



Arrêt

**n° 175 266 du 23 septembre 2016
dans l'affaire X / III**

En cause : X

Ayant élu domicile : 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 IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 16 mars 2016, au nom de X et de X, par Mme X et M. X, agissant en leur qualité de représentants légaux de leurs enfant mineurs, qui déclarent être de nationalité russe, tendant à la suspension et l'annulation de la décision, prise le 2 février 2016, de refus de prorogation d'une autorisation de séjour précédemment accordée sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* », ainsi que des ordres de quitter le territoire qui l'accompagnent.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 21 mars 2016 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 mai 2016 convoquant les parties à l'audience du 3 juin 2016.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. VAN WALLE *loco* Me G.-H. BEAUTHIER, avocat, qui comparaît pour les parties requérantes, et Me A. DETOURNAY *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La première partie requérante, née le 28 juillet 2005, a été diagnostiquée comme étant atteinte de la maladie de Byler à l'âge de deux mois. Elle a subi, le 23 mars 2007 en Russie, une première transplantation hépatique qui a été suivie d'un épisode de rejet.

La première partie requérante et ses parents ont bénéficié au cours des années 2007, 2008, 2009 et 2011, de visas de court séjour successifs pour raisons médicales, qui leur ont été délivrés en raison de l'état de santé de la première partie requérante.

La première partie requérante a accédé pour la première fois au territoire belge en 2007, pour y subir une seconde transplantation hépatique, le 16 novembre de la même année, ensuite de quoi un nouvel épisode de rejet chronique a été observé en 2009.

La dernière arrivée de la première partie requérante et de ses parents se situe dans ce cadre au mois de juin 2011, consécutivement à une décompensation hépatique.

Par un courrier recommandé du 28 septembre 2011, elles ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 relativement à l'état de santé de la première partie requérante.

Le 5 juillet 2012, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la première partie requérante.

Le 27 août 2012, les parties requérantes ont été autorisées à séjourner en Belgique pour une durée d'un an, sous certaines conditions, et ont été mises en possession d'un Certificat d'inscription au registre des étrangers.

Par un courrier recommandé daté du 21 août 2013, les parties requérantes ont introduit une demande de prorogation de leur autorisation de séjour obtenue sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 10 février 2014, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la première partie requérante.

Le 17 février 2014, la partie défenderesse a pris, à leur rencontre, une décision de refus de prolongation du séjour obtenu sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ainsi que des ordres de quitter le territoire consécutifs qui ont été notifiés le 6 mars 2014.

Par un arrêt n° 153 498 du 29 septembre 2015, le Conseil a annulé les décisions précitées.

Les parties requérantes ont ensuite communiqué de nouveaux documents médicaux à la partie défenderesse.

Le 28 janvier 2016, le fonctionnaire médecin a rendu un nouvel avis.

Le 2 février 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de refus de prorogation de l'autorisation de séjour précédemment accordée sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

Le problème médical invoqué pour l'enfant-[premier requérant] ne peut être retenu pour justifier la prolongation du 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.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, la Russie (Fédération de)

Dans son avis médical rendu le 28.01.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'enfant [premier requérant] a subi une intervention en 2012 et que le suivi

nécessaire peut être assuré en Russie car il est disponible et accessible.(ce suivi a déjà été assuré par la passé en Russie).

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises , le jeune [premier requérant] est capable de voyager (accompagné de ses parents vu son âge) et qu'il n'y a pas de contre indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M B 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980), qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu' elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre des parents des parties requérantes deux ordres de quitter le territoire motivés de la manière suivante :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

• *En vertu de l'article 13 §3,2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 02.02.2016. »*

Il s'agit des deuxième et troisième actes attaqués.

Les parties requérantes sont mentionnées sur l'ordre de quitter le territoire délivré à leur mère.

2. Question préalable.

Dans sa note d'observations, la partie défenderesse conclut à l'irrecevabilité du recours en ce qu'il est dirigé à l'encontre des ordres de quitter le territoire au motif qu'il ne contiendrait pas de griefs à leur encontre, citant un arrêt du Conseil.

Dès lors que les ordres de quitter le territoire s'analysent en l'espèce comme étant les accessoires du premier acte attaqué, et que le recours formule au moins un moyen à l'encontre de celui-ci, les parties requérantes justifient d'un intérêt audit recours en ce qu'il est dirigé à l'encontre des mesures d'éloignement précitées.

L'exception d'irrecevabilité formulée procède d'une lecture erronée de l'arrêt cité, qui ne conclut nullement à l'irrecevabilité du recours à l'égard de l'ordre de quitter le territoire à défaut de griefs émis spécifiquement à son encontre, mais simplement à l'absence de motif d'annulation à son égard, après avoir conclu au caractère non fondé du moyen en ce qui concerne la décision principale.

3. Exposé des moyens d'annulation.

Les parties requérantes prennent deux moyens, libellés comme suit :

« **3.1. Premier moyen**

Violation des articles 1 à 4 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 62 de la loi du 25.12.1980 et du principe général de motivation adéquate des décisions.

Violation de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980.

Violation de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007.

Violation des principes de bonne administration et de sécurité juridique, du principe de proportionnalité et de légitime confiance.

Erreur manifeste d'appréciation.

Violation du principe de légalité, et plus particulièrement du principe « Patere legem quam ipse fecisti »

3.1.2. DEUXIEME BRANCHE : Violation de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 et de l'obligation de motivation

1.

Pour mettre fin au séjour de la requérante, la décision contestée se base sur l'article 13 de la loi du 15 décembre 1980 et l'article 9 de l'A.R. du 17 mai 2007.

Ce dernier énonce :

*« L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée **n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire.***

Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire »

2.

