas disponibles ni accessibles. L'avis médical se dispense de rencontrer lesdites informations en regard de la disponibilité soins (cf. CCE, n° 298.185, 5 décembre 2023) Quant à ladite accessibilité, le fait que les informations fournies par le requérant soient générales est irrelevant dans la mesure où elles sont précisément fournies en vue d'étayer le fait que les soins au Cameroun sont indisponibles et inaccessibles au vu des pathologies non contestées et de la situation personnelle du requérant. Que, quoiqu'en dise le médecin de l'Office des étrangers, il n'est ni contesté ni contestable que de nombreux articles évoqués par le requérant concernent bien ses pathologies et que le médecin de l'Office des étrangers se dispense en réalité de les rencontrer. Par ailleurs, concernant la « capacité de travail », l'avis médical relève que « dans les documents médicaux mis à disposition, aucune contre-indication actuelle pour le travail n'a été formulée par un médecin compétent en ce domaine. Le requérant pourrait exercer un travail adapté à sa situation. Nous insistons sur le fait qu'en Belgique et dans la plupart des pays, seuls les médecins sont habilités à estimer et à prescrire des incapacités de travail. Les psychologues n'y sont pas habilités et donc n'ont pas ce droit » ; l'avis médical relève encore qu'« une psychologue évoque le caractère invalidant des pathologies du requérant. Cependant, rappelons que celle-ci n'est pas médecin. Dès lors, en dehors des réserves concernant un travail physique émises par un médecin traitant, rien ne démontre que l'intéressé, qui est en âge de travailler et a déjà travaillé comme enseignant à l'université de Yaoundé (activité professionnelle non physique), ne pourrait avoir à nouveau accès au marché de l'emploi (dans un secteur non physique) dans son pays d'origine et financier ainsi ses besoins médicaux ». L'arrêt précédant rendu entre parties le 5 septembre 2024 avait pourtant d'ores et déjà relevé (p. 6) [cfr le point 2.3.5.] Pour les mêmes raisons, également reprises dans les rapports précités, le médecin de la partie adverse ne pouvait écarter l'avis de la psychologue clinicienne pour la seule raison qu'elle n'est pas médecin (avis médical O.E., pp. 4 et 21, in fine). Outre que le raisonnement suivi par ledit avis ne se fonde sur aucune base légale et que la décision querellée viole l'autorité de la chose jugée ou l'article 68/1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que de l'AR du 26 avril 2019, il résulte en effet du rapport de suivi psychologique du 7 décembre 2017 que la psychologue suit son patient depuis près de deux ans et est donc parfaitement à même de rendre un avis pertinent et circonstancié. Au demeurant, le médecin de l'Office des étrangers n'est pas compétent pour se prononcer en lieu et place d'un spécialiste et, qui plus est, n'a procédé personnellement à aucune investigation qui permettrait de s'assurer de l'absence éventuelle de caractère invalidant des pathologies du requérant

C'est donc à raison que la psychologue a pu valablement relever que son patient « a développé une symptomatologie anxio-dépressive sévère comprenant une tristesse de l'humeur, une clinophilie, un ralentissement psychomoteur, une asthénie importante, une perte d'espoir, une anhédonie, une incurie, des angoisses permanentes avec des manifestations somatiques associées (oppression thoracique, palpitations, sueurs, difficultés à déglutir, gorge serrée, tremblements, vertiges...), d'importants troubles du sommeil (cauchemars, insomnies) et de l'appétit, des troubles de la mémoire et de la concentration l'empêchant de s'adonner à toute activité intellectuelle, un sentiment d'insécurité permanente une méfiance exagérée, ainsi qu'un repli sur soi de plus en plus important. Actuellement, on peut clairement dire que l'état psychologique de Monsieur [K.S.] est en aggravation depuis quelques mois. Outre tous les symptômes psychologiques et somatiques décrits ci-dessus qui sont en exacerbation, il commence à présenter également des idées noires voire suicidaires. Par ailleurs, il présente également de nombreuses maladies somatiques venant assombrir davantage le tableau anxieux déjà fort invalidant. Conclusion Je continue à assurer le suivi psychologique régulier de Mr [K.], qui présente bel un trouble anxio-dépressif en aggravation avec des idées suicidaires importantes. Il a besoin d'un suivi régulier tant au niveau psychologique que somatique. Il va de soi que les soins dont nécessite le patient ne sont pas accessibles au Cameroun et un retour dans son pays d'origine le ferait gravement décompenser au niveau psychologique d'autant que le patient ne bénéficie d'aucune ressource dans son pays, sa famille et ses amis ayant coupé tout contact avec lui ». Dans ces conditions, l'avis médical ne pouvait valablement en déduire que « dans les documents médicaux mis à disposition, aucune contre-indication actuelle pour le travail n'a été formulée par un médecin compétent en ce domaine. Le requérant pourrait exercer un travail adapté à sa situation », ni le fait qu'« une psychologue évoque le caractère invalidant des pathologies du requérant. Cependant, rappelons que celle-ci n'est pas médecin. Dès lors, en dehors des réserves concernant un travail physique émises par un médecin traitant, rien ne démontre que l'intéressé, qui est en âge de travailler et a déjà travaillé comme enseignant à l'université de Yaoundé (activité professionnelle non physique), ne pourrait avoir à nouveau accès au marché de l'emploi (dans un secteur non physique) dans son pays d'origine et financier ainsi ses besoins médicaux ». Le médecin traitant a également rédigé un certificat médical le 13 décembre 2017 duquel il résulte que l'état psychologique du requérant « s'est nettement dégradé depuis plusieurs semaines avec état anxiodépressif et angoisses avec apparitions d'idées noires. J'ai dans ces circonstances prescrit un traitement antidépresseur (...) ». Les rapports de suivi des 26 octobre 2018, 21 décembre 2018 et 14 février 2022 indiquent également qu'« actuellement, on peut clairement dire que l'état psychologique de Monsieur [K.S.] est en aggravation depuis quelques mois. Outre tous les symptômes psychologiques et somatiques décrits ci-dessus qui sont en exacerbation, il commence à présenter également des idées noires voire suicidaires. ... » (p. 2). Par ailleurs, le requérant relevait expressément sa difficulté d'avoir accès aux soins. À cet égard, il indiquait de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles les soins lui seraient inaccessibles dans la mesure où une partie

