

## Arrêt

n° 322 615 du 27 février 2025  
dans l'affaire X / III

**En cause :** X  
X

**Ayant élu domicile :** au cabinet des Maîtres D. ANDRIEN et F. LAURENT  
Mont Saint-Martin, 22  
4000 LIÈGE

**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 PRESIDENTE F.F. DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 8 janvier 2024, par X et X qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et des ordres de quitter le territoire, pris le 22 novembre 2023.

Vu le titre I<sup>er</sup> 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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 15 janvier 2024 avec la référence X

Vu le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 décembre 2024 convoquant les parties à l'audience du 24 janvier 2025.

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

Entendues, en leurs observations, Me F. LAURENT *locum tenens* Me D. ANDRIEN, avocate, qui comparaît pour les parties requérantes, et Me M. ELJASZUK *locum tenens* Me E. DERRIKS, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1. Les parties requérantes sont arrivées en Belgique le 20 janvier 2019 sous le couvert d'un visa court séjour. Ce visa a été prorogé jusqu'au 9 septembre 2019 pour « *raisons humanitaires* ».

1.2. Le 4 juillet 2019, les parties requérantes ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 4 mai 2020, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de chacune des parties requérantes. Par un arrêt n° 253 200 du 21 avril 2021, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a annulé ces décisions.

Le 11 mars 2022, le 28 novembre 2022, le 28 mars 2023 les parties requérantes ont complété leur demande susvisée.

Le 22 novembre 2023, la partie défenderesse a, de nouveau, déclaré cette demande recevable mais non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de chacune des parties requérantes.

- En ce qui concerne la décision déclarant la demande d'autorisation de séjour non fondée (ci-après : le premier acte attaqué) :

**« 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 [N.S.V.] invoque un problème de santé, à l'appui de leur 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 des requérants.*

*Dans son avis médical remis le 22.11.2023, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles 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,*

*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 vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.*

*Du point de vue médical, nous pouvons conclure que ces pathologies n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Cameroun.*

*Il ne peut également 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. »*

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (annexe 13) visant la première partie requérante (ci-après : le deuxième acte attaqué) :

**« MOTIF DE LA DECISION :**

*L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> 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*

*Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 " Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné." la situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :*

- *L'intérêt supérieur de l'enfant :*

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

- *La vie familiale :*

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

- *L'état de santé :*

*Selon l'avis médical dd 22.11.2023, aucune contre-indication médicale à voyager*

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

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (annexe 13) visant la seconde partie requérante (ci-après : le troisième acte attaqué) :

**« MOTIF DE LA DECISION :**

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

*En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :*

*L'étrangère n'est pas en possession d'un visa valable*

*Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 " Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné." la situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :*

- *L'intérêt supérieur de l'enfant :*

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

- *La vie familiale :*

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

- *L'état de santé :*

*Selon l'avis médical dd 22.11.2023, aucune contre-indication médicale à voyager*

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

1.3. Le 21 décembre 2023, les parties requérantes ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 9 décembre 2024, la partie défenderesse a accepté cette demande et leur a délivré un titre de séjour limité, valable un an et six mois.

## **2. Question préalable**

2.1. Lors de l'audience du 24 janvier 2025, la Présidente interpelle les parties quant au maintien de l'intérêt au recours au regard de la délivrance aux parties requérantes d'une autorisation de séjour, le 9 décembre 2024, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, pour une durée de 1 an et demi.

Le conseil de parties requérantes déclare maintenir un intérêt au recours, dès lors que la prolongation de ces autorisations de séjour est conditionnée, notamment à la preuve de ne pas dépendre des pouvoirs publics et à leur intégration.

La partie défenderesse s'en réfère à l'appréciation du Conseil à cet égard.

2.2. A cet égard, le Conseil rappelle que l'intérêt au recours, qui doit persister jusqu'au prononcé de l'arrêt, constitue une condition de recevabilité de celui-ci et que « l'intérêt tient dans l'avantage que procure, à la

suite de l'annulation postulée, la disparition du grief causé par l'acte entrepris » (P.LEWALLE, Contentieux administratif, Bruxelles, Ed. Larcier, 2002, p. 653, n° 376).

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

### **3. Examen du moyen d'annulation**

3.1.1. Les parties requérantes prennent un moyen unique de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), de l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des articles 5, 12 et 13 de la Directive 2008/115/CE du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier (ci-après : la directive 2008/115/CE), des articles 7, 9ter, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du « devoir de minutie », des « droits de la défense », du « droit à un recours effectif » et du « droit à être entendu », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

3.1.2. Dans un deuxième grief, sous un point « b) Quant à l'accessibilité des soins au Cameroun », les parties requérantes font valoir que, dans leur demande visée au point 1.2. du présent arrêt, elles avaient fourni « une multitude d'informations quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins au Cameroun. Une étude minutieuse du système sanitaire avait été effectuée et transmise à la partie adverse avant la prise de la décision contestée ».