La décision contestée énonce :

Dans son avis médical rendu le 28 janvier 2016 le médecin de l'O.E. indique que l'enfant Zhukov Georgii a subi une intervention en 2012 et que le suivi nécessaire peut être assuré en Russie car il est disponible et accessible, (ce suivi a déjà été assuré par le passé en Russie).

Dans son avis médical, le médecin conseiller se base sur les attestations médicales déposées à l'appui de la demande de prolongation.

L'article 9 de l'A.R. du 17 mai 2007 précité énonce qu'en prenant une décision de non- prolongation, il y a lieu de vérifier si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. La loi oblige l'Office des Etrangers à vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire

3.

Votre Conseil a déjà décidé dans son arrêt n° 153 495, à cet égard que :

4.2.3. En l'occurrence, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que le médecin-conseil de la partie défenderesse, dans son rapport du 5 juillet 2012 lequel a constitué le fondement de la décision d'octroi de l'autorisation de séjour temporaire, avait identifié en tant que « *pathologie active actuelle : l'attente d'une troisième greffe hépatique* » mais en outre, en tant que « *traitement actif actuel* », un traitement médicamenteux, ainsi qu'un « *suivi en gastroentérologie pédiatrique et en chirurgie et transplantation pédiatrique* », sans examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, qualifié de « *sans objet* » au vu du diagnostic posé.

Le médecin fonctionnaire concluait en ces termes : « *la maladie présente temporairement un risque pour la vie ou l'intégrité physique – pas de traitement adéquat au pays d'origine. Les certificats médicaux fournis permettent d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne momentanément un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu qu'il n'y a pas de traitement adéquat dans la (sic) pays d'origine de telle sorte que d'un point de vue médical, le retour au pays d'origine ou de provenance est momentanément contre-indiqué. L'intéressé reçoit des soins médicaux (qui sont difficilement réalisables dans*

le pays d'origine) mais ces soins sont temporaires. Le risque n'existera plus au terme du traitement. L'intéressé ne peut voyager actuellement mais pourra à nouveau voyager lorsque le traitement en cours sera terminé.

Le dossier sera réexaminé dans un an ».

Il convient à cet égard de relever qu'il ressortait du certificat médical daté du 24 avril 2012, soit le document médical le plus récent produit à cette époque par les requérants et, repris par le médecin fonctionnaire dans son avis susmentionné du 5 juillet 2012, que l'enfant [G.] est atteint de « *cholestase néonatale – diagnostic de la maladie de Byler* », qu'il a subi une « *1e transplantation hépatique (27-3-2007, Russie) [avec] rejet chronique* », une « *2e transplantation hépatique (16-11-2007, Clinique St-Luc de Bruxelles) (...) Développement d'un rejet chronique (à partir du 11/9/2009)* » et qu'il est « *actuellement en liste d'attente pour une 3e transplantation* » et que la « *durée d'attente probable [est d'] 1-2 ans (...), 6 mois de suivi post greffe* » (le Conseil souligne).

A l'instar des parties requérantes, le Conseil estime dès lors que les circonstances ayant présidé à l'octroi de la dernière autorisation de séjour sur base médicale ne tiennent dès lors pas uniquement à l'opération de transplantation hépatique, mais également au suivi et au traitement prévus à l'issue de l'opération chirurgicale elle-même durant une période de six mois, et qu'à l'époque, il a été considéré au vu du dossier médical de la première partie requérante, que ce suivi et ce traitement devaient être effectués en Belgique, dès lors qu'indépendamment de la transplantation elle-même, il est apparu au médecin fonctionnaire que la question de la vérification de l'accessibilité et de la disponibilité du traitement et du suivi post-transplantation au pays d'origine était sans objet.

Il convient en outre de rappeler l'indication du médecin-conseil dans son dernier avis selon laquelle « [l]e seul élément médical ayant pu poser problème en Fédération de Russie était cette deuxième reprise de greffe hépatique en raison d'un rejet. Fort heureusement, la maladie de Byler dont souffre le requérant a pu bénéficier rapidement d'une troisième greffe hépatique en mai 2012. Son suivi peut maintenant être assuré en Fédération de Russie où celui-ci a déjà été assuré par le passé (...) », ce qui indique que, pour le médecin conseil, le suivi au pays d'origine d'une greffe hépatique connaissant un épisode consécutif de rejet était, pour le moins, problématique

Votre Conseil a donc déjà analysé la question et a déterminé que les circonstances ayant présidées à l'octroi de l'autorisation de séjour ne tiennent pas uniquement à l'opération de transplantation hépatique, mais également au suivi et au traitement prévu à l'issue de l'opération chirurgicale elle-même.

En effet il a été considéré que le suivi du traitement devait être effectué en Belgique.

Le Médecin fonctionnaire a même considéré que la question de la vérification de l'accessibilité et de la disponibilité du traitement et du suivi post-transplantation au pays d'origine était sans objet !

Dans son dernier avis médical du 28 janvier 2016, qui est à la base de la décision contestée, le médecin fonctionnaire considère que « ***l'affection est en effet contrôlée de manière radicale et durable depuis plusieurs mois ainsi que la menace de rejet qui a été jugulée par la reprise du cellcept.*** Néanmoins, un suivi médical adapté reste nécessaire en raison de l'immunosuppression qui peut toujours causer des problèmes de santé et notamment des infections qui pourront être prises en charge dans les centres spécialisés sur lesquels la Fédération de Russie peut compter. »

4.

Comme déjà précisé, le petit [premier requérant] a bénéficié, en mai 2012, d'une troisième transplantation hépatique d'un donneur cadavérique à l'hôpital de Saint-Luc, lequel avait également effectué la deuxième transplantation en 2007.

