



Arrêt

n° 187 113 du 19 mai 2017
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au X

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 23 septembre 2016, par X qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 3 août 2016, « ainsi que de l'avis médical du 29 juillet 2016 sur lequel se fonde l'acte attaqué ».

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 27 octobre 2016 convoquant les parties à l'audience du 23 novembre 2016.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. GAMMAR loco Me C. MOMMER, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me D. STEINIER loco Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

Le 13 mars 2015, le requérant a introduit une demande de visa pour un séjour de moins de trois mois. Cette demande a été accueillie par la partie défenderesse et le requérant s'est vu délivrer, le 8 avril 2015, un visa valable jusqu'au 16 juin 2015. Le requérant est arrivé en Belgique le 17 avril 2015. Le 9 juin 2015, son visa a été prolongé jusqu'au 14 septembre 2015.

Par un courrier du 29 juin 2015, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 22 octobre 2015, la commune de Saint Gilles a transmis à la partie défenderesse une demande de prolongation du visa du requérant. Le 27 octobre

2015, la partie défenderesse a indiqué à la commune de Saint Gilles qu'il ne serait pas statué sur cette demande dans l'attente de la prise d'une décision sur la demande d'autorisation de séjour du requérant. Le 29 juillet 2016, le requérant a introduit une demande de visa de retour en vue d'un retour temporaire au Cameroun. Le 3 août 2016, la partie défenderesse a rejeté cette demande.

Le 3 août 2016, la partie défenderesse a pris une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Cette première décision, qui a été notifiée au requérant en date du 25 août 2016, ainsi que l'avis du fonctionnaire médecin sur laquelle elle se fonde, constituent les actes attaqués par le présent recours. La décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué), l'avis du fonctionnaire médecin sur laquelle cet acte se fonde étant dénommé le deuxième acte attaqué, est motivée comme suit :

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

Monsieur [A. A. R.], de nationalité Cameroun, invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique.

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son rapport médical du 29.07.2016 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'Office des Etrangers indique que d'après les informations médicales fournies, il apparaît que les pathologies du requérant n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou pour son intégrité physique ni un risque de traitement inhumain ou dégradant car la prise en charge médicale est disponible et accessible au Cameroun.

Enfin, du point de vue médical, selon le médecin fonctionnaire, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Cameroun.

Le rapport de médecin de l'Office de l'Etranger est joint à la présente décision.

Dès lors,

- 1) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou
- 2) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne .

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

Par ailleurs, l'intéressé invoque la situation au pays d'origine où l'accès au traitement pose problème, et où la dialyse n'existe pas dans toutes les villes et elle pose problème dans certaines villes où elle est pratiquée. Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Cependant, le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866). Enfin signalons que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int). L'intéressé peut aussi se rendre dans des villes où la dialyse est pratiquée.

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). »

2. Objet du recours

En termes de requête, la partie requérante indique que le recours est également dirigé contre « l'avis médical du 29 juillet 2016 sur lequel se fonde l'acte attaqué ».

A cet égard, le Conseil rappelle qu'il ressort des termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 4, de la loi du 15 décembre 1980, que le rapport du fonctionnaire médecin ne constitue qu'un avis. Il ne s'agit donc pas d'une décision attaquable au sens de l'article 39/1, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Le Conseil relève également que la motivation du premier acte attaqué se réfère explicitement audit avis, et qu'il peut dès lors être considéré que, ce faisant, la partie défenderesse a fait siennes les considérations exprimées par ce médecin. Le Conseil estime dès lors qu'en attaquant la décision précitée, le requérant vise également l'avis du fonctionnaire médecin.

Ainsi, l'avis du fonctionnaire médecin constitue une décision préparatoire à celle statuant sur la demande d'autorisation de séjour introduite, laquelle constitue le premier acte attaqué, dont il n'est pas distinct. Il ne cause pas grief par lui-même. Toutefois, les irrégularités qui affecteraient cet avis demeurent susceptibles d'être critiquées par tel moyen de droit dirigé contre ledit acte.

Partant, le recours est irrecevable, en tant qu'il est dirigé contre l'avis du fonctionnaire médecin, daté du 29 juillet 2016.

3. Exposé de la première branche du moyen d'annulation

La partie requérante prend un moyen unique de la violation « des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 [...] des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme : du principe de bonne administration tels que les principes de minutie, de sécurité juridique, de légitime confiance ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation ».