Sur la motivation de l'avis médical du fonctionnaire médecin selon laquelle les informations transmises ont un caractère général et ne concernent pas la première partie requérante, elles lui font grief de commettre une erreur manifeste d'appréciation dans la mesure où les informations communiquées à l'appui de leur demande susvisée dénoncent des défaillances dans la prise en charge et le traitement des maladies au Cameroun de manière générale, « mais aussi plus spécifiquement les problèmes dans la prise en charge des cancers (pathologie dont souffre le requérant) ainsi que le manque d'accès à des spécialistes ». Elles reprochent également à la partie défenderesse de produire des informations tout aussi générales pour affirmer que les soins sont accessibles en l'espèce.

Reproduisant ensuite un extrait de l'arrêt du Conseil n° 253 200 du 21 avril 2021 qui avait annulé les précédentes décisions de la partie défenderesse les concernant, elles estiment que la partie défenderesse n'a fait que reproduire des considérations théoriques, sans s'assurer que celles-ci s'appliquaient bien à leur situation personnelle.

3.1.3. Les parties requérantes poursuivent en affirmant que la partie défenderesse « qui affirme que le requérant aura accès aux soins de santé en se fondant sur les informations tirées de sites internet sans procéder à une appréciation concrète et individuelle du cas de l'espèce, commet une erreur manifeste d'appréciation, ne motive pas valablement sa décision en méconnaissance des articles 9ter et 62 de la loi sur les étrangers et méconnait le devoir de minutie ». Elles ajoutent que les sources disponibles font état de la non-existence d'une sécurité sociale adéquate au Cameroun et appropriée au cas d'espèce.

Reproduisant ensuite un extrait de la motivation de l'avis médical du fonctionnaire médecin, elles exposent que la seconde partie requérante perçoit l'équivalent de 137,2 euros par mois et que la première partie requérante perçoit l'équivalent de 597,35 euros par mois. Elles affirment que « Néanmoins, ces pensions correspondent à des revenus de remplacement, et ne permettent donc pas du tout un remboursement des soins médicaux. Le défendeur confond système de sécurité sociale et assurance maladie ».

Critiquant ensuite la motivation de l'avis médical, car elles estiment que les informations qu'il contient ne sont pas pertinentes pour évaluer l'accessibilité des soins de santé au Cameroun, ne donnant aucun élément sur le coût des soins de santé, elles soutiennent qu'une telle information est à tout le moins nécessaire pour évaluer la possibilité pour eux de prendre en charge ces coûts.

Faisant ensuite valoir qu'elles avaient précisé dans leur demande visée au point 1.2. du présent arrêt qu'elles n'ont ni assurance sociale ni mutuelle au Cameroun, elles soutiennent qu'il leur est difficile de prouver un fait négatif, mais que cela peut être déduit de leur obligation à souscrire une assurance Schengen dans le cadre de leur demande de visa. Elles affirment ensuite que leurs pensions ne peuvent être considérées comme des assurances courant les frais liés aux maladies.

3.1.4. Critiquant ensuite la motivation de l'avis médical à propos des mutuelles camerounaises, les parties requérantes reproduisent plusieurs extraits d'articles et de sites internet et soutiennent que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 requiert de démontrer que les soins ne seraient pas accessibles au pays d'origine. Elles ajoutent que « si les mutuelles de santé ne sont pas accessibles à la population, donc aux requérants, les soins de santé ne peuvent l'être également » et qu'« il ne ressort pas de la décision attaquée que la partie adverse a obtenu des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux requérants ».

3.1.5. Dans un point intitulé « Quand au soutien [sic] possible des requérants au Cameroun », après avoir exposé un extrait de l'avis médical du fonctionnaire médecin, elles font grief à ce dernier de ne pas procéder à un examen individuel de leur situation sociale dans leur pays d'origine, « ce qui ne permet aucunement de garantir qu'ils bénéficieront effectivement d'une aide suffisante pour prendre en charge les couts du traitement, des suivis médicaux, des multiples examens médicaux nécessaires et des hospitalisations ».

Reproduisant ensuite un extrait de leur demande visée au point 1.2. du présent arrêt, elles reprochent à la partie défenderesse d'uniquement tenir compte de leur situation lors de leur demande de visa, en 2019, qui ne correspond pas à leur situation actuelle. Elles ajoutent que « Rien n'indique au contraire qu'ils disposent d'un entourage au Cameroun, alors que leur fille se trouve en Belgique. Si la partie adverse rappelle qu'il existe une condition de disposer d'attacher suffisantes au Cameroun pour la délivrance du visa, elle ne se prononce absolument pas sur la situation individuelle des requérants ».