Après une transplantation, le rejet du greffon est un risque permanent, il doit être contrôlé par des médicaments durant toute la vie de la personne greffée.

Des immunosuppresseurs sont utilisés pour empêcher la réaction du système immunitaire. Tous les patients doivent donc prendre des médicaments anti-rejet et ce, à vie. Ces médicaments suppriment le système immunitaire, ce qui permet au corps d'accepter le nouveau foie sans l'attaquer. Il en existe une large gamme et le médecin spécialiste prescrit ceux qui conviennent le mieux au patient.

Il existe deux types de rejet :

- le rejet aigu
- le rejet chronique, ou maladie chronique du greffon, qui apparaît plusieurs années après la greffe. Il combine des phénomènes immunitaires à d'autres causes d'altération du greffon.

En décembre 2012, après la transplantation, [le premier requérant] a été hospitalisé en unité de chirurgie et transplantations pédiatriques pour un premier épisode de rejet aigu. La bonne combinaison des médicaments a été trouvée et son état s'est un peu amélioré.

Il a eu pendant cette période plusieurs complications infectieuses liées à son traitement immunosuppresseur (hépatite aiguë à adénovirus, deux pneumonies et un stomatite) nécessitant un séjour aux soins intensifs, ce qui l'a fort affaibli.

Une biopsie hépatique a été réalisée en février 2014, qui a confirmé un nouvel épisode de rejet chronique cette fois-ci puisqu'intervenu plus de 2 ans après la greffe. Le rejet chronique a été clairement établi sur base histologique.

Un traitement médicamenteux d'immunosuppresseurs très lourd, surtout vu son jeune âge, sur base des médicaments Prograft et Cellcept a été mis en place pour essayer d'inverser le rejet.

Cette décision de renforcer les immunosuppresseurs n'était pas sans risque. En effet, l'inconvénient d'un système immunitaire ainsi désactivé est que le corps est très vulnérable à des maladies opportunistes, même celles considérées habituellement comme sans danger. De plus, l'usage prolongé d'immunosuppresseurs augmente le risque de cancer.

Depuis octobre-novembre 2015, les spécialistes qui accompagnent [le premier requérant], parlent à nouveau de « stabilisation » de la situation (cfr. Rapports du 11.12.2015 et 16.12.2015 du Dr. SHARAT)

Le médecin fonctionnaire constate lui même dans son avis du 28 janvier 2016 que l'affection est contrôlée « depuis plusieurs mois ».

Aucun changement radical et non-temporaire n'est donc intervenu, la situation est effectivement contrôlée depuis octobre-novembre 2015, mais est loin d'être stable.

5-

Les certificats médicaux suivants, qui ne font suite qu'à une partie des consultations médicales du requérant, attestent du suivi hebdomadaire du requérant, auquel le traitement est à chaque fois légèrement adapté en fonction de l'évolution du requérant :

Certificat médical du Professeur SOICOL du 9 février 2015 : **(pièce 2)**

« La situation est toujours complexe. On note surtout un encombrement ORL supérieur. Nous avons réalisé une radionucléaire du cavum et des sinus qui montrait un épaississement des parois des sinus. Un traitement par Cirrus n'avait pas été très utile. Actuellement on note une décroissance des enzymes hépatiques. J'avais augmenté le Cellcept lors de la dernière consultation en espérant qu'il tolère au niveau hématologique. Ce jour je n'ai pas modifié le traitement. Je verrai pour le Cellcept en fonction du complet hématologique. »

Certificat médical du Professeur SOKOL du 2 mars 2015 : **(pièce 3)**

« La situation reste difficile avec toujours une hépatopathie chronique attribuée à un rejet qui est moyennement contrôlée par une association de Prograft, 0,5 mg 2x/j au J1 et 1x/j au J2, Medrol, 2 mg 2X/Sem, Cellcept 2 ml par jour, Ursochol 75 mg/j, Rénitec 5 mg/j, D-cure, Calcium, Nexiam et Folavit. Abdomen souple. Rate à 8 cm et foie à 11 cm du rebord costal. Il présente également une chéilite pour laquelle j'ai fait des frottis viraux et bactériens.

Certificat médical du Professeur SOKOL du 30 mars 2015 : **(pièce 4)**

« Sa situation est plus au moins stable avec toujours une hépatopathie chronique. Nous avons augmenté le Cellcept, mais ceci peut causer chez lui une certaine pancytopenie et si celle-ci se confirme nous devons rediminuer les doses. Je vous rappelle que les anticorps anti-BSP sont négatifs chez lui,

mais nous allons éventuellement en chercher des anticorps anti-GST parfois en cause dans le hépatites immunes post transplantation. »

Certificat médical du Professeur SOKOL du 27 avril 2015 : **(pièce 5)**

« Rappelons qu'il a été récemment hospitalisé pour une pneumonie, traitée d'abord par traitement IV à partir du 18/04 avec relais le 21/4 par Augmentin per os. Le traitement par Augmentin est arrêté à ce jour. »

Certificat médical du Professeur SOKOL du 7 mai 2015 : **(pièce 6)**

« Fièvre depuis ce jour à 38. 9 répondant partiellement aux antipyrétiques avec plainte de douleurs au niveau de l'épaule droite. Rhinorrhéepurulente et toux. Pas de diarrhée ni de vomissements. Pas de notion de contagé.(...) Conclusion : Pneumonie de la base droite chez un enfant de 9 ans et 9 mois ayant les antécédants suivants. »