Dans une première branche, elle fait notamment valoir qu'« En l'espèce, il n'est pas contesté que le requérant souffre d'une insuffisance rénale chronique terminale d'origine indéterminée avec anémie symptomatique, une pathologie grave qui peut entraîner un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique en l'absence de traitement adéquat. Monsieur [A. A.] prend un important traitement médicamenteux. Son état nécessite, en outre, une dialyse péritonéale trois fois par semaine ainsi qu'un suivi médical spécialisé régulier. Ses médecins ont clairement indiqué dans les documents médicaux figurants au dossier administratif que l'arrêt du traitement entraînerait son décès à court terme. La partie adverse considère cependant que le requérant peut retourner au Cameroun dans la mesure où la prise en charge et les traitements nécessaires sont disponibles dans ce pays. Pour aboutir à cette conclusion, elle se réfère à l'avis du Docteur [B.], médecin-conseiller de l'Office des Etrangers, qui s'est lui-même basé sur des articles tirés d'internet et sur des informations issues de la base MedCOI pour constater la disponibilité et l'accessibilité des soins au Rwanda. Or, les documents sur lesquels s'est basé le médecin de l'Office des Etrangers ne démontrent nullement que les soins dont a besoin le requérant sont non seulement disponibles mais également accessibles dans son pays d'origine. Ils ne répondent, en outre, en rien au contenu des documents déposés par le requérant à l'appui de sa demande afin de démontrer l'indisponibilité et l'inaccessibilité ses soins que nécessite son état. »

Sous un titre « Quant à l'accessibilité du traitement », elle indique que « Dans la décision attaquée, la partie adverse fait un état du système de sécurité sociale au Cameroun et conclut que le requérant, qui est un ingénieur à la retraite, pourrait bénéficier des avantages que lui garantissent les institutions de son pays. Le requérant a effectivement démontré par le biais de sa demande de régularisation qu'il percevait une pension et une allocation en tant que chef de village, ce qui lui permet de totaliser des revenus mensuels de 191.000 FCFA, soit environ 290€ par mois. Il a également démontré que son épouse était également à la retraite et qu'ils avaient encore trois enfants mineurs à charge. Dans sa décision, la partie adverse n'a cependant absolument pas effectué une analyse individuelle de la situation du requérant mais se borne à indiquer que rien ne prouve que le requérant ne pourrait pas financer les soins dont il a besoin. Il s'agit d'une motivation totalement insuffisante et inadéquate dans le sens où le requérant a déposé des documents qui démontrent que le prix du type de traitement dont il a besoin dépasse largement le montant de ses revenus mensuels et que la partie adverse n'a déposé

aucun document permettant de démontrer le contraire. Elle ne motive, en outre, en rien sa décision au regard des revenus réels du requérant et se borne à des considérations générales. Elle estime, par ailleurs, qu'en tant que chef de village, le requérant occupe un échelon dans l'organisation administrative du pays, situation dont il pourrait se servir pour bénéficier des soins médicaux dont il a besoin. La page Wikipedia à laquelle se réfère la partie adverse pour justifier ses allégations mentionne cependant clairement que les chefs de village ont actuellement plus un rôle d'auxiliaire administratif entre les habitants des villages et les administrations et que la considération qui leur est portée est de moins en moins importante. Le requérant ne perçoit d'ailleurs pour cette fonction qu'une allocation mensuelle de 50.000 FCFA, soit 75€ par mois. Le document déposé ne mentionne absolument pas que les chefs de village auraient de quelconques avantages sociaux, que leurs soins médicaux seraient même partiellement pris en charge et qu'ils pourraient dès lors plus avoir accès aux soins médicaux que la population locale. Par conséquent, en considérant que le requérant pourrait financer l'ensemble des soins dont il a besoin, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation. Elle a, en outre, commis plusieurs erreurs de motivation en interprétant de façon erronée les informations figurant au dossier administratif concernant la profession du requérant et le contenu des informations à sa disposition. »