de sa famille est décédée et qu'une autre partie a également charge de famille et que rien n'établit l'existence à ce jour de ressources suffisantes dans leur chef ; qu'il peinerait également à trouver du travail, compte tenu précisément de ses pathologies et du fait qu'il a quitté un travail depuis plus de neuf ans et qui était limité dans le temps (cf. pp. 2 et 10 à 16 de la demande 9ter et pièces médicales jointes à la demande). À l'occasion de sa demande 9ter (p. 11 et 12), il relevait ainsi : « Pour rappel, le requérant a quitté son pays depuis près de NEUF ans et rien n'indique qu'il lui serait aisé de trouver du travail (s'il est en âge de travailler, il a laissé son travail au Cameroun depuis près de 9 ans déjà, qu'il ne possédait pas de travail à durée indéterminée, mais uniquement d'une durée d'un an éventuellement renouvelable ; que cette situation était antérieure à ses problèmes médicaux pour lesquels il est suivi en Belgique ; voy. également considérations émises supra, au point 1, sous les rétroactes); qu'au vu de son état actuel de santé, la reprise d'un travail est, au demeurant, compromise (cf. certificat médical type du 15/05/17, point 8); que l'état psychologique du requérant demeure d'ailleurs fragile ; si, de par le passé, il lui avait été plus aisé de travailler en Belgique, c'est à la condition que les soins indispensables à sa santé soient effectivement disponibles et que le travail soit effectivement adapté à son état de santé; c'est dans pareil contexte qu'il avait sollicité à l'époque un permis de travail, sachant qu'il lui serait plus aisé de trouver du travail en Belgique, tout en y bénéficiant des soins requis sans interruption ; depuis, comme il fut relevé, la situation médicale s'est détériorée et la reprise d'un travail est compromise. Par ailleurs, si les déclarations faites par le requérant le 20 novembre 2008, lors de sa demande d'asile, renseignent qu'il a cinq frères et sœurs au Cameroun, force est de constater que, à l'heure actuelle, il n'est plus possible d'en déduire ipso facto et in abstracto, qu'ils pourraient subvenir aux besoins du requérant ; au contraire, non seulement ceux-ci ont peine à subvenir à leur propres besoins vu le peu de travail et la modicité des salaires au Cameroun, mais ont déjà charge de famille. À relever que, depuis, le requérant a perdu deux de ses frères. Ses parents sont également décédés. » Selon le rapport de suivi psychologique du 7 décembre 2017 actualisant la situation du requérant, ainsi que les rapports de suivi subséquents des 26 octobre 2018, 21 décembre 2018 et 14 février 2022, il résulte clairement qu'« au niveau familial et social, le patient avait une compagne au Cameroun et deux enfants avec qui il vivait. Il n'a plus de nouvelles de sa campagne et de ses enfants depuis plusieurs mois. Celle-ci ne veut plus que ses enfants aient des contacts avec Monsieur [K.] de quelle que manière que ce soit. il a également des frères et sœurs, mais ceux-ci ont coupé tout contact avec lui également ». À cet égard, c'est de façon abstraite et hypothétique que l'avis médical relève que le requérant « a dû tisser des liens sociaux » au Cameroun. Qu'au demeurant, à supposer ce fait établi, quod non, la seule existence de liens sociaux ne permet nullement d'inférer que le requérant aurait, par ce biais, accès aux soins requis. Par ailleurs, l'avis médical ne pouvait, sans contradiction, avoir égard au dossier administratif lorsqu'il s'agit de retenir les déclarations du requérant qui a affirmé avoir encore de la famille vivant au Cameroun (même si certains sont décédés) tout en rejetant les déclarations du requérant lorsqu'il affirme auprès de sa psychologue qu'il n'a plus de contacts avec sa famille au Cameroun. Rien n'indique par ailleurs que la situation financière des membres de la famille au Cameroun et/ou son entourage social pourrait l'accueillir et/ou l'aider financièrement. A relever encore que l'avis médical, une fois de plus et alors même qu'il est pareillement motivé à celui du 25 septembre 2023, n'a aucun égard aux critiques susvisées pourtant déjà évoquées à l'appui du précédent recours. Or, selon l'arrêt rendu le 13 décembre 2016 par la CEDH (§ 186), en cause Paphoshvili c. Belgique, "il y a lieu de rappeler qu'une part de spéculation est inhérente à la fonction préventive de l'article 3 et qu'il ne s'agit pas d'exiger des intéressés qu'ils apportent une preuve certaine de leurs affirmations qu'ils seront exposés à des traitements prohibés (voir, notamment, Trabelslic. Belgique, n° 140/10, § 130, CEDH 2014 (extraits)) » Enfin tant la disponibilité des soins que leur accessibilité avaient déjà été contestées précédemment, et de manière circonstanciée, à l'occasion de la requête introduite le 13 décembre 2013 contre une précédente décision du 23 octobre 2013 qui rejetait alors la demande 9ter, de la requête du 8 décembre 2017 contre la décision de rejet du 23 octobre 2017, de la requête du 3 mai 2018 contre la décision de rejet du 19 mars 2018 et de la requête du 6 novembre 2023 contre la décision de rejet du 27 septembre 2023. Ainsi, plus particulièrement, bien que le précédent recours du 3 mai 2018 - et du 12 avril 2019 et 6 novembre 2023 - invoquait déjà les mêmes griefs (p. 10 à 24), force est de constater qu'aucune réponse n'y est, en l'espèce, apportée. L'avis médical du 20 février 2019, qui n'est qu'une reprise de celui du 19 mars 2018, ne rencontre pas non plus les rapports de suivi des 26 octobre 2018 et 21 décembre 2018 qui contestaient pourtant les considérations précitées émises par le médecin de l'Office des étrangers. Ainsi, par un arrêt n° 110 533 du 24 septembre 2013, Votre Conseil a déjà pu juger que « Force est de constater qu'il ne ressort pas de la motivation de la décision attaquée que la partie défenderesse a tenu compte des informations et des documents susmentionnés. Dans cette perspective, le Conseil estime que, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations de motivation rappelées supra, passer outre l'analyse de cet aspect de la demande. Il lui incombait, au contraire, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine, au regard des critères stipulés par l'article 9ter de la [Loi], en tenant compte des informations fournies par la partie requérante. Or, la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte des articles invoqués par la requérante afin d'appuyer ses déclarations et donc sans répliquer au contenu desdits documents, lesquels s'avèrent toutefois pertinents en l'espèce dans le cadre de l'article 9ter de la [Loi], en manière telle qu'elle n'a pas satisfait à son obligation de motivation ». Concernant la sécurité sociale au Cameroun, la partie adverse ne démontre nullement que l'ensemble des soins requis serait dispensé gratuitement au requérant. Le requérant a