Certificat médical du Professeur SOKOL du 1 octobre 2015 : **(pièce 7)**

«Votre patient a séjourné dans notre unité médico-chirurgicale pédiatrique du 17/9/2015 au 21/9/2015 pour fièvre et stomatite à distance d'une transplantation hépatique. (...) Durant le premier jour d'hospitalisation la dysphagie de Georgii de majeure. A l'examen clinique on retrouve une importante stomatite aphteuse. Un traitement par Aciclovir est entamé et la PCR herpes revient positive après 48 heures. Les symptômes s'amendent rapidement sous traitement. »

Certificat médical du Professeur SOKOL du 2 novembre 2015 : **(pièce 8)**

« Cet enfant qui a bénéficié de deux greffes de foie avec rejet chronique est maintenant stabilisé par une combinaison de Prograft et de Cellcept. Son évolution est marquée par une poussée de croissance, mais il se trouve toujours sous le P3 avec toutefois une vélocité de croissance largement au-dessus du P97. J'ai refait des dosages hormonaux, ainsi que des dosages d'anticorps anti-gliadine afin d'exclure une éventuelle maladie coeliaque. »

Comme déjà dit, depuis octobre-novembre le rejet chronique est stabilisé mais cela ne reste qu'un équilibre fragile.

6.

Le Professeur E. SOKOL, chef de Service de gastroentérologie-hépatologie pédiatrique aux cliniques St Luc (Bruxelles), Directeur de l'unité de recherche pédiatrique et auteur de l'ouvrage « *Hépatites chroniques de l'enfant, complications médicales de la transplantation hépatique* », a pris connaissance de l'avis médical du médecin fonctionnaire, Madame F. DEGUELLE, médecin généraliste à Beersel, et a rédigé un écrit à l'attention de votre Conseil : **(pièce 9)**

«Nous nous opposons à cette interprétation du Médecin Conseil, car effectivement la situation est loin d'être stabilisée et le risque de perdre à nouveau le greffon hépatique reste majeur. Nous sommes péniblement arrivés à contrôler le rejet actif mais au prix d'une immunosuppression lourde que nous sommes en train d'alléger pour des raisons de risque infectieux, oncologique et d'arrêt de croissance. On ne peut pas parler à ce stade de situation stabilisée. Qui plus est, il n'y a pas d'accès pour lui à un nouveau greffon, puisque le donneur vivant est la seule possibilité et que celle-ci a déjà été épuisée. »

Dans son attestation du 29 février 2016, il atteste : **(pièce 10)**

*« Enfant greffé du foie (3ième greffe) après échec de greffe en Russie, grande instabilité biologique et greffon à risque de rejet chronique : nécessite un suivi rapproché dans un centre spécialisé. Durée prévue du traitement : 1 an à renouveler le cas échéant. Nous espérons stabiliser le patient. Ce patient ne peut être privé des soins ni du suivi actuel **vu situation très instable**. Suivi spécialisé 1 fois par mois et au besoin en cas d'épisodes aigus. »*

Il ressort des attestations médicales du dossier que [le premier requérant] bénéficie toujours d'un suivi post-greffe et que la situation n'est pas stable.

Le médecin fonctionnaire ne prouve pas sur quel élément il se base pour dire que la stabilité actuelle au moment de la prise de décision (janvier 2016) est non-temporaire, vu le passé du requérant (plusieurs épisodes de rejet du greffon)

« Niettegenstaande de ambtenaar-geneesheer een ander oordeel kan hebben dan de behandelende geneesheer, dient dit oordeel verstaanbaar te zijn bij verificatie van de stukken. Wanneer, zoals in casu, in verschillende medische attesten, opgesteld door verschillende geneesheren, waaronder een gastroenteroloog, wordt aangegeven dat het om een ernstige aandoening gaat met nood aan een regelmatige opvolging en desgevallend hospitalisatie, dan is het oordeel van de ambtenaar-geneesheer dat het om een aandoening gaat die geen behandeling behoeft kennelijk onredelijk, gelet op de voorliggende stukken. »

«(traduction libre) Nonobstant le fait que le médecin conseil peut avoir une opinion qui diffère de celle du médecin-traitant, cette opinion doit être compréhensible après vérification des pièces. Quand il est indiqué, comme en l'espèce, dans différentes pièces, rédigées par des gastro-entérologues, qu'il s'agit d'une affection grave qui nécessite un suivi régulier et le cas échéant une hospitalisation, alors l'opinion du médecin conseil peut être caractérisé de manifestement déraisonnable, vu les pièces versées au dossier. »

Il y a lieu de transposer cette jurisprudence au cas d'espèce où le plus grand spécialiste qui existe pour le moment en Belgique en gastroentérologie-hépatologie pédiatrique, caractérise la situation comme étant « loin d'être stabilisée » et même « très instable ».

L'avis médical du médecin fonctionnaire qui ne fonde pas son analyse et décide qu'étant donné que depuis quelques mois le deuxième épisode de rejet a été stabilisé, « l'affection est contrôlée de manière radicale et durable », est donc manifestement déraisonnable.

Les conditions sur la base desquelles l'autorisation a été octroyée, c'est-à-dire un suivi post-transplantation délicat, existent encore et se sont même aggravées puisque d'un côté [le premier requérant] enchaîne les infections bactériennes qui l'ont fort affaibli et de l'autre côté il a déjà eu deux épisodes de rejet du foie greffé.

Le médecin fonctionnaire ne motive pas pour quelle raison il considère que le seul écoulement du temps permettait, dans le cas d'espèce, de conclure à la caducité des diagnostics portés par les certificats et attestations médicaux produits par le requérant à l'appui de sa demande et reconnus par l'Office des Etrangers.