Elles font ensuite grief au fonctionnaire médecin de ne pas avoir tenu compte de l'état de santé de la seconde partie requérante, alors que « dans 4 compléments (**pièces 3 à 6**), les requérants ont fourni divers documents médicaux attestant de l'état de santé de Madame [B.] afin d'attester de l'impossibilité pour cette dernière de s'occuper seule de Monsieur [N.] ».

3.2.1. A titre liminaire, sur le moyen unique, ainsi circonscrit, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué. Or, en l'occurrence, les parties requérantes s'abstiennent d'expliquer de quelle manière le premier acte attaqué violerait les articles 5, 12 et 13 de la Directive 2008/115/CE, les « droits de la défense », le « droit à un recours effectif » et le « droit à être entendu ». Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces principes et dispositions.

3.2.2.1. Sur le reste du moyen unique, ainsi circonscrit, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjournner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts*

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

2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par les parties requérantes. Elle n'implique que l'obligation d'informer les parties requérantes 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 des intéressés. Il suffit par conséquent que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre aux destinataires 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.

3.2.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 22 novembre 2023, lequel indique, en substance, que la première partie requérante souffre d'une « Néoplasie prostatique ayant bénéficié d'une cure chirurgicale et d'une radiothérapie », de « Poly arthropathie goutteuse », de « Diabète sans traitement depuis octobre 2018 », de « Hypercholestérolémie (pas de bilan biologique récent) », d' « Hypertension artérielle » et d' « Hernie inguinale opérée », pathologies nécessitant un traitement médicamenteux composé de « Decapeptyl (triptoreline) : traitement palliative du cancer de la prostate avancée », « Adenuric (febuxostat) : traitement de l'hyperuricémie », « Zanidip (lercanidipine): traitement de l'hypertension artérielle », « Coversyl (péridopril): traitement de l'hypertension artérielle », « Burinex (Bumétanide): traitement de l'hypertension artérielle », « Tamsulosine (tamsulosine): traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate », « Lyrica (Pregabalin) : traitement anti épileptique, des douleurs neuropathiques », « Dafalgan (paracétamol) : traitement antalgique », « D-Cure (Colécalciférol): traitement des carences en Vitamine D » et de « +/- atorvastatine (atorvastatine) : traitement hypolipémiant (ce dernier recommandé mais non retrouvé par la suite) » ainsi qu'un « Suivi régulier : cardiologie, oncologie, rhumatologie, endocrinologie, chirurgie abdominale, médecin traitant, Holter ECG ».

Ce dernier a toutefois estimé que « 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 vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.», pour en conclure qu' « Il ne peut également 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 ».

3.2.3. S'agissant de l'accessibilité du traitement au pays d'origine, le fonctionnaire médecin a, dans son avis médical exposé les considérations suivantes :

« Pour démontrer l'inaccessibilité des soins au Cameroun, le conseil de Mr [N.S.V.] fait mention à des nombreuses références et rapports tendant à démontrer qu'il n'existe pas de possibilité de traitement adéquat au pays d'origine pour les pathologies dont souffrirait son client. Il ajoute que la qualité des soins resterait insuffisante en raison des infrastructures, plateaux techniques peu adéquats. Que l'accès aux soins spécialisés serait faible en raison du coût des prestations élevées. Selon lui, il n'existe pas de conditions concrètes d'accès aux soins ni la possibilité de supporter financièrement les frais occasionnés.

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

Notons que le fait de dénoncer des défaillances dans la prise en charge et le traitement des maladies (cancer dans ce cas précis) au pays d'origine ou de retour de manière générale sans les avoir relié à la situation spécifique du requérant ne permet pas de conclure à l'inaccessibilité des soins dans ce pays. Aussi pour le relatif faible nombre de spécialistes dans le pays d'origine, et si la disponibilité de ce type de suivi a été démontrée, cela traduit l'accessibilité des soins dans ce pays si l'intéressé reste en défaut de démontrer qu'il n'aurait pas accès à un traitement chez l'un de ceux-ci. (Arrêt CCE 243882 du 10.11.2020). Dans ce cas précis, la pièce 15 concerne le rapport de l'OSAR du 15 février 2019, la pièce 16 traite de la lutte contre le cancer, l'article n° 17 concerne les hôpitaux camerounais et le 18 parle du personnel médical au Cameroun. Rien ne démontre que les différents éléments sont reliés à la situation spécifique du requérant.