également indiqué les raisons pour lesquelles il ne pourrait se payer une assurance santé privée alors que des soins sont requis sans interruption sous peine notamment de décompensation psychique. Il en va de même quant à l'affiliation à une mutuelle. À cet égard, force est également de constater que la partie adverse n'établit pas que les mutuelles de santé prennent en charge l'ensemble des pathologies dont souffre le requérant. Qu'en outre, les conditions de souscription à une assurance maladie ou à une mutuelle comprennent très souvent le fait que la personne doit travailler et ne doit pas être déjà malade, le risque s'étant déjà réalisé ; que dès lors, il est courant que de longues et graves maladies, comme les maladies psychiatriques soient exclues de la couverture ; or le traitement ne peut être interrompu. Par ailleurs, selon l'avis médical, le rapport concernant l'accès des soins de santé au Cameroun indique l'instauration par le gouvernement d'un système de couverture pour les indigents dans certains hôpitaux et que certains hôpitaux réduisent, par eux-mêmes, de 30% les frais de soins de santé pour les indigents ». || ne se déduit nullement de ces constats que le requérant aurait personnellement accès aux soins requis. En effet, rien ne démontre que les soins requis sont disponibles dans ces hôpitaux ni que les hôpitaux visés accepteraient de réduire, par eux-mêmes, les frais de soins de santé. Par ailleurs, ledit rapport date du 19 mars 2014 et rien n'indique que les informations reprises soient encore actuelles. L'avis médical relève encore, concernant MULEMACARE créée en 2018 que «rien n'indique que la requérante (sic) ne pourrait pas souscrire à l'une ou l'autre de ces mutuelles. Si elle juge que les mutuelles sont payants, il reviendrait à la requérante (sic) de nous démontrer pourquoi elle ne pourrait se souscrire à une mutuelle ». Enfin, l'avis médical mentionne encore, d'une manière générale, l'existence d'une «prise en charge des maladies mentales » au Cameroun (« les autorités s'activent », « les soins de santé mentale (...) sont en cours d'élaboration (...) », « une campagne d'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux a été lancée au Cameroun »). Rien n'indique toutefois que le requérant pourrait concrètement y avoir accès au vu de sa situation personnelle. À cet égard, il échet également de s'en référer aux enseignements déjà tirés par Votre Conseil dans une affaire similaire n° 312.430 du 3 septembre 2024 : [cfr les points 3.2. à 3.5.] Partant, la partie adverse, en prenant les décisions querellées, a violé l'ensemble des dispositions légales reprises à la deuxième branche du moyen unique.

2.4. Dans une troisième branche, au sujet de « la violation de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^o de la [Loi], de l'article 62, § 2, alinéa 1^{er} de la [Loi] ayant trait à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et pris de la motivation absente, inexacte, insuffisante ou contradictoire et dès lors de l'absence de motifs légalement admissibles ainsi que de la violation des principes généraux de bonne administration, en particulier de soin et de prudence, de minutie et de gestion consciencieuse de l'administration », elle argumente « L'avis médical du 25 septembre 2023 auquel se réfère la partie adverse énumère, sous la rubrique « Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier », les documents médicaux dont il aurait été tenu compte et, sous la rubrique « Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine » et « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », les sources utilisées. - Or, le complément envoyé à l'Office des étrangers le 3 mars 2022, reprenait non seulement le rapport de suivi psychologique du 14 février 2022, relevé dans l'« histoire clinique et certificats médicaux versés au dossier », mais également une trentaine de documents divers (certificats médicaux, ordonnances, radios, divers rapports, etc), lesquels ne sont pas listés ni même évoqués dans l'avis médical, en matière telle que la décision querellée qui s'y réfère n'est pas adéquatement motivée. - Par ailleurs les liens auxquels il est renvoyé sont soit généraux soit renvoient à des sources dont l'actualité n'est aucunement garantie au moment où la décision de rejet est prise le 26 septembre 2024, Or, s'il est permis à l'avis médical de motiver par référence à certaines sources, encore convient-il qu'il soit démontré qu'elles répondent in concreto aux pathologies du requérant et aux soins requis et qu'elles soient fiables et actuelles, quod non en l'espèce. Par ailleurs, alors même qu'il s'agit de troubles sévères d'ordre psychologiques, l'avis médical se borne à lister certains traitements requis sans démontrer avoir pris en considération la nécessaire stabilité du requérant liée à son état psychique et rendue possible par une longue présence en Belgique auprès des soignants qui le suivent désormais depuis nombre d'années déjà; or ce contrôle fait partie du champ d'application de l'article 9ter de la [Loi]; le simple fait de relever notamment que «quant au lien thérapeutique, une relation médecin/patient n'est pas éternelle. Elle peut se rompre et se (re-)créer (...) » est sans pertinence quant à ce (cf. avis médical, p. 3). Partant, l'avis médical, et la décision qui s'y réfère, n'ont pu valablement estimer que « d'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication pour un retour au pays d'origine, le Cameroun ». => En conséquence, les décisions querellées violent les dispositions et principes généraux repris à la présente branche ».