Le médecin fonctionnaire confirme qu'un suivi médical adapté vu les éventuels infections liées à l'immunosuppression est nécessaire mais n'envisage nullement l'hypothèse d'un nouveau rejet et le traitement à suivre quand ces réactions développées par [le premier requérant] vis-à-vis du greffon entraînent la destruction complète du greffon, alors que [le premier requérant] a récemment subi deux épisodes de rejets, le dernier contrôlé depuis quelques mois seulement.

Il y a aussi lieu de rappeler que la deuxième transplantation a été effectuée en Belgique en novembre 2007. Ensuite [le premier requérant] et sa famille sont rentrés en Russie, où l'hôpital Filatov de Moscou devait assurer le suivi.

Afin d'effectuer un contrôle quant aux résultats de la seconde transplantation réalisée en 2007, les requérants sont revenus en Belgique en juin 2011, munis d'un visa de court séjour d'une durée de 3 mois. Ils ont été surpris d'apprendre qu'alors que les médecins en Russie ont continué le traitement immunosuppresseur, l'état de santé de leur fils s'était considérablement dégradé suite à une récurrence de son rejet chronique de la seconde transplantation. Les médecins en Belgique n'ont pas pu inverser le rejet, et une nouvelle transplantation s'imposait dès lors pour la survie d[u premier requérant].

Le même scénario qu'en 2011 risque de se répéter maintenant.

Comme Votre Conseil a déjà souligné dans ce dossier dans son arrêt du 29 septembre 2015 que :

« il convient en outre de rappeler l'indication du médecin-conseil dans son dernier avis selon laquelle « le seul élément médical ayant pu poser problème en Fédération de Russie était cette deuxième reprise

de greffe hépatique en raison d'un rejet. Fort heureusement, la maladie de Byler dont souffre le requérant a pu bénéficier rapidement d'un ' troisième greffe hépatique en mai 2012. Son suivi peut maintenant être assuré en Fédération de Russie où celui-ci a déjà été assuré par le passé (...) » ce qui indique que, pour le médecin conseil, le suivi en Russie d'une greffe hépatique connaissant un épisode de rejet consécutif était, pour le moins, problématique. »

L'avis médical du 28 janvier 2016 reprend mot par mot ces paroles et confirme une fois encore qu'un traitement de reprise de greffe hépatique n'est pas possible en Russie.

Le médecin fonctionnaire se limite à reprendre la même argumentation qui a donné lieu à une annulation en septembre 2015 et n'explique pas en quoi l'état de santé d[u premier requérant] se serait amélioré de façon suffisamment radicale et durable, les certificats médicaux cités dans l'avis démentant de toute évidence cette affirmation.

Il est particulièrement important que l'équipe de médecins spécialisés de l'hôpital Saint-Luc, qui a effectué l'opération et en a assuré le suivi en adaptant minutieusement le traitement médicamenteux à chaque changement dans la situation d[u premier requérant], continue à le suivre pour arriver, finalement, à une stabilisation. En effet, [le premier requérant], âgé seulement de 10 ans, est fort affaibli et ne survivra pas une quatrième opération en si peu de temps. Cette greffe est donc sa dernière chance.

Il n'y a donc pas de doute que la situation d[u premier requérant] est particulièrement instable.

Les critères de l'article 9 de l'A.R. du 17 mai 2007 ne sont donc pas remplis, raison pour laquelle la décision doit être annulée.

7.

Dans son avis médical, le médecin conseiller se limite à indiquer la maladie de Byler sous la rubrique 'pathologies actives actuelles'.

En effet, dans différentes attestations médicales les médecins font également état du fait que [le premier requérant] présente un rein majoré de taille, avec une augmentation de la tension artérielle et une diminution de la clearance de la créatinine.

Ces symptômes sont le signe d'une insuffisance rénale progressive, qui au long terme va nécessiter des dialyses et une greffe des reins.

En effet, il est bien connu que, parmi d'autres effets secondaires, les médicaments anti-rejet peuvent altérer les reins et provoquer une élévation de la tension artérielle. Les patients sont étroitement suivis pour ces effets.

Une échographie rénale a été effectuée pour évaluer la situation d[u premier requérant].

L'Office des Etrangers a omis d'examiner les conséquences de cette maladie secondaire que [le premier requérant] développe, et n'en fait pas mention, alors qu'il s'agit non seulement d'un effet secondaire rencontré souvent chez des patients de cirrhose mais aussi d'une pathologie à laquelle les médecins ont été particulièrement attentifs tout au long du traitement d[u premier requérant].

Plusieurs attestations médicales versées au dossier administratif font état de l'insuffisance rénale qui se développe progressivement.

La partie adverse reconnaît dans sa décision que « *l'immunosuppression peut toujours causer des problèmes de santé* ».

Les requérants ont veillé à transmettre tous les renseignements utiles concernant la maladie d[u premier requérant]. La partie adverse est obligée de prendre en considération tous les éléments qui se trouvent dans le dossier administratif, pour pouvoir prendre une décision en connaissance de cause.

Dans l'arrêt n° 98 022 du 28 février 2013 votre Conseil a considéré :

*« A la lumière de ces différents éléments, il apparaît à suffisance que la maladie de Parkinson dont souffre la requérante, est une maladie évolutive dont il y a lieu de tenir compte dans l'examen de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980. Or, le Conseil ne peut que constater que ni l'avis du médecin conseil du 28 septembre 2012, ni la décision attaquée n'ont porté attention au caractère chronique et évolutif de la pathologie de la requérante, élément ayant une importance considérable quant à l'appréciation du seuil de gravité de la pathologie invoquée. Ainsi, la partie défenderesse, qui n'a pas remis en cause le fait que la requérante souffrait de la maladie de Parkinson **se devait d'examiner la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante au regard de l'évolution inéluctable de cette maladie, ce qu'elle n'a manifestement pas fait en l'espèce.** »*

En effet, en l'espèce, la partie adverse n'a pas examiné la question de la disponibilité et l'accessibilité des soins en Russie au regard de l'évolution de sa maladie et les risques ultérieures qui existent.