Le conseil affirme également qu'en cas d'arrêt de traitement, le cancer prostatique évoluera et qu'il convient de maintenir au long cours l'hormonothérapie si-celle-ci- est efficace. Force est de constater que cette affirmation n'est pas étayée d'une « démonstration scientifique probante Rien ne démontre que l'arrêt du traitement conduirait à faire évoluer la pathologie.

Par ailleurs, le site internet [https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_cameroun.html](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_cameroun.html), nous renseigne quela sécurité sociale camerounaise comporte 3 branches gérées par la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale (CNPS) : prestations familiales ; accidents du travail et maladies professionnelles ; puis vieillesse,

*invalidité, décès(survivants). 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 cependant gratuitement dans des établissements de santé gouvernementaux. Depuis le 3 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. Le montant de la cotisation représente 8,40 % du revenu mensuel moyen sans que ce revenu ne soit inférieur au SMIG, ni supérieur au plafond des rémunérations en vigueur (750 000 F CFA). Les travailleurs salariés et les assurés volontaires ouvrent droit aux prestations de l'assurance pensions dans les mêmes conditions. 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 au cours des 10 années précédant la date d'admission à la pension ;
- avoir cessé toute activité salariée/rémunérée.

*Est considéré comme invalide, l'assuré qui a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales le rendant incapable de gagner plus de 1/3 de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation, peut se procurer par son travail. La pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de 60 ans.*

*Rappelons que les requérants auraient déclaré dans leur demande de visa que Mr Nyemb Samuel travaillé comme fonctionnaire dans son pays d'origine et que son épouse toucherait une pension de 90.300 FCFA nets par mois (environ 138 euros). Ils n'apportent aucun élément qui attestent qu'ils n'auraient pas droit à une pension de vieillesse ni d'invalidité alors qu'ils ont travaillé dans leur vie. Notons qu'il incombe au requérant d'étayer ses allégations (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).*

*De plus, notons 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. A titre d'exemple, citons, la mutuelle communautaire de santé de Yaoundé" qui a pour objectif d'assurer l'accès aux soins de santé de qualité aux habitants en général et en particulier ceux de la ville de Yaoundé. La prise en charge 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. Toutefois, les mutualistes paient un ticket modérateur de 25 % pour les soins ambulatoires et de 50 % pour la chirurgie dans certaines MS. Les MS retrouvées dans l'ensemble des régions du Cameroun sont accompagnées techniquement ou financièrement par les institutions suivantes : Minsanté, GTZ, Unicef, Banque africaine de développement (BAD), OMS, Coopération française, Coopération belge, Saïd, Assoal, Bepha, Promuscam, etc. La GTZ intervient essentiellement dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et du Littoral. La Coopération belge est présente dans la région de l'Extrême-Nord et le Saïd dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et de l'Ouest. La BAD initié en 2006 des études pour mettre en place des MS dans onze districts de santé des régions du Sud et du Centre. L'intéressé aura intérêt de s'affilier à une mutuelle de santé en cas de nécessité.*

*Quant à la thèse selon laquelle la survie des MS au Cameroun ne serait pas garantie, particulièrement pour les Mutualités territoriales, et aussi la faible adhésion à celle-ci, il est à noter que le rôle de demande Ster n'est pas d'obliger le requérant de s'affilier à telle ou telle autre mutuelle de santé, mais de chercher à démontrer qu'il existe une mutuelle de santé dont le but est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité afin de supprimer les barrières financières et, si nécessaires, les barrières géographiques à l'accès à ces soins.*

*Notons que le but de 9ter n'est pas de démontrer la viabilité des structures mutualistes. Rien ne prouve qu'en s'affiliant à une mutuelle de santé de leur choix qu'ils seraient dans une situation financière qui ne leur permettrait pas de financer les soins sur place étant donné qu'ils ont été capable de financer leur voyage en Belgique.*

*Quant à l'accessibilité aux médicaments, ces derniers peuvent être couverts par la police d'assurance en fonction de l'organisation et de la politique de santé d'une entreprise. Et concernant l'assurance/ mutuelle de santé, il est à noter que chaque citoyen du Cameroun est libre de souscrire une assurance maladie auprès d'une compagnie de son choix." Les mutualités de santé qui se développent depuis 2001 dans le pays, ont atteint le nombre de 120 en 20068, et 158 en 20104. La plupart des mutualités de santé prennent en charge les soins de santé primaires et secondaires à concurrence de 75 à 100 % des frais.*

*Selon le rapport de la Stratégie Sectorielle de Santé? (SSS) 2001-2015, les prix des médicaments essentiels ont été uniformisés dans le secteur public et leurs coûts sont abordables, même dans les zones reculées où l'indice de pauvreté est élevé. Par ailleurs, une politique de gratuité est appliquée pour plusieurs produits médicaux dans le cadre des programmes prioritaires, ce qui constitue un avantage pour les groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes... ).*

*A titre subsidiaire, les intéressés auraient déclaré être arrivés dans le Royaume munis d'un visa de type C. Il a été invité avec son épouse par leur fille, [F.M.C.]. La lecture du dossier administratif des requérants permet de constater que Mr [N.S.V.] a fourni ses bulletins de pension (593.69 euros/mois avec un relevé de compte de 5.399.52 euros). Aussi, l'une des conditions requises en vue de l'obtention de ce VISA est de démontrer qu'ils disposent des attaches avec leur pays ou leur famille ; produire un garant suffisamment solvable, une réservation d'avion et une assurance-voyage: Ici les requérants ont démontré qu'ils ont leur fille en Belgique et qu'ils avaient des revenus propres en suffisance le temps de leur séjour sur le sol belge. Rien n'indique qu'en cas de retour au pays d'origine leurs proches ne pourront s'occuper d'eux. Aussi, les intéressés ne démontrent pas qu'ils ne pourraient continuer à toucher leur pension ou bénéficier de l'aide de leurs proches ou de leurs relations établis au Cameroun en cas de nécessité.*

*A titre infiniment subsidiaire, précisions que Mr [N.S.V.] peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011).*

*Il n'en reste pas moins que l'intéressé 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). Rappelons aussi 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 ».*

*Et 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'intéressé 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 ».*

3.2.4.1. A titre préalable, le Conseil relève que le dossier administratif déposé au greffe est manifestement incomplet, la demande visée au point 1.2. du présent arrêt, ainsi que les documents déposés à l'appui de celle-ci ne s'y trouvant pas. Seuls les compléments transmis par les parties requérantes à la partie défenderesse le 11 mars 2022, le 28 novembre 2022 et le 28 mars 2023 se trouvent au dossier administratif.

A cet égard, il rappelle, d'une part, que l'article 39/59, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, dispose que « *Lorsque la partie défenderesse ne transmet pas le dossier administratif dans le délai fixé, les faits cités par la partie requérante sont réputés prouvés, à moins que ces faits soient manifestement inexacts* » et, d'autre part, qu'il ressort de la jurisprudence du Conseil d'Etat à laquelle il se rallie que cette disposition est également applicable lorsque le dossier déposé est incomplet (dans le même sens : C.E., arrêt n° 181.149 du 17 mars 2008).

3.2.4.2. En termes de requête, les parties requérantes font valoir que, dans leur demande visée au point 1.2. du présent arrêt, elles avaient fourni « une multitude d'informations quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins au Cameroun. Une étude minutieuse du système sanitaire avait été effectuée et transmise à la partie adverse avant la prise de la décision contestée ». Elles affirment également que les informations communiquées à l'appui de leur demande susvisée dénoncent des défaillances dans la prise en charge et le traitement des maladies au Cameroun de manière générale, « mais aussi plus spécifiquement les problèmes dans la prise en charge des cancers (pathologie dont souffre le requérant) ainsi que le manque d'accès à des spécialistes ».

Force est de constater qu'en l'absence de dossier administratif complet et la partie défenderesse n'ayant pas déposé de note d'observations, ces affirmations sont réputées prouvées, conformément à l'article 39/59, § 1<sup>er</sup> alinéa 1<sup>er</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

3.2.4.3. Il revient dès lors au Conseil de vérifier si le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a, dans son avis médical, suffisamment vérifié l'accessibilité de la prise en charge des cancers et des traitements par des spécialistes au pays d'origine.

En l'espèce, le fonctionnaire médecin a considéré, à ce propos que « *le fait de dénoncer des défaillances dans la prise en charge et le traitement des maladies (cancer dans ce cas précis) au pays d'origine ou de retour de manière générale sans les avoir relié à la situation spécifique du requérant ne permet pas de conclure à l'inaccessibilité des soins dans ce pays. Aussi pour le relatif faible nombre de spécialistes dans le pays d'origine, et si la disponibilité de ce type de suivi a été démontrée, cela traduit l'accessibilité des soins dans ce pays si l'intéressé reste en défaut de démontrer qu'il n'aurait pas accès à un traitement chez l'un de ceux-ci. (Arrêt CCE 243882 du 10.11.2020). Dans ce cas précis, la pièce 15 concerne le rapport de l'OSAR du 15 février 2019, la pièce 16 traite de la lutte contre le cancer, l'article n° 17 concerne les hôpitaux camerounais et le 18 parle du personnel médical au Cameroun. Rien ne démontre que les différents éléments sont reliés à la situation spécifique du requérant ».*

Si les parties requérantes ont en effet produit des documents présentant un caractère général et non relié à la situation spécifique de la première partie requérante, force est toutefois de constater que les parties requérantes affirment également en termes de requête avoir produit des documents décrivant la situation générale d'une certaine catégorie de personnes dans un pays donné, à savoir celle des personnes atteintes du cancer au Cameroun. Elles mettent ainsi en lumière des défaillances dans la prise en charge et le traitement des maladies au Cameroun de manière générale, « mais aussi plus spécifiquement les problèmes dans la prise en charge des cancers (pathologie dont souffre le requérant) ainsi que le manque d'accès à des spécialistes ».

Dès lors qu'une personne appartient à la catégorie en question, à savoir les personnes atteintes du cancer, ce qui n'est nullement contesté en l'espèce, il ne saurait être soutenu qu'elle ne se trouverait pas, *a priori*, dans la situation générale vécue par les autres personnes de ladite catégorie. Il est évident que des exceptions doivent exister : certaines personnes de la catégorie en question ont sans doute eu accès à un « suivi médical rigoureux et régulier ». Il ne peut toutefois s'agir de rien de plus que d'exceptions, sans quoi ces cas constitueraint la situation générale.

Il ne saurait être imposé à la première partie requérante de prouver qu'elle se trouverait bien, en cas de retour au pays d'origine, dans la même situation que la plupart des gens appartenant à la même catégorie qu'elle. Le simple fait d'être ce qu'elle est - en l'espèce : atteinte d'un « cancer de la prostate » - constitue une présomption suffisante. Au contraire, c'est à la partie défenderesse qu'il appartient, le cas échéant, de démontrer que la première partie requérante constituerait une exception.

En effet, au regard du raisonnement appliqué par la partie défenderesse dans le premier acte attaqué, il semble que la première partie requérante, dès lors qu'elle réside actuellement en Belgique, se trouve dans une impasse kafkaïenne : afin d'établir qu'elle n'aurait pas accès aux soins nécessaires dans son pays d'origine, elle ne peut que produire des documents que la partie défenderesse qualifie de « généraux ». En effet, le Conseil ne se représente pas ce que pourraient être des documents « personnalisés », sauf à exiger de la première partie requérante qu'elle retourne dans son pays d'origine, soit victime de traitements inhumains et dégradants et en transmette la preuve à la partie défenderesse, en espérant que ces traitements n'aient pas mené à son décès.

En outre, s'il est de jurisprudence constante que « *c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande qu'il incombe d'en aviser l'administration compétente, tandis que l'administration n'est, pour sa part, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des éléments allégués, ni de l'interpeller préalablement à sa décision, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie* » (C.C.E., n° 119.422 du 25 février 2014), il ne saurait toutefois être exigé plus d'un demandeur qui a démontré, d'une part, que telle catégorie de personnes se trouve dans une situation générale donnée, et, d'autre part, qu'il appartient à cette catégorie de personnes, dès lors qu'une preuve personnalisée serait immensément difficile voire impossible à obtenir.

3.2.4.4. Partant, il incombait au fonctionnaire médecin de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine en tenant compte des documents transmis par les parties requérantes. La partie défenderesse n'a pas répondu de façon satisfaisante à cet aspect de la demande dans le premier acte attaqué, en sorte qu'elle n'a pas permis à la première partie requérante d'en comprendre les motifs, puisqu'elle a insuffisamment analysé sa situation individuelle, au regard des pathologies dont elle est atteinte.

3.2.5.1. En outre, comme indiqué par les parties requérantes en termes de requête, il paraît à tout le moins paradoxal de la part du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de reprocher aux parties requérantes de se fonder sur des sources générales afin de prouver l'inaccessibilité des soins, alors que c'est précisément ce qu'elle se contente de faire dans son avis médical afin d'en prouver l'accessibilité.

En effet, celle-ci se limite à reproduire des considérations générales à propos de la sécurité sociale camerounaise, de statistiques à propos des employés dans les soins de santé, des mutualités présentes au Cameroun, de polices d'assurance, du prix des médicaments, sans jamais expliquer en quoi ces différents régimes pourraient s'appliquer à la première partie requérante.

3.2.5.2. En effet, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence de la référence au site internet « [https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_cameroun.html](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_cameroun.html) » et au régime de la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), étant donné que celle-ci ne prévoit pas de couverture pour les soins de santé.