2.5. Dans une quatrième branche, à propos de la « violation de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^o de la [Loi], ainsi que de l'article 62, § 2, alinéa 1^{er} de la [Loi] ayant trait à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, pris de la motivation absente, inexacte, insuffisante ou contradictoire et dès lors de l'absence de motifs légalement admissibles et des principes généraux de bonne administration, en particulier de soin et de prudence, de minutie et de gestion consciencieuse de l'administration, ainsi que de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », elle soutient « En l'espèce, il apparaît du dossier médical déposé que l'état de santé du requérant est particulièrement critique, qu'il s'est au demeurant aggravé et qu'un suivi médical est

indispensable (ce qui n'est pas contesté puisque la demande Ster a été déclarée recevable). À cet égard, il résulte de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme que l'obligation négative de ne pas exposer quelqu'un à un risque de mauvais traitements prohibés par l'article 3 de la CEDH implique pour l'État de renvoi de « comparer l'état de santé avant l'éloignement avec celui qui serait le sien dans l'État de destination après y avoir été envoyé » (CEDH, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique, § 188). Lorsqu'une personne en instance d'éloignement avance des éléments médicaux, il incombe à l'État éloignant, comme cela avait déjà été précisé dans sa jurisprudence sur le renvoi d'étrangers, de « dissiper les doutes éventuels à leur sujet » (Saadi, préc., & 129; F.G. c. Suède, préc., § 120) en effectuant un « contrôle rigoureux » (Saadi, préc., § 128, Sufi et Elmi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, 5 214 ; Hirsi Jamaa et autres, préc., § 116 ; Tarakhel, préc., §104) sur les conséquences du renvoi de l'intéressé, à la fois au regard de la situation générale de l'État de destination et des « circonstances propres au cas de l'intéressé » (Vilvarajah et autres, préc., § 108 ; El-Masri, préc., § 213 ; Tarakhel, préc., § 105). Ainsi, pour rappel, au sens de l'article 3 de la C.E.D.H., le « mauvais traitement » doit atteindre un minimum de gravité, dont l'appréciation est relative (Arrêt Ahmed c. Autriche du 17.12.1997, R.D.E., 1997, p. 88) et est ainsi fonction notamment, de la nature du traitement, du contexte dans lequel il est administré, des modalités d'exécution, de la durée, des effets physiques ou mentaux et, le cas échéant, du sexe, de l'âge ou de l'état de santé (Arrêt Vijayanathan & Pusparajah c. France du 27.8.92, série A, vol. 241-B ; arrêt Soering précité, & 100). D'une part, il échet de tenir compte du risque d'interruption du traitement médical en Belgique (cf. C.C.E., n° 32.515, 8 octobre 2009 et), dans la mesure où, en l'espèce, tout retour au pays aurait pour effet, dans les circonstances de la cause, d'aggraver son état de santé (cf. demande 9ter, p. 10 et 11) (voy. également CEDH, Aswat c. Royaume-Uni (n° 17299/12, 8 49), 16 avril 2013 : la Cour a estimé que l'extradition du requérant vers les États-Unis, où il était poursuivi pour activités terroristes, aurait entraîné un mauvais traitement, en particulier parce que les conditions de détention dans la prison de très haute sécurité où il serait incarcéré risquaient d'aggraver son état de schizophrénie paranoïaque. La Cour a jugé que le risque de détérioration significative de l'état de santé mentale et physique du requérant était suffisant pour enfreindre l'article 3 de la Convention (ibidem, § 57)) D'autre part, la psychologue clinicienne qui suit le requérant depuis des années relève expressément que l'état de santé s'est aggravé, au point où le patient broie désormais des idées suicidaires et qu'il existe un risque de décompensation psychologique (rapports de suivi psychologique du 7 décembre 2017, 26 octobre, 21 décembre 2018 et 14 février 2022). À cet égard, la psychologue qui suit le requérant depuis des années est mieux placée pour se prononcer sur la situation médicale que le médecin de l'Office des étrangers qui n'a jamais rencontré ni examiné le requérant. Aussi, s'il nourrissait le moindre doute quant à ce risque de décompensation, il lui appartenait de l'écarter pour prévenir tout risque de violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et de l'article 9ter de la [Loi]. En outre, s'appropriant les motifs de l'avis médical, la partie adverse a également manqué à son devoir de soin et de prudence, de minutie et de gestion consciencieuse. En l'espèce, il n'est tenu aucun compte du risque de décompensation pourtant évoqué dans les rapports des 26 octobre 2018, 21 décembre 2018 et 14 février 2022. Bien que le précédent recours du 3 mai 2018 — et 12 avril 2019, 6 novembre 2023 - invoquait déjà les mêmes griefs (p. 25 à 27), force est de constater qu'aucune réponse n'y est, en l'espèce, apportée. L'avis médical du 25 septembre 2024, qui n'est à cet égard qu'une reprise de ceux des 19 mars 2018, 20 février 2019 et 25 septembre 2023, ne rencontre pas non plus les rapports de suivi des 26 octobre 2018 (notamment p. 9 à 11), 21 décembre 2018 (notamment p. 9 à 11) et 14 février 2022. Partant, la partie adverse, en prenant les décisions querellées, a violé l'ensemble des dispositions légales reprises à la quatrième branche du moyen unique ».

2.6. Quant à l'ordre de quitter le territoire entrepris, la partie requérante prend un second moyen de « la violation des articles 62, § 2, alinéa 1° et 74/13 de la [Loi] et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, pris de la motivation absente ou insuffisante et dès lors de l'absence de motifs légalement admissibles, ainsi que des articles 3 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme signée à Rome le 4 novembre 1950, qui garantissent respectivement le droit à ne pas subir de traitement inhumain ou dégradant et le respect de la vie privée et familiale ».