La décision contestée, en se basant uniquement sur certains éléments du dossier, alors que les requérants avaient apportés des preuves concrètes et propres à la situation personnelle d[un requérant], viole l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

3.2. DEUXIEME BRANCHE : Violation de l'article 9ter (disponibilité des soins)

1.

En effet, la demande d'autorisation de séjour de la requérante a été déclarée fondée en août 2012.

L'article 9ter, § 1er, alinéa 2, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit que *« l'appréciation du risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de l'étranger ou le risque réel de traitement inhumain ou dégradant et des possibilités de traitement dans le pays d'origine, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Il peut, si nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'expertise »*

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant inséré l'article 9 ter, 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 » (2)*

2.

Avant tout et comme déjà mentionné, il y a lieu d'insister sur le fait qu'un traitement approprié dans le cas d[un premier requérant] consiste en une équipe de médecins spécialisés qui maîtrisent non seulement la matière mais présentent aussi une connaissance approfondie de son dossier.

[Le premier requérant] n'a plus été traité en Russie depuis juin 2011, donc depuis presque cinq ans, ce qui est une période longue dans la vie d'un enfant de 10 ans.

Ses médecins en Belgique le suivent de très près et reagissent immédiatement à chaque changement de situation.

[Le premier requérant] est notamment suivi par les médecins suivants :

Dr. SOKAL, Dr. STEPHENNE, Dr. SMETS gastroentérologues

Dr. REDING, chirurgien

Dr. SLUYSMANS et Dr. DEMBOUR, cardiologues pédiatriques

Le requérant joint en annexe de la présente la liste des rendez-vous médicaux qu'il a eu à l'hôpital Saint-Luc depuis septembre 2009. Il a généralement entre 3 et 5 rendez-vous médicaux par mois chez les médecins précités. Il s'agit en effet d'un suivi hebdomadaire, **(pièce)**

Depuis 2009, il a été hospitalisé 20 fois, la dernière fois entre le 17 septembre 2015 et le 21 septembre 2015, et a passé la nuit 4 fois aux urgences, la dernière fois étant le 19 janvier 2016.

Il ne suffit donc pas de vérifier simplement si les médicaments sont disponibles en Russie.

Il existe toute une série de médicaments immunosuppresseur, mais le traitement approprié consiste en la combinaison des médicaments qui conviennent le mieux au patient, en tenant compte des réactions antérieures, des doses, etc.

Des épisodes de rejet peuvent uniquement être inversés par les bonnes modifications des doses des médicaments, qui peuvent sembler minimes mais qui ont une importance vitale.

Le seul traitement adéquat, en tenant compte de la situation individuelle d[un premier requérant] et ses antécédants, consiste donc en un traitement à l'hôpital Saint-Luc par son équipe de médecins éprouvée puisqu'eux seuls, fort de l'expérience qu'ils ont acquises dans ce dossier lors des 3 greffes précédents, sont en mesure de déterminer avec la précision requise quel est le traitement adéquat.

Le Chef de Clinique Adjoint de l'hôpital Saint-Luc, Professeur STEPHENNE, confirme ces éléments dans son certificat du 4 avril 2014 ;

«Je soussigné Professeur X. Stephenne certifie que l'enfant [premier requérant] né le [...] 2005 nécessite un suivi particulier dans un centre de transplantation.

En effet, cet enfant a déjà été transplanté à trois reprises, deux fois par donneur vivant et une fois par donneur cadavérique suite à un rejet chronique. Il nécessite donc un traitement immunosuppresseur tout à fait particulier et un suivi hebdomadaire. Il est actuellement sous Prograft et Cellcept.

Rappelons outre ces trois transplantations qu'il a également eu des complications infectieuses liées à son traitement immunosuppresseur nécessitant une surveillance étroite et une adaptation régulière.

Il a notamment fait une hépatite aiguë à adénovirus en août 2013 et également une pneumonie en novembre et décembre 2013, nécessitant un séjour aux soins intensifs avec intubation et support inotropique.

Il est primordial que ce suivi soit réalisé dans un centre expérimenté tel que les Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles » (pièce 11)

L'acte attaqué énumère une série d'informations et de considérations qui, pour exhaustives et précises qu'elles soient, se limitent à une description factuelle des médicaments, des infrastructures médicales disponibles en Russie pour traiter la pathologie dont souffre le requérant, et à la mention générale de l'existence d'un système de sécurité sociale comportant, dans certains cas non précisés, des soins gratuits.

Force est de constater que, ce faisant, la partie adverse ne se prononce à aucun moment et d'aucune manière sur la question de savoir si les possibilités de traitement indiquées dans sa décision sont « suffisamment disponibles » au requérant, qui a déjà dans le passé subi un traitement défaillant en Russie ce qui a causé la perte d'un greffon, en d'autres termes, si, compte tenu de sa situation individuelle particulière, ce dernier aura un accès aux soins médicaux de pointe nécessaire à sa survie. La partie adverse ne pouvait faire l'économie de cet examen dans la mesure où elle a décidé de ne pas prolonger le séjour du requérant en reconnaissant qu'il reste toujours gravement malade et que la perte du greffon égale le décès du requérant

3.