Elle ajoute que « La partie adverse relève, par ailleurs, que le requérant a dû démontrer qu'il disposait de ressources suffisantes et pouvait prendre ses soins médicaux en charge dans le cadre de sa demande de visa, ce qui selon la partie adverse, atteste qu'il pourrait prendre en charge le coût de son traitement. Il ressort cependant des éléments figurant au dossier administratif que le requérant a obtenu un visa afin de pouvoir subir une intervention chirurgicale en lien avec ses problèmes urologiques qui était non disponible au Cameroun. Il est arrivé en Belgique le 17 avril 2015 et a été opéré le 4 mai 2015. Une sonde vésicale à demeure a été placée. Lors du bilan pré-opératoire, une insuffisance rénale terminale a cependant été mise en évidence, accompagnée d'anémie, acidose métabolique et hyperparathyroïdie secondaires. Le requérant ignorait qu'il souffrait de ces diverses pathologies. Un traitement médicamenteux a été mis en place et toute une série d'exams ont été effectués. Il a, par ailleurs, été hospitalisé et est maintenant sous dialyse péritonéale continue ambulatoire. Lorsqu'il a introduit sa demande de visa, le requérant ignorait donc totalement qu'il souffrait de ces différentes pathologies. Le traitement mis en place n'étant pas disponible et accessible au Cameroun il a dès lors introduit une demande de régularisation pour raisons médicales. Il n'a donc pas dû démontrer dans le cadre de sa demande de visa qu'il serait en mesure de prendre en charge l'ensemble de ce traitement et suivi par des spécialistes puisque cela n'avait pas encore été diagnostiqué à l'époque. Il est clair que ce traitement important et contraignant représente un coût considérable et le seul fait que le requérant ait démontré pouvoir financer les soins dont il avait besoin à l'époque n'est pas suffisant pour conclure qu'il pourrait subvenir à ses besoins et financer son nouveau traitement jusqu'à la fin de sa vie avec ses faibles revenus. Il est, en effet, âgé de 70 ans et n'est plus en mesure de travailler. Il dispose d'une petite pension et d'une allocation de chef de village et perçoit des revenus totaux mensuels de 191.000 FCFA, soit environ 290€ par mois. Son épouse est également pensionnée et le couple a encore trois enfants mineurs à charge. Les ressources dont il dispose ne seraient donc clairement pas suffisantes pour financer son lourd traitement. En considérant le contraire, la partie adverse a dès lors commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision. »

Elle indique que « Dans sa demande, le requérant s'est référé à toute une série de sources qui révèlent que le traitement et le suivi que nécessite son état est indisponible et inaccessible. » Elle reprend les éléments invoqués dans sa demande d'autorisation de séjour ainsi que les sources qui y étaient citées et fait valoir que « Dans sa décision, la partie adverse se borne à déclarer à ce sujet que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 et que lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve. Elle relève également que la jurisprudence de la CEDH indique clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH si ces soins sont difficilement accessibles. Cette motivation est tout à fait inadéquate et ne rencontre en rien le contenu précis des documents joints à la demande. La partie adverse ne répond, en effet, nullement aux arguments spécifiques de la demande concernant les informations relatives à l'absence de disponibilité et d'accessibilité des soins spécifiques requis. » Elle cite les arrêts du Conseil de céans n°110 513 du 24.09.2013 et n°73.791 du 23 janvier 2012 et soutient que « la partie adverse a manifestement violé son obligation de motivation et les principes de bonne administration tels qu'énoncés au moyen. Elle a de même commis une erreur manifeste d'appréciation de la demande du requérant, violant ainsi également l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 et l'article 3 de la Convention

européenne des Droits de l'Homme. La partie adverse étant tenue de rendre sa décision en se basant sur tous les éléments déposés au dossier administratif au moment où elle statue a dès lors violé le principe de bonne administration et a commis une erreur de motivation en considérant que le suivi nécessaire était disponible et accessible au pays d'origine et en ne tenant pas compte des informations relatives aux différents risques d'aggravation de sa maladie encourus par le requérant. »

4. Discussion

4.1.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« 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. »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil 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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

4.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 29 juillet 2016, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite. Il ressort de cet avis, en substance, que le requérant souffre d'une insuffisance rénale chronique d'origine indéterminée, d'un adénome de la prostate et d'une hépatite C sans signe de cirrhose, que le traitement actuel est composé d'une dialyse péritonéale et de différents médicaments et que des suivis en urologie, médecine interne/hématologie, gastro-entérologie (hépatologie) et néphrologie sont nécessaires.

S'agissant de l'accessibilité des soins médicaux et des suivis requis par le requérant, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur les conclusions du médecin de l'Office des étrangers, mentionnées dans l'avis daté du 29 juillet 2016 joint à la décision attaquée, qui porte que :

« Quant à l'accessibilité des soins au Cameroun, notons que la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale (CNPS) gère le régime de protection sociale sous la tutelle du ministère du Travail et de la Sécurité sociale. Le code du travail oblige les employeurs à fournir des services de soins médicaux à leurs salariés. Toutefois, depuis 1962, un certain nombre de soins de santé sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux. De même, conformément aux dispositions prévues par le Code du Travail les employeurs assurent le maintien du salaire en cas d'incapacité provisoire de travail. Par ailleurs, il n'existe pas d'assurance chômage mais les employeurs sont tenus de payer une indemnité de départ à leur employé (qui avait un contrat à durée indéterminée, qui est licencié après une période de travail d'au moins 2 ans et qui n'a pas commis de faute grave). Depuis le 03 novembre 2014, la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale propose une assurance volontaire aux travailleurs indépendants et aux étudiants. L'assurance volontaire couvre les risques vieillesse, invalidité et décès. Les travailleurs indépendants et les étudiants dès l'âge de 14 ans peuvent y adhérer. L'assuré qui atteint l'âge de 60 ans a droit à une pension de vieillesse s'il remplit les conditions suivantes : avoir été immatriculé à la CNPS depuis au moins 20 ans ; avoir accompli 180 mois d'assurance dont au moins 60 mois au cours des 10 années précédant la date d'admission à la pension ; avoir cessé toute activité salariée/rémunérée. L'âge d'admission à pension peut être abaissé à 50 ans : en faveur de l'assuré qui, ne répondant pas à la définition de l'invalidité, est atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales certifiée, l'empêchant d'exercer une activité salariée/rémunérée, si l'assuré remplit les conditions précitées.

Le travailleur qui justifie d'au moins 12 mois d'assurance et qui, à l'âge requis, ne remplit pas les conditions pour avoir droit à une pension de vieillesse, reçoit une allocation de vieillesse sous forme de versement unique. Signalons que l'intéressé est un ingénieur pensionné, âgé de 70 ans. Il peut donc rentrer dans son pays d'origine et bénéficier des avantages que lui garantissent les institutions de son pays. Notons en plus que l'intéressé est arrivé en Belgique avec un passeport revêtu d'un visa donné par l'Ambassade de Belgique à Yaoundé. Pour obtenir le visa pour soins médicaux, l'intéressé a prouvé qu'il est capable de financer par lui-même des soins au Cameroun, et a présenté toutes les garanties financières (cfr demande de visa). Rien dans le dossier ne prouve qu'une fois de retour au Cameroun, il ne pourra plus se retrouver dans la situation antérieure qui lui a

permis de se prendre en charge financièrement au point où il était capable de financer les soins sur place, ainsi que son voyage pour les soins médicaux en Belgique. Remarquons que le requérant est chef de village [...]. Et qu'en tant que chef du village, il occupe un échelon dans l'organisation administrative au Cameroun, échelon régit par un décret de 1977 (https://fr.wikipedia.org/wiki/Chefferie_traditionnelle_au_Cameroun). L'intéressé peut aussi user de son statut pour bénéficier des soins médicaux dont il a besoin.

Par ailleurs, l'intéressé évoque la situation au pays d'origine où l'accès au traitement poserait problème, et où la dialyse n'existerait pas dans toutes les villes et poserait des problèmes dans certaines villes où elle est pratiquée. Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir; CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012, Cependant, le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866), Enfin, signalons que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire'. L'intéressé peut aussi se rendre dans des villes où la dialyse est pratiquée.

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). »

Quant à la disponibilité de la dialyse au Cameroun, le médecin-conseil de la partie défenderesse, faisant référence aux données MedCOI, avait indiqué que l'hémodialyse était disponible.

4.2.1. A cet égard, le Conseil constate que, dans sa demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le requérant avait fait valoir, quant au traitement par dialyse, que

« plusieurs sources révèlent l'existence de quelques centres de dialyse au Cameroun. Ceux-ci sont cependant défectueux et totalement insuffisants pour pouvoir traiter tous les patients régulièrement. La presse fait d'ailleurs régulièrement état de problèmes intervenus dans les quelques centres de dialyse du pays et du fait qu'ils sont obligés de refuser des malades. En effet :

Un article publié sur Nkul Beti le 28 juillet 2011 et intitulé 'Plus de nouveaux malades à l'hôpital général de Yaoundé' (pièce 12) indique que :

'Depuis quatre mois, l'hôpital général de Yaoundé (Hgy) ne reçoit plus les nouveaux malades souffrant d'insuffisance rénale. Il n'y a plus de places disponibles pour rattacher ces malades dans le centre d'hémodialyse de cet hôpital très sollicité. C'est le seul hôpital de la région du Centre qui dispose d'un centre de dialyse, où est purifié le sang des patients dont le corps ne rejette plus les déchets. Seuls les cas d'urgence y sont traités désormais. Les nouveaux patients qui s'y rendent sont réorientés dans les trois autres centres d'hémodialyse du pays. Il s'agit des centres de dialyse des hôpitaux de Douala, Bamenda et Garoua. Malheureusement, à Bamenda, il n'y a plus de place pour les nouveaux patients et ceux-ci sont renvoyés ailleurs. Conséquence, à Yaoundé, le nombre de malades va sans cesse croissant. En moyenne, quatre nouveaux malades sont enregistrés chaque semaine.'

Un article publié sur Camer.be et intitulé 'Cameroun - CHU : un hôpital fantôme ' (pièce 13) révèle que :

'Depuis quelques jours, le centre d'hémodialyse est à l'arrêt tandis que plusieurs services sont sous-équipés. Aucun patient n'est visible ce lundi 29 avril 2013 au centre d'hémodialyse du Centre hospitalier universitaire de Yaoundé (Chuy). Les bancs qui accueillent les malades sont vides, à l'exception de quelques bancs occupés par des stagiaires en médecine. Dans l'une des salles de dialyse, une infirmière, reconnaissable à sa blouse verte, discute avec un homme. 'Le centre est fermé. Pour plus de précisions renseignez-vous à la direction générale', lâche l'homme en refermant soigneusement la porte derrière lui. En effet, ce centre, qui accueille une soixantaine de malades, n'est plus fonctionnel depuis mercredi dernier. 'Dans

l'attente de la livraison des kits de dialyse, le centre d'hémodialyse du Chuy est momentanément arrêté', indique une note du directeur général de cette formation hospitalière, Pr Maurice Nkam, datée du 24 avril dernier. 'les malades sont informés que les centres de Buea et de Bertoua les recevront pour continuer leur traitement', poursuit le texte. 'Nous avons redirigé les malades vers ces deux centres parce que ce sont les plus proches. Nous ne pouvons pas les orienter vers l'Hôpital général qui est déjà saturé', confie sous anonymat un personnel de ce service. Ce dernier ignore quand le centre reprendra ses activités. Surtout que la note du Dg ne le précise pas, se contentant juste de souligner que ce 'désagrément' ne dépend pas de l'hôpital. 'Dès livraison des kits, le centre reprendra', assure la note. 'L'absence des kits de dialyse n'est qu'une partie des problèmes que rencontre l'hôpital', lâche une infirmière. Un avis partagé par plusieurs de ses collègues. En effet, ces derniers déplorent la vétusté des équipements qui 'datent de la création de l'hôpital il y a 30 ans' ou encore l'insuffisance et/ou l'absence de plateau technique. 'Tous les équipements sont en panne : les radios et le scanner ne marchent plus. Il manque du savon dans les laboratoires. C'est inquiétant quand on pense aux bactéries que les gens y touchent', se plaint un technicien. Faut de matériel, les malades désireux de faire les examens de numération formule sanguine (Nfs) sont redirigés vers d'autres centres hospitaliers. 'Si dans un hôpital comme celui-ci, on ne peut même plus faire la Nfs, c'est la preuve que tout va mal', lâche Luc Charlie Arno Essomba, le représentant du Syndicat des personnels médico-sanitaires (Synpems) qui défend les intérêts du personnel fonctionnaire et de Cap Santé (pour ceux régis par le Code de travail). 'Il n'y a pas de désinfectant dans les laboratoires. Dernièrement, le major a dû sortir de sa poche pour acheter des gants', confie un étudiant en médecine, en stage depuis un mois au Chuy. ' (Voir également : Cameroon-Info.net, 'Cameroun - Insuffisance rénale : 11 malades meurent au CHU - A cause du dysfonctionnement intervenu au centre d'hémodialyse', 11 septembre 2013 (pièce 14) ; Cameroon-Info.net, 'Cameroun — Hôpital Général de Yaoundé : le service d'hémodialyse au ralenti ', 24 juillet 2013 (pièce 15) ; Le Quotidien Mutations, 'Cameroun: Douala — L'unité de dialyse ploie sous la demande, 17 août 2011 (pièce 16))' ».

4.2.2. Quant au coût du traitement de l'insuffisance rénale chronique, la partie requérante avait indiqué :

« Plusieurs sources révèlent, en outre, que le traitement est extrêmement cher et inaccessible pour beaucoup de malades.

Ainsi, un article publié sur Pressenza et intitulé 'De 250 000 FCFA à 8000 FCFA, l'hémodialyse est toujours plus chère au Cameroun' du 8 février 2015 (pièce 17) révèle que :

'5 000 FCFA c'est le prix qu'un patient doit déboursier pour se faire dialyser au Cameroun. [...]'

Un article publié sur Nkul Beti le 28 juillet 2011 et intitulé 'Plus de nouveaux malades à l'hôpital général de Yaoundé' (pièce 12) indique que :

'A chaque séance de dialyse, les patients doivent déboursier 5 000 FCfa, donc 10 000 F Cfa par semaine, hormis les produits et matériels qui vont avec. L'Etat subventionne chaque séance à hauteur de 105 000 francs cfa. Mais, c'est insuffisant, disent les patients. Plus encore, avant d'entamer le traitement, le malade doit déboursier une somme de 60 000francs Cfa pour l'achat du cathéter (tube de prélèvement qui sera introduit dans son corps), apprend-on du côté de Bamenda

Régine T., malade rattachée à l'hôpital général de Yaoundé, se plaint des coûts exorbitants du traitement et notamment des examens et tablettes à prendre. Elle estime à 250 000 francs Cfa les dépenses mensuelles pour sa santé. En plus de la séance de dialyse, elle doit prendre une piqûre de « néoricormone » pour éviter l'anémie. Ceci après chaque séance de dialyse. Une ampoule coûte 14 000 Francs Cfa, dit-elle.

Il y a également de nombreux examens à faire tous les mois, numération formule sanguine (Nfs), les taux de potassium, de calcium et de magnésium qu'il faut surveiller. « Vraiment, que l'Etat subventionne ces examens et les médicaments des patients d'insuffisance rénale. Ils coûtent très chers. C'est insupportable », supplie-t-elle. Près d'elle, Sandrine S., 42 ans, malade elle aussi, affirme que d'après une étude de l'Hgy, il faut déboursier au minimum 350 000 Francs Cfa par mois pour se soigner convenablement.

Personnellement, elle débourse 240 000 F Cfa chaque mois. Ceci en omettant de faire certains examens à ses risques et périls.'

Un document publié sur Camer.be et intitulé 'Dr Fouda Hermine '2 millions de personnes touchées au Cameroun par l'insuffisance rénale' (pièce 18) révèle que :

'Les dépenses pour le malade vont dépendre. On s'intéresse plus aux malades hémodialysés chroniques, mais les autres dépensent également. Quelqu'un qui a une maladie rénale chronique ou qui a une insuffisance rénale, avant d'entrer en dialyse doit être régulièrement consulté par les médecins. Il doit acheter les antihypertenseurs qui sont souvent assez coûteux. Ajouter à cela d'autres médicaments, parce que ce sont souvent des malades qui souffrent d'autres affections. Prenez par exemple un diabétique. Quand il aura son problème de rein il y aura son diabète qu'il faudra gérer, son hypertension, la goutte. Ça fait des ordonnances qui sont assez longues. C'est des malades qui, rien que pour leurs médicaments se retrouvent facilement à 50.000 Fcfa, voire 100.000 Fcfa de dépense par mois. Mais les malades pour lesquels on s'est plus intéressé ce sont les malades en dialyse. Cette dialyse doit être faite toute la vie. La séance coûte 5000 Fcfa. Avant que la subvention n'existe, elle coûtait entre 50.000 Fcfa et 60.000 Fcfa. Aujourd'hui quand même, si le patient donne 5000 Fcfa, l'Etat subventionne à hauteur de 55%. Il n'y a pas que la dialyse comme dépenses. Il y a les médicaments qu'il faut continuer à acheter, Les malades sont régulièrement anémiés. Ils doivent par moyenne utiliser deux; parfois plus, de poches de sang par mois. Il y a les médicaments qu'il faut continuer à prendre. Ce qui augmente les dépenses. Il y a aussi le coût des déplacements. Nous sommes à l'hôpital général. Ce n'est pas tout le monde qui vit aux alentours. Il y en a qui viennent d'Akwa (centre ville). Nous avons même des patients qui viennent de Nkongsamba, Mbanga, Bafoussam. Les dépenses vont au-delà de 150.000 Fcfa par mois. Et là c'est pour un malade dialysé stable. S'il est instable, les coûts vont au-delà de 500.000 Fcfa.'

Au vu de ces informations et de la situation personnelle de Monsieur A. A. (voir infra), il est clair qu'il n'aurait pas accès à un traitement adéquat et à un suivi médical régulier et adéquat en cas de retour au Cameroun ».

4.2.3. Quant à sa situation personnelle, le requérant avait fait valoir être marié, père de trois enfants mineurs et percevoir une pension de retraite de 141 500 FCFA ainsi qu'une allocation de 50 000 FCFA en tant que chef de village. Il avait également indiqué que son épouse percevait une rémunération mensuelle de 150 906 FCFA en tant que directrice d'une école maternelle. Il avait ajouté que

« La situation financière du requérant et de son épouse qui ont encore trois enfants mineurs à charge, ne leur permettrait donc pas de consacrer une partie de leur maigre budget aux importants soins de santé que nécessite l'état du requérant. Il y a lieu de rappeler que l'arrêt de sa dialyse entraînerait son décès à court terme. Il y a donc lieu de s'assurer que le requérant pourrait immédiatement avoir accès à une dialyse en cas de retour au Cameroun et que celle-ci puisse être assurée de manière régulière, quod non en l'espèce puisqu'il été démontré supra que le traitement que nécessite le requérant est peu disponible au Cameroun et extrêmement cher. »

4.3. Le Conseil constate que les éléments relatifs au coût important du traitement par dialyse au Cameroun et les éléments particuliers relatifs à la situation familiale et financière du requérant dont il avait fait état dans sa demande d'autorisation de séjour et dans les divers articles joints à celle-ci, ne sont aucunement rencontrés par le médecin-conseil de la partie défenderesse dans son rapport.

En effet, d'une part, celui-ci se limite à évoquer de manière générale le système de sécurité sociale au Cameroun qui permet, dans certaines circonstances, que soient couverts les risques d'invalidité, vieillesse et décès ; indique, sans plus de précisions, que certains soins médicaux sont dispensés gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux ; et fait référence à la possibilité pour le requérant, qui est un ingénieur à la retraite, de percevoir une pension de retraite. Le Conseil constate que ces informations ne permettent nullement de démontrer l'accessibilité des soins médicaux nécessaires au requérant dans son pays d'origine au regard des éléments précis et circonstanciés invoqués par le requérant.

Par ailleurs, le médecin-conseil fait référence au visa médical obtenu en mars 2015 par le requérant en indiquant :

« Pour obtenir le visa pour soins médicaux, l'intéressé a prouvé qu'il est capable de financer par lui-même des soins au Cameroun, et a présenté toutes les garanties financières (cfr demande de visa). Rien dans le dossier ne prouve qu'une fois de retour au Cameroun, il ne pourra plus se retrouver dans la situation antérieure qui lui a permis de se prendre en charge financièrement au point où il était capable de financer les soins sur place, ainsi que son voyage pour les soins médicaux en Belgique. »

A cet égard, le Conseil constate, à l'instar de la partie requérante, qu'il ressort du dossier administratif que cette demande de visa a été introduite afin que le requérant puisse subir, en Belgique, une opération chirurgicale urologique bien précise et non afin de recevoir, notamment, un traitement permanent pour une insuffisance rénale chronique qui n'a été mis en place, en Belgique, qu'après cette opération. La situation financière du requérant a donc été prise en compte par la partie défenderesse afin de déterminer la capacité du requérant à prendre en charge les coûts de son séjour en Belgique et de cette opération chirurgicale et non celui du traitement et suivi d'une insuffisance rénale chronique additionné de celui des deux autres pathologies du requérant. Le Conseil considère dès lors que ce motif de l'avis du médecin-conseil, sur lequel repose la décision attaquée, procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

D'autre part, le médecin-conseil de la partie défenderesse a également indiqué que

« le requérant est chef de village [...]. Et qu'en tant que chef du village, il occupe un échelon dans l'organisation administrative au Cameroun, échelon régit par un décret de 1977 (https://fr.wikipedia.org/wiki/Chefferie_traditionnelle_au_Cameroun). L'intéressé peut aussi user de son statut pour bénéficier des soins médicaux dont il a besoin. »

Le Conseil estime que ce motif ne permet pas non plus de démontrer l'accessibilité des soins et suivis dont le requérant a besoin dans son pays d'origine. En effet, la référence relative à la page du site Wikipedia relative aux chefferies traditionnelles au Cameroun ne permet nullement - pas plus que les autres documents versés au dossier administratif - de comprendre la raison pour laquelle le requérant pourrait « user de son statut pour bénéficier des soins médicaux dont il a besoin ».

Enfin, s'agissant du coût du traitement et suivi de l'insuffisance rénale chronique au Cameroun dont le requérant invoque qu'il serait trop important par rapport aux revenus de son ménage et des problèmes invoqués relatifs à l'instabilité de la disponibilité du traitement par dialyse, la partie défenderesse a estimé que

« Par ailleurs, l'intéressé évoque la situation au pays d'origine où l'accès au traitement poserait problème, et où la dialyse n'existerait pas dans toutes les villes et poserait des problèmes dans certaines villes où elle est pratiquée. Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir; CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012, Cependant, le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866), Enfin, signalons que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire'. [...] Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). »

A cet égard, le Conseil estime que la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée au regard des informations précises et circonstanciées apportées par le requérant à l'appui de sa demande. La partie défenderesse fournit en effet une réponse générale usitée et limitée dans le cadre de l'article 3 de la CEDH, sans donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour, lesquels sont corroborés par des documents joints à cette demande et que, pour la question du coût du traitement au Cameroun, le médecin-conseil n'aborde même pas.

Quant au motif selon lequel

« L'intéressé peut aussi se rendre dans des villes où la dialyse est pratiquée »,

outre qu'il ne constitue nullement une réponse aux éléments invoqués quant à l'accessibilité financière du traitement, il ne permet pas de remettre en cause les éléments relatifs à l'instabilité de la disponibilité et de l'accessibilité de l'hémodialyse au Cameroun vu la saturation régulière de plusieurs centres qui y pratiquent la dialyse, évoquée, articles de presse à l'appui, par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour.

Partant, force est de constater qu'il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie la partie défenderesse, que les soins médicaux que nécessite l'état de santé du requérant sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée à cet égard, au vu de la situation individuelle de celui-ci.

4.4.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse se contente de se référer, « concernant la qualité et le coût [du traitement et du suivi de l'insuffisance rénale chronique] », à une jurisprudence du Conseil de céans selon laquelle

« [...] l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'un traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine ou de reprise, il suffit qu'un traitement approprié y soit possible. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine ou de reprise et en Belgique [...] ».

A cet égard, le Conseil observe qu'en l'espèce, il n'est nullement reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir effectué une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au Cameroun et en Belgique mais bien de ne pas avoir vérifié, au regard des informations apportées à l'appui de sa demande par le requérant, relatives à la saturation régulière des centres de dialyse, qu'un traitement approprié d'hémodialyse était bien disponible et accessible au Cameroun.

4.4.2. S'agissant des développements de la note d'observations selon lesquels

« Le requérant ne peut contester valablement qu'il peut avoir recours au système de sécurité sociale existant au Cameroun puisqu'il reconnaît qu'il était ingénieur et qu'il est actuellement à la retraite de sorte qu'il perçoit une pension de retraite. Outre le fait qu'il perçoit une pension de retraite, il est chef de son village d'origine et bénéficie en cette qualité d'une indemnité.

Le requérant s'en défend en indiquant que les montants ne sont pas importants. Or, il n'est pas inutile de préciser qu'il convient d'avoir égard au niveau de vie au Cameroun de sorte que les montants dont il dispose sont suffisants d'autant plus qu'il ressort du dossier administratif que son épouse est directrice d'une école maternelle au Cameroun et dispose toujours d'une rémunération et/ou d'une pension de retraite.

Par ailleurs, son épouse est retournée au Cameroun avec les enfants mineurs et réside à Yaoundé de sorte qu'il ne peut prétendre ne pas avoir d'hébergement, ni aucune prise en charge dans son pays d'origine.

C'est également à bon droit que la partie adverse rappelle que le requérant a démontré avant son arrivée en Belgique bénéficier des moyens suffisamment pour son séjour et sa prise en charge médicale et les frais de retour. Il ne peut prétendre qu'il ne peut en être de même en cas de retour au pays d'origine (sic), au regard des éléments financiers précités.

[...]

Rappelons qu'au regard de sa situation personnelle, le requérant réside à Yaoundé, soit à un endroit où l'hémodialyse se pratique et où les médecins spécialistes sont présents. Par ailleurs, il a été démontré que le requérant, contrairement à d'autres personnes de la population camerounaise, dispose d'un revenu de retraite sur base de la profession qu'il avait exercée durant de nombreuses années, soit ingénieur, qu'il a en outre une indemnité en tant que chef de son village natal et enfin que son épouse était toujours mentionné dans sa demande de visa de juin 2016, comme exerçant toujours la profession d'enseignante, en réalité directrice d'une école maternelle (comme précisé dans la demande de visa antérieure en 2015).

L'ensemble de ces éléments personnels démontre bien que les soins et suivis restent accessibles au requérant en cas de retour au pays d'origine »,

le Conseil observe qu'ils ne sont pas de nature à remettre en cause ce qui précède dès lors qu'ils consistent soit en une réitération des motifs de l'avis du médecin-conseil soit en une motivation *a posteriori* de la décision attaquée qui ne rencontre d'ailleurs, pas plus que celle-ci, les éléments

invoqués par la partie requérante quant aux difficultés d'accès et de disponibilité du traitement et suivi, nécessaires au requérant, au pays d'origine de celui-ci.

Les autres arrêts du Conseil de céans cités par la partie défenderesse ne sont pas de nature à remettre en cause le constat de la violation par la partie défenderesse de son obligation de motivation formelle de la décision attaquée.

4.5. Il ressort de ce qui précède que la première branche du moyen est à cet égard fondée et suffit à l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen pris en termes de requête qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

5. Débats succincts

Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

La décision attaquée étant annulée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 3 août 2016, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-neuf mai deux mille dix-sept par :

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

J.-C. WERENNE