Par ailleurs, il n'est nullement contesté que les parties requérantes touchent une pension au pays d'origine. Les parties requérantes soutiennent néanmoins que « ces pensions correspondent à des revenus de

remplacement, et ne permettent donc pas du tout un remboursement des soins médicaux. Le défendeur confond système de sécurité sociale et assurance maladie ».

A cet égard, alors que le fonctionnaire médecin relève que les parties requérantes ont fait notamment valoir que « *l'accès aux soins spécialisés serait faible en raison du coût des prestations élevées* », force est de constater qu'il n'appréhende nullement la question de savoir si ses prestations seraient accessibles à la première partie requérante par l'entremise du montant de leur pension, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivis nécessaires à la première partie requérante.

3.2.5.3. Par ailleurs, l'allégation selon laquelle « *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* » ne paraît nullement adéquate ni suffisante, et se contente de faire état d'allégations générales purement descriptives, alors que la partie défenderesse formule ce reproche quant aux éléments fournis par les parties requérantes à l'appui de leur demande.

3.2.5.4. Quant aux considérations extrêmement générales à propos des mutuelles disponibles au Cameroun et de l'accessibilité des médicaments par l'entremise de ces mutuelles, les parties requérantes soutiennent qu'elles avaient précisé dans leur demande visée au point 1.2. du présent arrêt qu'elles n'ont ni assurance sociale ni mutuelle au Cameroun. Cet élément ne semble pas avoir été pris en compte par la partie défenderesse dans la motivation du premier acte attaqué.

En tout état de cause, le Conseil observe, ainsi que le soulève les parties requérantes, qu'il ressort d'une source sur laquelle le fonctionnaire médecin s'est appuyé dans son avis précité, soit un article intitulé "Erudit, L'Economie sociale dans le monde, Emergence des mutuelles de santé au Cameroun, avril 2015, pp. 7-8, disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/recma/2015-n336-recma01831/1030158ar.pdf> », que « La survie des MS au Cameroun n'est pas garantie, particulièrement pour les mutuelles territoriales, qui ont tendance à s'éteindre après une très courte période (un à trois ans pour la plupart), du fait du cycle court des projets d'appui, de la très faible adhésion et du retrait progressif des adhérents. Les raisons de la faible adhésion aux MS sont multiples. Elles sont d'ordre individuel (pauvreté, qualité de soins peu attractive), communautaire, organisationnel (insuffisance de compétences techniques, absence de structure de coordination et de pilotage des initiatives en cours) et fonctionnel (faiblesse de l'appui technique et financier, environnement institutionnel peu favorable, relations contractuelles difficiles avec les prestataires de soins) ».

Au vu du caractère général de la motivation de l'avis précité sur ce point, et de la lecture des informations sur lesquelles le fonctionnaire médecin s'est lui-même fondé, rien ne démontre que l'accessibilité des traitements et suivis requis sont bien garantis au pays d'origine.

Au surplus, si le fonctionnaire médecin relève que la prise en charge des membres comprend les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements (simples) et les actes de radiologie, il convient de constater qu'il ne ressort pas de cette motivation que les traitements qui sont nécessaires à la première partie requérante seraient couverts par une mutuelle de santé.

Les considérations selon lesquelles « *Quant à la thèse selon laquelle la survie des MS au Cameroun ne serait pas garantie, particulièrement pour les Mutuelles territoriales, et aussi la faible adhésion à celle-ci, il est à noter que le rôle de demande 9ter n'est pas d'obliger le requérant de s'affilier à telle ou telle autre mutuelle de santé, mais de chercher à démontrer qu'il existe une mutuelle de santé dont le but est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité afin de supprimer les barrières financières et, si nécessaires, les barrières géographiques à l'accès à ces soins. Notons que le but de 9ter n'est pas de démontrer la viabilité des structures mutualistes. Rien ne prouve qu'en s'affiliant à une mutuelle de santé de leur choix qu'ils seraient dans une situation financière qui ne leur permettrait pas de financer les soins sur place étant donné qu'ils ont été capable de financer leur voyage en Belgique* » ne suffisent pas à énerver les constats qui précèdent.

En effet, il ne peut être raisonnablement déduit des considérations de l'avis médical du fonctionnaire médecin que les suivis nécessaires au traitement de la pathologie de la première partie requérante seraient pris en charge au pays d'origine par des mutuelles. En effet, celles-ci ne permettent pas de déterminer, concrètement, si la première partie requérante pourrait s'affilier à une des mutuelles citées, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts.

En outre, le Conseil rappelle que c'est au fonctionnaire médecin qu'il revient d'effectuer l'examen de l'accessibilité du traitement et du suivi requis au pays d'origine. Par conséquent, si celui-ci entendait fonder l'accessibilité au pays d'origine du traitement et des suivis requis par l'état de santé de la première partie requérante sur la base de la possibilité de s'affilier à une mutuelle, il était alors tenu de démontrer que le coût de ceux-ci étaient couverts par les mutuelles mentionnées dans son rapport médical, *quod non in specie*.

3.2.6.1. Quant à la motivation de l'avis médical selon laquelle « *A titre subsidiaire, les intéressés auraient déclaré être arrivés dans le Royaume munis d'un visa de type C. Il a été invité avec son épouse par leur fille, [F.M.C.]. La lecture du dossier administratif des requérants permet de constater que Mr [N.S.V.] a fourni ses bulletins de pension (593.69 euros/mois avec un relevé de compte de 5.399.52 euros). Aussi, l'une des conditions requises en vue de l'obtention de ce VISA est de démontrer qu'ils disposent des attaches avec leur pays ou leur famille ; produire un garant suffisamment solvable, une réservation d'avion et une assurance-voyage: Ici les requérants ont démontré qu'ils ont leur fille en Belgique et qu'ils avaient des revenus propres en suffisance le temps de leur séjour sur le sol belge. Rien n'indique qu'en cas de retour au pays d'origine leurs proches ne pourront s'occuper d'eux. Aussi, les intéressés ne démontrent pas qu'ils ne pourraient continuer à toucher leur pension ou bénéficier de l'aide de leurs proches ou de leurs relations établis au Cameroun en cas de nécessité* », le Conseil constate, à l'instar des parties requérantes, que la partie défenderesse tient compte de leur situation lors de leur demande de visa, en 2019, soit plus de quatre ans avant la prise des actes attaqués.

L'allégation de la partie défenderesse selon laquelle les parties requérantes « *avaient des revenus propres en suffisance le temps de leur séjour sur le sol belge* », à savoir pour la durée d'un visa court séjour, ne saurait constituer une preuve qu'elles pourraient se prendre en charge et assumer leurs frais médicaux au Cameroun.

Le Conseil souligne également que la simple affirmation non étayée du possible recours à l'aide familiale ou à l'aide d'amis ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivis nécessaires à la première partie requérante. En effet, la référence à cette solidarité ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles l'étranger serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

3.2.6.2. A titre surabondant, les parties requérantes font grief au fonctionnaire médecin de ne pas avoir tenu compte de l'état de santé de la seconde partie requérante, alors que « *dans 4 compléments (pièces 3 à 6), les requérants ont fourni divers documents médicaux attestant de l'état de santé de Madame [B.] afin d'attester de l'impossibilité pour cette dernière de s'occuper seule de Monsieur [N.]* ».

Ce grief, qui se vérifie au dossier administratif, est également fondé.

3.2.7. Partant, il convient dès lors de constater, au vu de ce qui précède, que, contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif et tirées des documents précités, que la prise en charge médicale de la pathologie de la première partie requérante est suffisamment accessible dans son pays d'origine, de sorte que le premier acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires à la première partie requérante, au regard de sa situation individuelle.

### 3.3. La partie défenderesse n'a pas déposé de note d'observations.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen pris, notamment, de la violation de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs est fondé et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête relatifs à cette décision qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. S'agissant des deuxième et troisième actes attaqués, le Conseil rappelle que l'annulation d'un acte administratif (par le Conseil d'Etat) fait disparaître cet acte de l'ordonnancement juridique, avec effet rétroactif et que cette annulation vaut *erga omnes* (sur la portée rétroactive de l'arrêt d'annulation : P. LEWALLE, *Contentieux administratif*, 2<sup>e</sup>me éd., 2002, Larcier, p. 935 et ss., n° 518 et ss - P. SOMERE, « *L'exécution des décisions du juge administratif* », *Adm. Pub.*, T1/2005, p.1 et ss.).

Il y a, par conséquent, lieu de considérer que la demande d'autorisation de séjour des parties requérantes est à nouveau pendante suite à son annulation par le présent arrêt.

Or, si l'introduction d'une demande d'autorisation de séjour n'a pas pour effet d'entraver la mise en œuvre des pouvoirs de police conférés par l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, 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 deuxième et le troisième actes attaqués pour permettre un nouvel examen de la situation par la partie défenderesse.

## 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.

## 5. Dépens

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

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

## Article 1<sup>er</sup>

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et les ordres de quitter le territoire, pris le 22 novembre 2023, sont annulés.

## Article 2

La demande de suspension est sans objet.

## **Article 3**

Les dépens, liquidés à la somme de 372 euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

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

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

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT B. VERDICKT