Concernant l'accessibilité des soins, il y a lieu de noter que les requérants habitent à Togliatti, une ville de province située à 1 heure et demi de vol de Moscou. Comme déjà précisé, [le premier requérant] a besoin de soins hebdomadaires et donc d'un hôpital situé proche de son lieu d'habitation. En l'espèce, l'hôpital municipal de Togliatti atteste qu'il n'est pas en mesure de soigner des enfants présentant une telle pathologie. **(pièce 13)**

Pour pouvoir déclarer non-fondée la demande de renouvellement, la partie adverse était tenue de vérifier la disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des soins nécessaires à la survie d[un premier requérant].

Il ne suffit donc pas de vérifier si les médicaments sont disponibles mais encore si les hôpitaux disposent d'une connaissance suffisante du dossier du patient ou s'ils sont capables de l'acquiescer dans les délais requis à la survie du patient et, enfin, si les soins sont effectivement disponibles pour le patient.

Au vu de tous ces éléments, la décision de la partie adverse viole donc l'article 9ter, dans la mesure où le traitement proposé ne peut être considéré comme un traitement approprié.

Force est donc de constater que la partie adverse ne démontre pas avoir accompli un examen scrupuleux et détaillé de la situation générale de la requérante. Par ces motifs, la décision contestée manque à l'exigence de prudence, de bonne foi et de soin qui doit présider à sa motivation, et cette motivation insuffisante ne permet pas d'expliquer à suffisance la décision prise.

Ainsi, la décision entreprise perd manifestement de vue que toute décision administrative doit se caractériser par une motivation adéquate en fait comme en droit, à la suite d'un examen soigneux du dossier qui lui est soumis (J. CONRADT, « Les principes de bonne administration dans la jurisprudence du Conseil d'Etat », A.P.T., 1999, p. 268, n°8).

3.2. Second moyen

Violation de l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme et de sauvegarde des Libertés Fondamentales

La partie adverse a tout simplement méconnu deux aspects essentiels du dossier (les pathologies dont souffraient [le premier requérant] et les réelles possibilités d'accéder à une équipe capable d'assurer son suivi médical), ce qui lui a permis de conclure erronément que [le premier requérant] ne courrait pas de risques réels de traitement inhumain et dégradant en cas de retour en Russie.

Le dossier soumis à la partie adverse démontre de manière irréfutable que [le premier requérant], si il devait être forcé de retourner en Russie et vu le risque élevé de rejet dans son cas, subirait un risque réel et plus que probable de traitement inhumain et dégradant.

L'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui dispose que ce « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* », consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques et ce la Convention européenne des droits de l'homme.

La Convention prohibe en termes absolus les traitements inhumains et dégradants quels que soient les agissements de la personne considérée. Il en découle que la seule pertinence est de savoir s'il existe des motifs sérieux de croire qu'elle serait exposée à un traitement prohibé en cas d'éloignement. L'article 3 précité n'autorise aucun contrôle de proportionnalité, ni aucune balance des intérêts publics et privés en présence (en ce sens : C.E. n° du 82.698 du 5 octobre 1999).

La situation d[un premier requérant] relève donc du « contentieux médical » et, partant, doit faire l'objet d'un examen à la lumière de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme dont la **portée est absolue**.

Or, la partie adverse n'a pas eu égard à l'ensemble des documents faisant partie du dossier que les requérants ont déposé et mis à jour lors de la demande de renouvellement.

Par conséquent, l'examen qui est fait par la partie adverse du risque encouru par la partie requérante, est insuffisant au regard d'une norme aussi absolue et fondamentale que celle qui est reprise ci-dessus.

Le caractère absolu de la protection offerte par l'article 3 précité, lié au fait que la requérante a produit tous les éléments permettant à l'autorité de se faire une idée précise, complète et détaillée de son état de santé dans tous ses aspects, obligeait la partie adverse à se prononcer sur la compatibilité de sa décision avec le prescrit de l'article 3 de la CEBH quant à chacun de ces aspects, sans en omettre les plus importants.

(2) 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 ».

4. Discussion.

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

L'article 13, § 3, 2°, de la même loi prévoit que « *Le ministre ou son délégué peut donner l'ordre de quitter le territoire à l'étranger autorisé à séjourner dans le Royaume pour une durée limitée, fixée par la loi ou en raison de circonstances particulières propres à l'intéressé ou en rapport avec la nature ou de la durée de ses activités en Belgique, dans un des cas suivants :*

[...]

2° *lorsqu'il ne remplit plus les conditions mises à son séjour [...]* ».

L'article 9 de l'Arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, dispose, quant à lui, que « *L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire* ».

Le Conseil rappelle, en outre, que l'obligation de motivation à laquelle est tenue la partie défenderesse, doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit par conséquent que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours, et à la juridiction compétente d'exercer son contrôle à ce sujet. Il s'agit d'un contrôle de légalité en vertu duquel celle-ci n'est pas compétente pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

4.2.1. En l'espèce, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la situation médicale de la première partie requérante, telle qu'elle se présentait avant l'octroi de l'autorisation de séjour, avait été résumée comme suit dans un certificat médical daté du 24 avril 2012 : « [le premier requérant] est atteint de « *cholestase néonatale – diagnostic de la maladie de Byler* », il a subi une « *1e transplantation hépatique (27-3-2007, Russie)* [avec] *rejet chronique* », une « *2e transplantation hépatique (16-11-2007, Clinique St-Luc de Bruxelles)* (...) *Développement d'un rejet chronique (à partir du 11/9/2009)* » il est « *actuellement en liste d'attente pour une 3e transplantation* » et la « *durée d'attente probable [est d'] 1-2 ans (...), 6 mois de suivi post greffe* ».

Il a été précisé dans l'arrêt rendu précédemment par le Conseil dans la présente cause que le fonctionnaire médecin s'était prononcé en faveur d'une autorisation de séjour pour la première partie requérante, étant précisé que la situation médicale de la première partie requérante exigeait une troisième transplantation hépatique ainsi qu'un suivi pendant six mois en vue d'éviter le rejet du greffon.