2.7. Dans une première branche, elle avance « - Attendu que l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant constitue un acte administratif distinct et peut donc être contesté sur une base propre (C.C.E., n° 155.564 du 28 octobre 2015). Par ailleurs, adoption d'un ordre de quitter le territoire n'est pas une compétence entièrement liée, y compris dans le cadre de l'article 7, alinéa 1°, de la [Loi]. En effet, même dans ces hypothèses, l'autorité n'est pas tenue d'édicter un ordre de quitter le territoire si celui-ci a des conséquences qui peuvent méconnaître les droits fondamentaux de l'étranger (C.E. n° 231.762, 26 juin 2015 ; C.E., n° 225.855, 17 décembre 2013 ; C.E., n° 231.443, 4 juin 2015 ; C.E. n° 232.758, 29 octobre 2015 : CCE, n° 138.911, 20 février 2015, p. 5). À cet égard, il importe de relever que l'autorité administrative doit veiller à ce que l'ordre de quitter le territoire ne porte pas atteinte aux droits fondamentaux avant de l'adopter et non seulement en cas d'exécution forcée d'une mesure d'éloignement (C.E., n° 231.443, 4 juin 2015, R.D.E., 2015, n° 814, 386 ; voy. aussi : C.C.E., n° 137.184, 26 janvier 2015 ; C.C.E., n° 155.971, 3 novembre 2015, Rukamiza/E.B. : le Conseil a relevé que, lors de la délivrance de l'ordre de quitter le territoire, « la partie défenderesse a négligé (...), de ménager un juste équilibre entre le but visé et la gravité de l'atteinte, et de

procéder à une mise en balance des intérêts en présence, au regard de la vie privée du requérant en Belgique. Partant la violation de l'article 8 de la CEDH est établie en l'espèce »; CEDH 27 février 2014, *Josef c/ État belge et CICE*, 18 décembre 2014, Abdida). Cette position est, au demeurant, conforme à l'exposé des motifs de la loi du 19 janvier 2012 modifiant la [Loi] qui, à propos de l'obligation de délivrance d'une décision d'éloignement « à l'encontre de tout ressortissant d'un pays tiers qui est en séjour illégal sur le territoire », précise, entre autres, qu'« une telle obligation ne vaut évidemment pas si le retour effectif d'un étranger entraîne une violation des articles 3 et 8 de la CEDH » (Doc. parl. Chambre, sess. 2011-2012, 1825/001, p.17) (rappelé par C.E., n° 225.855, 17 décembre 2013). Par ailleurs, la partie adverse se doit de respecter la vie privée déployée par le requérant, telle que garantie par l'article 8 de la CEDH. Pour rappel, le droit au respect de la vie privée est le droit « d'établir et d'entretenir des relations avec d'autres êtres humains, notamment dans le domaine affectif, pour le développement et l'épanouissement de sa propre personnalité » (Commission européenne des droits de l'homme, req. 6825/74, X c. Irlande, déc. du 18/5/76, D.R. 5, p. 89, cité par CARLIER, J.Y., R.T.D.H., 1993, p. 445 et 5; Comm. eur. dr. h., rapp. du 12 juillet 1977 (art. 31), req. n° 6959/75, Brüggenmann et Sceuten c. Rép. féd. d'Allemagne, D.R., 10, pp. 100 ss., ici § 55, p. 137. Cette jurisprudence de la Commission est citée par le juge Martens, dans son opinion concordante à l'arrêt *Beldjoudi C. France de la Cour*; voy. aussi C.E.D.H., arrêt *Niemietz c. Rép. féd. d'Allemagne* du 16/12/1992, Série A, n° 251-B, 8 29; C.E.D.H, arrêt *C./Belgique* du 7.8.96, 8 25, T.V.R., 1997, nr. 3, p. 240: la vie privée « englobe le droit pour l'individu de nouer et de développer des relations avec ses semblables (...) » ; C.E.D.H., 16.2.00, *AFFAIRE AMANN c. SUISSE*). Le Conseil d'État l'a encore rappelé récemment, par un arrêt n° 233.638 du 26 janvier 2016, en ces termes : « / ressort d'une jurisprudence bien établie de la Cour européenne des droits de l'homme XXX que la vie privée, protégée par l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales « englobe le droit pour l'individu de nouer et développer des relations avec ses semblables, y compris dans le domaine professionnel et commercial » ?? . Ainsi, dans des circonstances semblables, par un arrêt n° 155.971 du 3 novembre 2015, Votre Conseil a déjà jugé que « l'existence d'une vie privée dans son chef [celui du requérant], au sens de l'article 8 de la CEDH, peut (...) être considérée comme établie » (cf. point 4.4.1. de l'arrêt). Le Conseil relève ensuite que, lors de la délivrance de l'ordre de quitter le territoire, « la partie défenderesse a négligé (...), de ménager un juste équilibre entre le but visé et la gravité de l'atteinte, et de procéder à une mise en balance des intérêts en présence, au regard de la vie privée du requérant en Belgique. Partant la violation de l'article 8 de la CEDH est établie en l'espèce ». Par ailleurs, pour rappel, toute décision administrative doit être motivée au regard de l'article 62, 5 2, alinéa 1° de la [Loi] et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Enfin, il peut encore être fait état de la jurisprudence récente du Conseil d'Etat, confirmant les arrêts précités. Ainsi, par un arrêt n° 238.919 du 3 août 2017, le Conseil d'Etat a dit pour droit : « Un ordre de quitter le territoire n'est pas un acte de pure exécution. Il s'agit d'une décision produisant des effets juridiques propres, distincts de ceux du retrait du droit de séjour, et qui impose à l'étranger l'obligation de quitter le territoire. En conséquence, un tel acte cause grief. Celui auquel il est adressé dispose dès lors de l'intérêt requis pour solliciter son annulation et il s'agit d'un acte annulable » et « qu'un tel ordre, obligeant la partie adverse qui bénéficiait d'un droit de séjour à quitter le territoire, emportait une ingérence dans sa vie privée et familiale. Le premier juge a également estimé valablement que, dans ce cas, la partie adverse devait justifier sa décision au regard des exigences de l'article 8 précité [de la CEDH] ». Cet enseignement a encore été rappelé par le Conseil d'Etat dans un arrêt n° 13.120 du 4 janvier 2019 : « Ni l'article 74/13 de la [Loi], ni l'article 5 de la directive 2008/115/CE ne peuvent rendre inapplicable l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Lorsque le requérant adopte une décision de retour, il doit donc veiller à respecter non seulement l'article 74/13 de la [Loi] mais également l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Il lui appartient dès lors d respecter le droit au respect tant de la vie familiale que de la vie privée consacré par l'article 8 précité. » - En l'espèce, la décision de rejet sur une demande 9ter n'implique pas la délivrance d'un ordre de quitter le territoire au seul motif que « selon l'avis médical dd 25 09 2024, aucune contre-indication à voyager ». En effet, ce disant, la partie adverse confond le champ d'application de l'article 9ter de la [Loi] et celui de l'article 74/13 de la dite loi qui exige de tenir compte seulement de « l'état de santé ». Par ailleurs, la partie adverse ne motive aucunement la mesure d'éloignement en regard de la vie privée pourtant protégée par l'article 8 de la CEDH. Or, ainsi qu'il se déduit de la demande Ster et des pièces jointes, le requérant a quitté le Cameroun le 13 novembre 2008 et est arrivé en Belgique le 14 novembre 2008. Il vit donc en Belgique depuis 16 ans déjà. Il a également déposé divers témoignages. Il n'a plus de famille (décès de ses deux parents et de ses deux frères) ou de contacts, ni de logement, ni de travail au pays. Bien que le précédent recours du 3 mai 2018 -du 12 avril 2019 et 6 novembre 2023 - invoquait déjà les mêmes griefs (p. 32 et 33), force est de constater qu'aucune réponse n'y est, en l'espèce, apportée. Partant, l'ordre de quitter le territoire viole l'article 62, § 2, alinéa 1er et 74/13 de la [Loi] et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, qui exigent que toute décision soit formellement et adéquatement motivée, ainsi que l'article 8 de la CEDH ».

2.8. Dans une deuxième branche, elle souligne « La demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter n'ayant pas valablement été rejetée (cf. supra sous III.1), l'ordre de quitter le territoire n'est pas valablement pris et viole les articles 62, § 2, alinéa 1°, de la [Loi] et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet

1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Ainsi, Votre Conseil a déjà considéré, *mutatis mutandis*, que « l'annulation d'un acte administratif (par le Conseil d'Etat) fait disparaître cet acte de l'ordonnement juridique, avec effet rétroactif et que cette annulation erga omnes (sur la portée rétroactive de l'arrêt d'annulation : P. LWALLE, *Contentieux administratif*, 2ème éd. 2002, Larcier, p. 935 et ss., n° 518 et ss. — P. SOMERE, « L'exécution des décisions du juge administratif », *Adm. Pub.*, T. 1/2005, p. 1 et ss.). Il y a, par conséquent, lieu de considérer que la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante est à nouveau pendante suite à l'annulation du premier acte attaqué. Or, si l'introduction d'une demande d'autorisation n'a pas pour effet d'entraver la mise en oeuvre des pouvoirs de police conférés par l'article 7 de la [Loi], la partie défenderesse reste tenue, au titre des obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent lorsqu'elle prend une décision quelle qu'elle soit, de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue. Par conséquent, afin de garantir la sécurité juridique, il s'impose d'annuler également le second acte attaqué, pour permettre un nouvel examen de la situation par la partie défenderesse » (CCE, 308.450, 18 juin 2024, RRUSHI Sofije/EB). Plus spécifiquement, « la décision de refus de séjour de plus de trois mois étant annulée par le présent arrêt, de manière rétroactive, ladite demande doit être considérée comme étant pendante au moment où la partie défenderesse a adopté la seconde décision querellée. L'ordre de quitter le territoire attaqué, constituant l'accessoire de la première décision attaquée, n'étant pas compatible avec une telle demande pendante, il s'impose de l'annuler également » (CCE, n° 303 450, 20 mars 2024) ».

3. Discussion

3.1. Sur la deuxième branche du premier moyen pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, « 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 ».

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

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, 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, 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* suscitée, 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.

Le Conseil rappelle ensuite que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative 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'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (*cf* dans le même sens : C.E., 6 juil. 2005, n° 147 344 ; C.E., 7 déc. 2001, n° 101 624).

3.2. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 25 septembre 2024 du médecin-conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière s'est référée en termes de motivation, que celui-ci a conclu à l'accessibilité des soins et du suivi requis au requérant au pays d'origine pour les raisons qui suivent : « Le conseil de Monsieur [K.S.] affirme que les soins sont inaccessibles au pays d'origine, le Cameroun. Afin d'étayer ses dires, le conseil de l'intéressé cite et/ou fournit une retranscription de divers articles de journaux,

témoignages, mémoires concernant notamment l'HTA, la corruption, la pauvreté, le faible accès aux soins de santé, salaire moyen, les hôpitaux (sous-équipement, places, problèmes relatifs à la gynécologie et maternité...), les malades mentaux (principalement concernant ceux atteints de démence ou de déficience mentale), la chirurgie, la stigmatisation des malades (HIV), mortalité infanto-juvénile. Notons que ces éléments d'information ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant. (CCE n°23.040 du 16.02.2009). Aussi, bon nombre de ces articles ne concernent pas les pathologies dont souffre le requérant. Selon le conseil, le renvoi du requérant dans son pays d'origine, mettrait sa vie en danger et entraînerait incontestablement une violation de l'article 3 de la CEDH. Néanmoins, il n'apporte aucun élément probant pour démontrer ces allégations. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (CE arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Etant donné que la disponibilité et l'accessibilité du traitement sont établis dans cet avis, il n'y a pas de risque d'interruption du traitement. Par ailleurs, notons d'abord que le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé : médecine curative, médecine préventive, professionnels de santé publique, administrateurs de santé, planificateurs, etc. Le Cameroun compte un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2.000 habitants, et 1 aide-soignant pour 3.000 habitants ; ces chiffres se situent dans la moyenne observée pour l'Afrique subsaharienne. Le Cameroun jouit de la plus forte densité d'infirmières et de médecins en Afrique subsaharienne. De plus, malgré l'absence de la couverture santé universelle, il y a eu émergence des mutuelles de santé (MS) au Cameroun. Celles-ci connaissent actuellement une croissance considérable. L'étude diagnostique et cartographique des MS conduite par le cabinet Epos-Saïd recensait, en 2010, 158 MS et 6017 organisations de MS en projet. Le mode de paiement des cotisations est variable en fonction de la MS. Il peut être mensuel, trimestriel ou annuel. Les cotisations des MS communautaires rurales sont collectées après la commercialisation des cultures de rente. Le montant moyen de la prime individuelle mensuelle est de 336 francs CFA (0.51 euro) soit un total annuel de 20160 francs CFA (30.73 euros), pour un ménage moyen de cinq personnes, avec des écarts allant de 100 francs CFA (0.15 Euro) à plus de 2000 francs CFA (0.30 Euro). L'adhésion familiale est la formule la plus répandue, et le tiers payant (88 %) représente le mode de prise en charge par excellence. Citons l'exemple, la Mutuelle Communautaire de Santé de Yaoundé (MUCOSANY). C'est une association à but non lucratif qui 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 membres comprend les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements (simples) et les actes de radiologie. Toutefois, les mutualistes paient un ticket modérateur de 25 % pour les soins ambulatoires et de 50 % pour la chirurgie dans certaines MS. Citons également MULEMACARE créée en 2018, intervient entre 50% à 80% des frais en fonction de la formule choisie. Destinée au plus pauvre, elle permet à tout le monde de se soigner presque gratuitement et permet l'accès aux soins et traitement à faible coût. Rien n'indique que la requérante ne pourrait pas souscrire à l'une ou l'autre de ces mutuelles. Si elle juge que les mutuelles sont payantes, il reviendrait à la requérante de nous démontrer pourquoi elle ne pourrait se souscrire à une mutuelle. Une psychologue évoque le caractère inadéquat des pathologies du requérant. Pendant rappelés que celle-ci n'est pas médecin. Dès lors, en dehors des réserves concernant un travail physique émises par un médecin traitant, rien ne démontre que l'intéressé, qui est en âge de travailler et a déjà travaillé comme enseignant à l'université de Yaoundé (activité professionnelle non physique), ne pourrait avoir à nouveau accès au marché de l'emploi (dans un secteur non physique) dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux. Concernant la prise en charge des maladies mentales, notons qu'au Cameroun, les autorités s'activent pour une meilleure prise en charge des maladies mentales. Une campagne d'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux a été lancée au Cameroun en décembre 2021. Le but est de sortir ces malades de la pauvreté et de leur proposer des soins adaptés, pour leur donner une chance de se réinsérer dans la société. Les concepteurs de cette campagne veulent assurer une prise en charge communautaire des personnes souffrant de troubles psychiatriques et changer les mentalités et le regard dévalorisant que la société porte sur eux. La Docteure [J.L.M.], psychologue et sous-directrice de la santé mentale au ministère de la Santé publique, invite les uns et les autres à ne plus considérer les pathologies mentales comme un problème de sorcellerie ou de mysticisme. Les soins de santé mentale dans le contexte de la santé primaire sont en cours d'élaboration dans le cadre du plan d'action en santé mentale. Des institutions privées telles que le Centre de Santé Mentale des Sœurs du Sacré-Cœur « Saint Benoît Meni » à Douala et Yaoundé, ainsi que le Centre de santé mentale intégré Babungo (BIMEHC) gère également des troubles neuropsychiatriques. Mentionnons que depuis mai 2021, une campagne d'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux a été lancée au Cameroun par les ministères de la Santé et des Affaires sociales et la mairie de Yaoundé. Le but est de sortir ces malades de la pauvreté et de leur proposer des soins adaptés, pour leur

donner une chance de se réinsérer dans la société. Pour améliorer la prise en charge de ces malades, le ministère de la Santé publique et le ministère de l'Enseignement supérieur "ont inclus dans le programme de formation en médecine les enseignements de psychologie médicale, de sémiologie psychiatrique et de pathologie psychiatrique" Etant arrivé en Belgique en 2008, on peut en conclure que l'intéressé a vécu la majorité de sa vie au Cameroun et qu'il a dû y tisser des liens sociaux. De plus, d'après son dossier, l'intéressé a encore de la famille vivant au Cameroun (même si certains sont décédés). Notons qu'une psychologue mentionne dans un rapport qu'il n'aurait plus de contacts avec sa famille au pays d'origine. Cependant elle ne fait que rapporter les dires du requérant et nous ne pouvons les considérer comme vérifiées. Par ailleurs, l'intéressé ne fournit aucun élément permettant d'étayer ses dires. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Concernant la situation financière des membres de la famille au Cameroun évoquée par le conseil, l'intéressé ne fournit également aucun élément permettant de l'étayer. Dès lors, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir au Cameroun et/ou l'aider financièrement si nécessaire. Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Cameroun. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38). Il serait nécessaire de préciser que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En outre, 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). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

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

3.3. En termes de recours, la partie requérante soutient « *Concernant la sécurité sociale au Cameroun, la partie adverse ne démontre nullement que l'ensemble des soins requis serait dispensé gratuitement au requérant. Le requérant a également indiqué les raisons pour lesquelles il ne pourrait se payer une assurance santé privée alors que des soins sont requis sans interruption sous peine notamment de décompensation psychique. Il en va de même quant à l'affiliation à une mutuelle. À cet égard, force est également de constater que la partie adverse n'établit pas que les mutuelles de santé prennent en charge l'ensemble des pathologies dont souffre le requérant.. Qu'en outre, les conditions de souscription à une assurance maladie ou à une mutuelle comprennent très souvent le fait que la personne doit travailler et ne doit pas être déjà malade, le risque s'étant déjà réalisé ; que dès lors, il est courant que de longues et graves maladies, comme les maladies psychiatriques soient exclues de la couverture ; or le traitement ne peut être interrompu ».*

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

En effet, le Conseil relève qu'il ressort des documents figurant au dossier administratif que rien ne prouve que le suivi psychologique requis sera couvert par ces mutuelles et constate que les informations générales les concernant ainsi que les conditions d'affiliation ne sont pas précisées.

3.4. S'agissant de la capacité de travail, l'avis est motivé comme suit : « *Une psychologue évoque le caractère invalidant des pathologies du requérant. Cependant rappelons que celle-ci n'est pas un médecin. Dès lors, en dehors des réserves concernant un travail physique émises par un médecin traitant, rien ne démontre que l'intéressé qui est en âge de travailler et a déjà travaillé comme enseignant à l'université de Yaoundé (activité professionnelle non physique), ne pourra ravir à nouveau accès au marché de l'emploi (dans un secteur non physique) dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux. »*

La partie requérante invoque : « *le médecin de la partie adverse ne pouvait écarter l'avis de la psychologue clinicienne pour la seule raison qu'elle n'est pas médecin (avis médical O.E. pp. 4 et 21, in fine). Outre que le*

raisonnement suivi par ledit avis ne se fonde sur aucune base légale et que la décision querellée viole l'autorité de la chose jugée ou l'article 68/1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que de l'AR du 26 avril 2019, il résulte en effet du rapport de suivi psychologique du 7 décembre 2017 que la psychologue suit son patient depuis près de deux ans et est donc parfaitement à même de rendre un avis pertinent et circonstancié. », elle reprend le rapport du suivi précité lequel mentionne que le requérant a « (...) des troubles de la mémoire et de la concentration l'empêchant de s'adonner à toute activité intellectuelle (...) »

Quant aux réserves cognitives invalidantes (activité non physique) émises par la psychologue clinicienne qui suit le requérant, le Conseil relève d'une part, la qualité de psychologue clinicienne dont la profession est réglementée et d'autre part, que les réserves émises, sont les résultats des tests psychométriques effectués pour évaluer le requérant qu'elle suit depuis le 12 janvier 2016. Ainsi, la seule circonstance qu'elle ne soit pas un médecin ne permet pas d'évacuer sans plus lesdites réserves quant à la capacité réelle de travail et donc l'accessibilité adéquate des soins et traitements requis.

Cela est d'autant plus vrai que le certificat du 13 décembre 2017, du Dr [S.K.], faisait écho à l'état psychologique du requérant en indiquant qu'il s'est « (...) nettement dégradé depuis plusieurs semaines avec état anxiodépressif et angoisse avec apparitions d'idées noires ».

Le Conseil relève également, à titre surabondant, que cette incapacité a été confirmée postérieurement, dans une attestation du Dr [S.K.], du 27 septembre 2024, qui indique clairement : « je confirme par ailleurs que son état de santé actuel ne rend pas envisageable un travail tant dans le secteur physique que le secteur non physique ».

3.5. S'agissant des liens sociaux et de la famille, la motivation selon laquelle « *Etant arrivé en Belgique en 2008, on peut conclure que l'intéressé a vécu la majorité de sa vie au Cameroun et qu'il a dû y tisser des liens sociaux. De plus, d'après son dossier, l'intéressé a encore de la famille vivant au Cameroun (même si certains sont décédés). Notons qu'une psychologue mentionne dans un rapport qu'il n'aurait plus de contacts avec sa famille au pays d'origine. Cependant elle ne fait que rapporter les dires du requérant et nous ne pouvons les considérer comme vérifiées. Par ailleurs, l'intéressé ne fournit aucun élément permettant d'étayer ses dires. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (...). Concernant la situation financière des membres de la famille au Cameroun évoqué par le conseil, l'intéressé ne fournit également aucun élément permettant de l'étayer. Dès lors, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir au Cameroun et/ou l'aider financièrement si nécessaire* », ne peut suffire à permettre d'apprécier si les soins nécessaires au requérant lui sont effectivement accessibles au Cameroun. Le Conseil considère en effet qu'il s'agit de simples suppositions, d'une part, que la famille, les amis ou un tiers acceptent d'aider le requérant et, d'autre part, qu'ils aient les moyens financiers nécessaires pour ce faire.

3.6. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent, dans la mesure où elle allègue que « *que rien n'indique que la partie requérante ne pourrait avoir accès à l'une des mutuelles présentes dans le pays, ce qui n'est pas contredit* », « *que la partie requérante n'a produit aucun certificat médical faisant état d'une incapacité physique ou mentale d'exercer une activité professionnelle en raison de son état de santé* », ' « *l'argument est d'autant plus malvenu que la partie requérante a sollicité trois demandes de permis de travail en Belgique (...)* ».

3.7. Il résulte de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même de la décision attaquée, dans la mesure où la partie défenderesse se réfère à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée. Par conséquent, la décision attaquée viole l'article 9ter de la Loi.

Partant, le moyen est, dans cette mesure, fondé en sa deuxième branche, ce qui suffit à l'annulation du premier acte entrepris. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

3.8. Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9 ter de la Loi, visée au point 1.3. du présent arrêt, que la partie défenderesse a déclaré recevable redevient pendante. L'ordre de quitter le territoire attaqué n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également pour des raisons de sécurité juridique.

4. Débats succincts

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 26 septembre 2024, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quinze avril deux mille vingt-six par :

C. DE WREEDE, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

C. DE WREEDE