4.2.2. La partie requérante a pu en l'espèce bénéficier de cette troisième transplantation hépatique au mois de mai 2012. Cependant, à l'appui de leur dernière demande de prolongation de séjour, les parties requérantes ont produit un certificat médical type établi le 12 septembre 2013 par lequel le médecin spécialiste indiquait ce qui suit : « *actuellement suivi de rejet aigu du foie et d'hépatite à adénovirus* » et faisait état de la nécessité d'un « *suivi [de la] transplantation délicat pendant 6 à 12 mois* ».

Il s'en déduit que la première partie requérante a malheureusement connu, suite à la troisième transplantation hépatique, un nouvel épisode de rejet.

Les parties requérantes ont, depuis ce certificat médical, complété le dossier à de nombreuses reprises, ainsi qu'en témoigne l'avis du fonctionnaire médecin qui reprend les différents certificats médicaux déposés.

Il apparaît que le rejet du greffon est actuellement, et ce consécutivement à l'arrêt d'annulation et aux compléments apportés par les parties requérantes en temps utile, qualifié de « *chronique* », et nécessite un suivi spécifique et complexe.

4.2.3. Le fonctionnaire médecin a conclu son avis du 28 janvier 2016, auquel se réfère le premier acte attaqué, en ces termes:

« Les certificats et rapports médicaux fournis ne permettent 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 car les soins médicaux requis existent et sont accessibles au pays d'origine.

Le seul élément médical ayant pu poser problème en fédération de Russie était cette deuxième reprise de greffe hépatique en raison d'un rejet.

Fort heureusement, la maladie de BYLER dont souffre le requérante a pu bénéficier rapidement d'une troisième greffe hépatique en mai 2012. Le délai post-transplantation est maintenant suffisant pour envisager un retour au pays d'origine où son suivi peut maintenant être assuré et où celui-ci a déjà été assuré par le passé.

L'affection est en effet contrôlée de manière radicale et durable depuis plusieurs mois ainsi que la menace de rejet qui a été jugulée par la reprise du cellcept. Néanmoins, un suivi médical adapté reste nécessaire en raison de l'immunosuppression qui peut toujours causer des problèmes de santé et notamment des infections qui pourront être prises en charge dans les centres spécialisés sur lesquels la Fédération de Russie peut compter.

Par conséquent, d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé : qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007), il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour du requérant ».

4.2.4. Le Conseil constate tout d'abord que cette conclusion confirme - pour autant que de besoin -, que la première partie requérante présentait déjà un rejet consécutif à une deuxième transplantation hépatique, lorsqu'elle a été autorisée au séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Ladite conclusion apparaît cependant ensuite difficilement compréhensible dès lors qu'elle n'évoque pas le rejet chronique qui a suivi la troisième greffe hépatique (et qui subsiste encore), semblant même indiquer que ce risque est écarté (« *L'affection est [...] contrôlée de manière radicale durable et depuis plusieurs mois ainsi que la menace de rejet qui a été jugulée par la reprise du cellecept* », le Conseil souligne), ce qui apparaît manifestement contraire aux éléments de la cause.

A supposer que le fonctionnaire médecin ait en réalité voulu viser la « *stabilisation* » du rejet chronique du greffon par un traitement médicamenteux composé de prograft et de cellcept, le Conseil n'apercevrait en tout état de cause pas ce qui permettrait au fonctionnaire médecin de conclure à l'existence d'une modification notable, et a *fortiori* radicale et non temporaire, des conditions sur la base desquelles l'autorisation de séjour a été octroyée, qui serait susceptible de justifier le refus de prorogation au regard de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 susmentionné. En effet, ainsi que le soutiennent les parties requérantes d'une part, la première partie requérante souffrait déjà d'un rejet chronique consécutif à une transplantation antérieure lorsqu'elle a été autorisée au séjour et d'autre part, les documents présents au dossier administratif ne permettent raisonnablement pas de conclure que sa situation médicale se serait améliorée de manière radicale et non temporaire, les éléments médicaux récents produits en

temps utile confirmant le caractère particulièrement délicat du suivi. Il convient de préciser que le changement radical et non temporaire invoqué par le fonctionnaire médecin réside à son estime dans l'état de santé de la première partie requérante, et non dans l'évolution de la disponibilité et de l'accessibilité des soins de santé requis, dès lors qu'il se réfère au suivi effectué en Russie par le passé, lequel s'est toutefois révélé inefficace en l'espèce.

Il n'apparaît dès lors pas que le rapport du fonctionnaire médecin ait rencontré l'ensemble des éléments médicaux pertinents pour conclure au « *changement radical et non temporaire* » requis par l'article 9 de l'arrêté royal précité, des conditions sur la base desquelles l'autorisation de séjour a été octroyée.

4.3. Par conséquent, la première branche du premier moyen est, dans les limites décrites ci-dessus, fondée et suffit à justifier l'annulation de la première décision attaquée.

4.4. Les deuxième et troisième actes attaqués constituant les accessoires de la décision de refus de la demande de prorogation de l'autorisation de séjour susmentionnée, il s'impose de les annuler également.

4.5. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements des moyens, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

5. Débats succincts.

5.1. 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.

5.2. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

6. 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^{er}

La décision de refus de prorogation de l'autorisation de séjour obtenue sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, prise le 2 février 2016, ainsi que les ordres de quitter le territoire pris consécutivement à la même date, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Article 3

Les dépens, liquidés à la somme de trois cent septante-deux euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-trois septembre deux mille seize par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY