



Arrêt

**n° 177 041 du 27 octobre 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 III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 décembre 2015 par X, agissant en qualité de représentante légale de X, de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et à l'annulation de « *la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prise le 18 novembre 2015 et notifiée le 3 décembre 2015 [...], ainsi que de l'avis médical du 16 novembre 2015 sur lequel se fonde la décision attaquée* ».

Vu le titre Ier *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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 1^{er} février 2016 convoquant les parties à l'audience du 23 février 2016.

Entendu, en son rapport, Mme M.-L. YA MUTWALE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. AVALOS DE VIRON *loco* Me V. SEDZIEJEWSKI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La seconde partie requérante, ci-après dénommée le pupille, est arrivée en Belgique le 13 juillet 2013, munie de son passeport national revêtu d'un visa court séjour valable jusqu'au 24 août 2013.

1.2. Le 19 août 2013, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi.

1.3. Le 9 septembre 2013, le service des Tutelles du Service public fédéral Justice a procédé à la désignation de la première partie requérante en qualité de tutrice du pupille.

1.4. En date du 18 novembre 2015, la partie défenderesse a pris à l'encontre du pupille une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour précitée.

Cette décision qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

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

Le Médecin de l'Office des Étrangers (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 Congo RD, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis 16.11.2015, (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 à l'intéressé, qu'il n'est fait mention d'aucune contre-indication, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages et qu'il n'y a pas aussi de contre-indication médicale à un retour du requérant à son pays d'origine.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins au Congo RD.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

- 1) Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé souffre d'une affection 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*
- 2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que les pathologies dont souffre l'intéressé n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible dans son pays d'origine*

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

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. Les requérants prennent un moyen unique de la violation *« des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme ;*

du principe de bonne administration tels que les principes de minutie, de sécurité juridique, de légitime confiance ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2. Dans une première branche, ils affirment que *« les connaissances du [médecin-conseil de la partie défenderesse] concernant la drépanocytose sont erronées et les documents sur lesquels il se fonde ne démontrent nullement que les soins dont a besoin le requérant sont non seulement disponibles mais également accessibles dans son pays d'origine ».*

Ainsi, en ce qui concerne les *« connaissances du traitement de la drépanocytose »*, ils exposent que *« ni la décision attaquée, ni le rapport du médecin de l'Office des étrangers n'indiquent l'éventuelle spécialité de ce « médecin-attaché » ; [qu'] il résulte du site de l'ordre des médecins que [ledit médecin-attaché] [...] est un médecin généraliste [...] ; [que] le requérant a, quant à lui, déposé des certificats médicaux de plusieurs médecins spécialistes congolais et du Dr [F.] qui est pédiatre ; [que] le fait de donner la préférence à l'avis de l'expert le moins spécialisé entraîne dans le chef de la partie adverse une violation du principe de bonne administration ; [qu'] en effet, il est dès lors permis de penser que le médecin de l'Office des étrangers ne connaissait pas les particularités de la maladie du requérant ; [qu'] il en est d'autant plus ainsi que le médecin conseil de la partie adverse a rendu un avis sur dossier, sans même rencontrer le requérant ; [que] la partie adverse a dès lors violé le principe de bonne administration [...] ; [que] la loi permet, en outre, au médecin conseil de convoquer le requérant s'il l'estime nécessaire pour effectuer un examen médical complémentaire, faculté que la partie adverse n'a pas mise en œuvre alors qu'elle lui aurait permis de répondre aux questions concernant son traitement [...] ; [que] la partie adverse a dès lors violé de manière flagrante ses obligations et plus particulièrement le principe de bonne administration ».*

2.2.1. S'agissant des *« sources relatives à la disponibilité et à l'accessibilité des soins »*, ils font valoir que les divers documents auxquels le médecin-conseil de la partie défenderesse se réfère pour démontrer la disponibilité des soins et des médicaments dans le pays d'origine du pupille *« ne sont cependant pas pertinents et ne permettent pas de valablement démontrer qu'en cas de retour en RDC, le requérant aura accès au traitement et au suivi médical spécifique que nécessite son état ».*

2.2.1.1. En ce qui concerne plus particulièrement la *« la disponibilité des médicaments et des soins »*, ils critiquent, tout d'abord, *« le fait que « la partie adverse se base sur les informations tirées du Projet MedCOI, ainsi que sur la liste des médicaments essentiels publiées par l'OMS afin de considérer que le traitement médicamenteux et les soins que nécessite l'état du requérant sont disponibles en RDC ».* Ils exposent que *« les MedCOI référencés BMA 7088 et BMA 6555 reprennent l'existence de certains traitements et soins dans des cliniques et pharmacies données à Kinshasa ; [que] le document de l'OMS reprend, quant à lui, une liste de médicaments essentiels prétendument disponibles en RDC sans autre forme d'explication ; or, l'avis du médecin-conseil précise explicitement que le projet Med-COI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine ; [qu'] il précise que l'information fournie est limitée à la disponibilité du traitement médical, habituellement dans une clinique et/ou institution de santé, dans le pays d'origine et qu'elle ne fournit pas d'information concernant l'accessibilité du traitement ; [que] les informations déposées se limitent en l'espèce à indiquer si le traitement est disponible ; [qu'] aucune information n'est fournie sur le coût des médicaments, sur les éventuelles ruptures de stock, sur la disponibilité des médecins spécialistes et des infrastructures, sur les délais pour obtenir un rendez-vous, sur les*

possibilités d'avoir un suivi régulier et à quel coût, de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent pas de s'assurer que le requérant bénéficiera d'un traitement adéquat en cas de retour en RDC ; [que] les informations MedCOI sont, en outre, extrêmement limitées puisque qu'elles ne concernent que la question de la disponibilité des soins dans une clinique ou un institut donné ; [qu'] en conclusion, en se référant à une simple liste de médicaments et de soins théoriquement disponibles en RDC sans aucune autre précision afin de considérer que le requérant pourrait disposer et avoir accès au traitement que nécessite son état, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et de motivation ».

Les requérants critiquent, ensuite, le fait que « *la partie adverse se réfère [...] à toute une série de sites internet afin de démontrer que le suivi est disponible* ». Ils formulent, à cet égard, plusieurs remarques et exposent ce qui suit :

« a) La partie adverse se réfère tout d'abord à la page d'accueil de l'hôpital du Cinquantenaire à Kinshasa qui révèle que cet établissement dispose d'un centre de pédiatrie. Aucune information n'est cependant disponible sur la prise en charge des enfants souffrant de la pathologie très spécifique qu'est la drépanocytose, sur le coût de cette prise en charge, sur la présence de médecins spécialistes et sur leur disponibilité.

b) Elle se réfère ensuite à au site internet drepanvie.org reprenant les centres spécialisés en matière de drépanocytose dans le monde. Il révèle qu'il y a trois médecins à Kinshasa capable de suivre ce type de pathologie. Rien n'indique cependant dans quelle mesure il est possible d'obtenir un rendez-vous avec eux, si un suivi régulier est envisageable, ni à quel coût. L'un de ces trois médecins est le Dr Tshilolo, hématologue au centre hospitalier de Monkole. Il ressort cependant de la demande de séjour du 19 août 2013 que ce dernier a, avec la collaboration d'une spécialiste française de la drépanocytose rédigé un rapport intitulé « Les progrès thérapeutiques dans la prise en charge de la drépanocytose sont-ils applicables en Afrique Subsaharienne » (voir dossier administratif) qui révèle que :

« (...) La quasi-totalité des ces soin (sic) ont un coût exorbitant en Afrique où ils ne peuvent pas être appliqués. Pourtant, la pénicilline, les vaccins, l'hydroxyurée pour le moins devraient y être accessibles sans réserve,... Si la pénicilline quotidienne et le vaccin anti-pneumococcique sont justifiés, il est probable qu'il faudrait sélectionner un autre vaccin conjugué que le prévenar qui ne couvre pas toutes les souches présentes en Afrique. Le dépistage néonatal est encore très exceptionnellement fait. La transfusion ponctuelle est en constante amélioration, mais les programmes d'échange transfusionnel, destinés en particulier à prévenir les complications neurologiques, restent indisponibles. Les indications de l'hydroxyurée en Afrique sont plus fréquentes du fait de l'inaccessibilité de la transfusion chronique et devrait faire l'objet d'un consensus. (...) »

Le médecin spécialiste cité par la partie adverse constate dès lors lui-même un manque criant d'infrastructures et de traitements adéquats. Il insiste également sur le coût exorbitant des soins. Il ressort, en outre, du document du Cefacongo auquel se réfère la partie adverse pour considérer que les critiques émises par le requérant concernant le centre Monkole dans sa demande de séjour ne sont pas fondées que :

« Au fil des ans, les avancées scientifiques et technologiques ont amélioré la détection et la gestion de la maladie en particulier dans les pays occidentaux. Toutefois, les avantages de ces progrès n'ont pas été traduits par des résultats tangibles dans les pays africains où la charge de la morbidité demeure encore plus élevée. Plus de 90 % de personnes atteintes de la drépanocytose naissent en Afrique et la prévalence de la

drépanocytose varie entre 10 - 40% de la population dans certaines régions d'Afrique. Des estimations approximatives indiquent que la prévalence du trait beta S dans les rangs de la population congolaise varie entre 15 - 20%, qui est parmi les plus élevés en Afrique alors que la prévalence à la naissance estimée d'enfants atteints de drépanocytose en RDC se situe entre 1,8 à 2% et on estime que plus de 75% des enfants atteints de la drépanocytose meurent avant l'âge de deux ans.

(...)

En RDC, La Fondation Pierre Fabre compte appuyer le Centre Hospitalier Monkole dans l'amélioration de la prise en charge des enfants drépanocytaires à Kinshasa et renforcer également un partenariat de collaboration dans le domaine de la recherche et la formation pour le bénéfice de la population. Ce projet devrait voir le jour l'année prochaine au cours de laquelle Monkole pour ses 20 ans compte ouvrir un nouveau complexe moderne de 150 lits. »

Il ressort donc clairement de ces informations que la RDC ne parvient pas encore, à l'heure actuelle, à lutter efficacement contre cette maladie. Rien n'indique en outre que le projet mentionné a effectivement été mis en œuvre et permet d'apporter un soutien et des soins adaptés à tous les enfants souffrant de drépanocytose en RDC.

Le second document issu du site internet drepavie.org reprend des informations générales sur le traitement de la drépanocytose et ne concerne en rien la disponibilité des traitements en RDC. Il n'est donc pas pertinent en l'espèce et en s'y référant, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation.

c) La partie adverse se réfère par ailleurs à un document de l'Ordre de Malte qui évoque la volonté de mettre en place des programmes d'aide des patients drépanocytaires à Kinshasa. Aucune information n'est cependant mentionnée sur la mise en œuvre et l'effectivité de ce projet, de sorte que la partie adverse ne pouvait valablement se baser sur ce document pour considérer que les soins sont disponibles en RDC.

d) Le dernier document sur lequel se base la partie adverse pour justifier ses allégations a été publié sur le site mediaf.org et évoque l'existence d'une association (Noir et Blanc) qui, dans le cadre de sa mission, se concentre sur le dépistage néonatal de la drépanocytose.

Bien que l'existence de cette association constitue une avancée positive dans le cadre de la lutte contre cette maladie en RDC, elle ne concerne en rien la question de la disponibilité du traitement. La question n'est, en effet, pas ici de savoir si le requérant pourrait être dépisté en cas de retour en RDC puisqu'il l'a déjà été étant enfant mais bien s'il pourrait y recevoir un suivi médical et un traitement adéquat. Ce document n'est dès lors pas pertinent en l'espèce et c'est à tort que la partie adverse s'y est référée dans sa décision.

Par conséquent, en se basant sur les sources précitées pour démontrer la disponibilité des soins que nécessite l'état du requérant, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision ».

2.2.1.2. En ce qui concerne plus particulièrement « l'accessibilité des médicaments et des soins », les requérants critiquent les différentes sources sur lesquelles se base la partie défenderesse pour considérer que « les soins et le suivi que nécessite le requérant sont accessibles en RDC ».

Ils contestent, tout d'abord, le fait que la partie défenderesse considère que « le requérant pourrait avoir accès aux soins adéquats car la RDC développe un système de mutuelle de santé sous la tutelle du Ministère du travail et de la prévoyance sociale ». Ils reprochent à la partie défenderesse de renvoyer « au texte de loi attribuant cette mission au Ministère du travail et de la prévoyance sociale, [...] [alors que] le seul fait de se référer à un texte de loi ne suffit pas à démontrer qu'il existe effectivement un système de mutuelle qui permettrait au requérant d'avoir accès aux traitements adéquats ». Ils en concluent que « la motivation de la décision attaquée sur ce point n'est dès lors pas adéquate ».

Ensuite, ils reprochent à la partie défenderesse de se référer « au Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 qui a notamment pour objectif de permettre à tous d'avoir accès aux services sociaux de base de qualité ». Ils reprochent, en outre, à la partie défenderesse d'avoir considéré que « beaucoup de mutuelles ont vu le jour ces dernières années, [...] [se référant à cet égard] à un article expliquant que de plus en plus de congolais font appel à des mutuelles ». Ils affirment qu'« il s'agit cependant de documents extrêmement généraux qui n'indiquent absolument pas dans quelle mesure les enfants atteints de la drépanocytose, une maladie grave dont le traitement spécifique est assez coûteux, peuvent voir leurs soins et leur traitement qui doit être pris à vie remboursés par l'Etat au travers notamment de système de mutuelle ni à quel coût et dans quelles conditions il est possible de s'affilier à une mutuelle ».

Enfin, ils critiquent la partie défenderesse de s'être référée « à un montant de cotisation (2,5 à 4,5 dollars par mois) d'une manière telle que l'on pourrait croire que cette information concerne l'ensemble des mutuelles en RDC, alors qu'une analyse approfondie du document déposé révèle que cette information provient d'un témoignage d'un agent de la mairie de Likasi au Katanga qui est personnellement affilié à « l'Assurance communautaire de santé » ; [que] cette information ne peut dès lors être considérée comme valant pour toutes les mutuelles et rien n'indique que cette mutuelle est accessible à tous, aucune information plus précise à ce sujet ne figurant au dossier administratif ; [que] les informations référencées parlent, en outre, de couverture de soins de santé primaire et non de la problématique spécifique qu'est le suivi des maladies graves comme la drépanocytose ; [que] par conséquent, les documents déposés par la partie adverse afin de démontrer l'existence d'un système de mutuelle et d'aide qui permettrait au requérant d'accéder aux soins et au suivi médical et biologique que requiert son état ne sont pas pertinents et ne sont, en tout état de cause, pas suffisants pour pouvoir considérer que les soins sont effectivement accessibles ; [que] les documents figurants au dossier administratif démontrent au contraire qu'il n'existe pas de couverture sociale efficace en RDC ; [que] la partie adverse a dès lors commis une erreur d'appréciation et n'a pas adéquatement motivé sa décision ».

2.3. Dans une deuxième branche, ils exposent que « le requérant a joint à sa demande d'autorisation de séjour du 19 août 2013 différents rapports concernant le traitement de la drépanocytose en RDC, plus particulièrement pour les enfants et les risques que ceux-ci encourent du fait de cette maladie ; [qu'] outre les informations mentionnées concernant l'absence de disponibilité et d'accessibilité du traitement, il y est relevé que les enfants drépanocytaires encourent des risques d'aggravation de la maladie du seul fait de vivre en RDC en raison du risque de contracter le paludisme et la malaria ; [que] celles-ci déclenchent des crises drépanocytaires et engagent leur risque vital. Il y est également indiqué que les enfants drépanocytaires sont les sujets les plus transfusés, ce qui nécessite un ensemble de mesures de précaution pour éviter toute contamination infectieuse, mesures qui sont fortement limitées en RDC ; [que] la partie adverse ne répond nullement à ces informations objectives, claires et précises apportées par le

requérant qui concernent précisément la problématique de la drépanocytose chez les enfants en RDC ; [qu'] elle se borne à déclarer que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 et que lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve ; [que] cette motivation est tout à fait inadéquate et ne rencontre en rien le contenu précis des documents joints à la demande ; [que] la partie adverse ne répond, en effet, nullement aux arguments spécifiques de la demande concernant le risque de crises drépanocytaires et les risques liés aux transfusions pour le requérant en cas de retour en RDC ; [qu'] il en va de même concernant les informations relatives à l'absence de disponibilité et d'accessibilité des soins spécifiques requis ».

A cet égard, ils citent des extraits des arrêts n° 110.513 et 73.791 rendus par le Conseil de céans respectivement les 24 septembre 2013 et 23 janvier 2012. Ils font valoir qu' *« en l'espèce, la partie adverse a manifestement violé son obligation de motivation et les principes de bonne administration tels qu'énoncés au moyen ; [qu'] elle a de même commis une erreur manifeste d'appréciation de la demande de la requérante, violant ainsi également l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 et l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme ; [que] la partie adverse étant tenue de rendre sa décision en se basant sur tous les éléments déposés au dossier administratif au moment où elle statue a dès lors violé le principe de bonne administration et a commis une erreur de motivation en considérant que le suivi nécessaire était disponible et accessible au pays d'origine et en ne tenant pas compte des informations relatives aux différents risques d'aggravation de sa maladie encourus par le requérant ».*

2.4. Dans une troisième branche, ils invoquent *« le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre »*. Ils exposent que *« le requérant n'a pas été entendu par les services de la partie adverse avant que la décision de rejet de sa demande ne soit prise »*. Ils affirment que *« la décision attaquée viole dès lors les droits de la défense ainsi que les articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne »*.

3. Examen du moyen d'annulation.

3.1. Sur les trois branches réunies du moyen unique, le Conseil rappelle que l'obligation de motivation formelle des actes administratifs implique que la décision administrative fasse apparaître, de façon claire et non équivoque, le raisonnement de son auteur de manière à permettre à l'administré de connaître les justifications de la mesure prise et à la juridiction compétente d'exercer son contrôle.

Par ailleurs, lorsque l'administré estime que l'obligation de motivation matérielle a été violée par l'autorité administrative, il est appelé à démontrer que les constatations factuelles sur lesquelles s'appuie la décision attaquée ne sont pas exactes, ou que les conclusions que l'autorité administrative en déduit sont manifestement déraisonnables.

3.2. Le Conseil rappelle également que l'article 9ter, § 1^{er}, de la Loi, inséré par la loi du 15 septembre 2006 et modifié par les lois des 29 décembre 2010 et 8 janvier 2012, est rédigé comme suit :

« 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.

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.

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

Il résulte de ce qui précède que l'article 9ter, § 1^{er}, de la Loi présente deux hypothèses distinctes, susceptibles de conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour pour l'étranger gravement malade :

- D'une part, le cas dans lequel l'étranger souffre d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est pas, de ce fait, en état de voyager. En effet, en ce cas de gravité maximale de la maladie, l'éloignement de l'étranger vers le pays d'origine ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat. Il est requis que le risque invoqué, de mort ou d'atteinte certaine à l'intégrité physique de la personne, qui doit être «réel» au moment de la demande, revête, à défaut d'être immédiat, un certain degré d'actualité, c'est-à-dire que sa survenance soit certaine à relatif court terme.

- D'autre part, le cas dans lequel l'étranger malade n'encourt pas, au moment de la demande, de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe aucun traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. En effet, en ce cas, la maladie de l'étranger, quoique revêtant un certain degré de gravité (voir : CE 5 novembre 2014, n°229.072 et n° 229.073), n'exclut pas *a priori* un éloignement vers le pays d'origine, mais il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. (voir : CE 16 octobre 2014, n° 228.778)

Toutefois, depuis la loi modificative du 8 janvier 2012, si la maladie alléguée par la partie requérante lors de la recevabilité de la demande ne répond «manifestement» pas à aucune de ces deux hypothèses précitées, la demande est, sur avis médical préalable,

déclarée irrecevable conformément au paragraphe 3, 4°, de l'article 9^{ter} de la Loi, peu importe l'existence et l'accès aux soins dans le pays d'origine.

3.3. En l'espèce, le Conseil observe que la partie défenderesse a examiné la situation du pupille sous l'angle de la seconde hypothèse précitée de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la Loi.

A cet égard, force est de constater que la décision attaquée repose sur l'avis médical du 16 novembre 2015, établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse sur la base des certificats et documents médicaux produits par les requérants. Il ressort de l'avis médical précité que le pupille souffre de pathologie active actuelle suivante : « *Drépanocytose en traitement médicamenteux* ».

L'avis médical indique le traitement actif actuellement suivi par le pupille, lequel se présente de la manière suivante : « *Hydréa, acide folique et Pénioral* ».

Le médecin-conseil examine ensuite dans l'avis médical précité la « capacité de voyager » du pupille et indique que « *sur base des données médicales fournies, il peut être affirmé qu'aucune contre-indication actuelle, aiguë ou stricte n'a été formulée, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages, et que l'intéressé ne requiert pas d'encadrement médicalisé particulier. Par conséquent, le requérant est capable de voyager (cf certificat médical du 24.07.13)* ».

Le médecin-conseil examine ensuite la « disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine » du pupille et, à la lumière des informations et des recherches effectuées dont il précise les sources, indique ce qui suit :

« *Hydréa® (hydroxyurée), acide folique® (acide folique) et Pénioral® (pénicilline).*

Les molécules présentes au traitement médicamenteux ainsi que le suivi médical sont disponibles en Rép. dém. du Congo.

A noter qu'une greffe médullaire n'est pas envisagée actuellement, contrairement à ce qui était discuté par les médecins du pays d'origine. Par ailleurs, cette greffe ne pourrait être envisagée qu'en cas d'existence de donneur familial compatible (lire à ce propos les conclusions du Dr A. FERSTER dans ses certificats médicaux des 24 et 29.07.2013).

Enfin, si besoin était, les greffes médullaires sont actuellement effectuées au pays d'origine.

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique ».

S'agissant de « l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », le Conseil observe que le médecin-conseil de la partie défenderesse, après avoir longuement examiné et écarté les arguments évoqués par les requérants pour démontrer l'inaccessibilité des soins en République démocratique du Congo, indique les différents mécanismes d'assistance médicale dans ce pays auxquels le pupille peut recourir, notamment l'existence d'un « *système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale* » ; la création, grâce au lancement par le ministère de la Santé, en septembre 2012, du Programme national pour la promotion des mutuelles

de santé, de nombreuses « organisations mutualistes : SOLIDARCO (solidarité Belgique-Congo) » auxquelles de plus en plus de Congolais adhèrent pour faire face aux coûts des soins de santé. Le médecin-conseil indique également que le pupille « a encore de la famille au pays d'origine, [et qu'] il est permis de croire que ses parents doivent avoir tissé des relations sociales susceptibles de leur venir en aide en cas de nécessité ».

Par ailleurs, répondant aux critiques formulées par les requérants concernant le « Centre Monkole », le médecin-conseil note que « le Centre de Formation et d'Appui sanitaire associé au Centre Hospitalier Monkole (CEFA-MONKOLE), mis en place depuis 2006 avec l'appui de l'Union Européenne et de la Coopération française, est spécialisé dans la lutte contre cette maladie par des actions de dépistage néonatal et de prise en charge complète des enfants dépistés et des patients déjà connus, des formations de prestataires de soins, des sensibilisations de la population et des parents des drépanocytaires et le soutien social ainsi que l'éducation et l'appui logistique des associations de lutte contre l'anémie SS ; [que] toutes ces actions se déroulent à Kinshasa et dans des provinces telles que le Bas-Congo, le Katanza, les deux Kasaï et la Province orientale [...] ; que la Fondation Pierre Fabre appuie le Centre Hospitalier Monkole dans l'amélioration de la prise en charge des enfants drépanocytaires à Kinshasa et œuvre également à renforcer un partenariat de collaboration dans le domaine de la recherche et la formation pour le bénéfice de la population ».

3.4. En conséquence, force est de constater qu'il ressort du dossier administratif que tous les éléments médicaux invoqués par les requérants dans leur demande d'autorisation de séjour ont été examinés par le médecin-conseil de la partie défenderesse qui, à bon droit, a conclu dans son avis médical précité que « le requérant est âgé de 16 ans et originaire de Rép. dém. du Congo ; [que] l'affection faisant l'objet de cette requête est une drépanocytose en traitement médicamenteux ; [...] qu'il n'incombe pas au médecin de l'Office des Etrangers, dans l'exercice de sa mission, de supputer la possibilité de l'aggravation ultérieure d'une pathologie et en ce, la probabilité de survenue d'hypothétiques complications, mais de statuer, sur base des documents médicaux qui lui ont été transmis, si ces pathologies peuvent actuellement être considérées comme des maladies visées au § 1^{er} alinéa 1^{er} de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article ; [qu'] il n'est fait mention d'aucune contre-indication actuelle, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages pour autant que l'enfant, en sa qualité de mineur, soit accompagné ; [que] les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé est atteint d'une affection médicale 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 ; [que] du point de vue médical, nous pouvons conclure que l'affection précitée n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Rép. dém. du Congo ; [qu'] il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».

Il résulte de ce qui précède qu'au regard de leurs obligations de motivation formelle, le médecin-conseil dans son avis, ainsi que la partie défenderesse dans l'acte attaqué, ont fourni aux requérants une information claire, adéquate et suffisante qui leur permet de comprendre les raisons pour lesquelles il n'a pas été fait droit à leur demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la Loi. Exiger davantage de précisions dans la motivation de l'acte attaqué, et notamment contraindre la partie défenderesse à répondre distinctement à chaque document ou chaque allégation des requérants, ou encore l'obliger à fournir les motifs des motifs de sa décision, excèderaient son obligation de motivation.

3.5. En termes de requête, force est de constater que les requérants se bornent à réitérer les éléments de fait déjà invoqués à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour et à opposer aux différents arguments figurant dans la décision attaquée et dans l'avis médical précité, des éléments de fait sans pour autant démontrer l'existence d'une violation des dispositions visées au moyen, ce qui revient à inviter le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse. Or, le Conseil rappelle qu'il est compétent pour exercer un contrôle de la légalité de la décision administrative attaquée et qu'à ce titre, il ne lui appartient nullement de se prononcer sur l'opportunité des décisions qui relèvent du pouvoir discrétionnaire de la partie défenderesse, ni de substituer, dans le cadre de l'examen du recours, son appréciation à celle de l'administration dès le moment où il ressort du dossier que cette autorité a procédé, comme en l'espèce, à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

3.6. Plus particulièrement, les requérants contestent les connaissances du médecin conseil de la partie défenderesse sur le traitement de la drépanocytose dès lors qu'il est un médecin généraliste et non pas un spécialiste. Les requérants contestent également les sources sur lesquelles se fonde le médecin conseil pour conclure à la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi en République démocratique du Congo.

A cet égard, le Conseil observe qu'il ressort des termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5, précité, qu'il n'est nullement requis que le fonctionnaire médecin soit un médecin spécialiste ou qu'il convient obligatoirement de faire examiner le demandeur par un médecin spécialiste. Une telle exigence ne ressort en effet pas de la disposition précitée.

Par ailleurs, le Conseil n'aperçoit pas en quoi le médecin-conseil de la partie défenderesse n'aurait pas pris en considération la particularité de la pathologie dont souffre le second requérant, alors qu'il ressort de l'avis médical précité du 16 novembre 2015 que celui-ci a examiné l'ensemble des certificats médicaux produits par les requérants et a conclu, sans s'écarter du diagnostic posé par le médecin spécialiste qui suit le pupille en Belgique, que ce dernier souffre de « *drépanocytose en traitement médicamenteux* » dont le traitement actif actuel qui lui a été prescrit par ledit médecin spécialiste, à savoir « *Hydréa, acide folique et Pénioral* », est disponible et accessible dans son pays d'origine, la République démocratique du Congo.

En effet, le Conseil observe, à la lecture du certificat médical du 24 juillet 2013, établi par le médecin spécialiste qui suit le pupille en Belgique, qu'à la question sur l'« *évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine* », le médecin spécialiste a indiqué que le pupille « *a eu accès au traitement mais pas aux compétences pour son ajustement* ». Le médecin spécialiste a également répondu par « *oui* » à la question de savoir si « *le patient peut-il voyager vers son pays d'origine* ».

Le Conseil observe que les informations du médecin spécialiste sur la disponibilité et l'accessibilité des soins étaient parfaitement connues de la tutrice du pupille, ainsi que de leur avocat. En effet, par un courriel du 24 juin 2014 figurant au dossier administratif, l'avocat du requérant s'est adressé, notamment à la tutrice du pupille, en ces termes : « *J'ai bien reçu les certificats médicaux [...]. Les certificats insistent sur le fait que la famille d'Exaucé a pu se procurer les médicaments au Congo et que donc ils sont disponibles, que des spécialistes en drépanocytoses sont disponibles au Congo, qu'Exaucé peut vivre une vie normale sous traitement et voyager et qu'aucune greffe n'est envisagée. Il insiste également sur le fait qu'Exaucé a été « abandonné » à une*

institution en Belgique. Bref, rien de faux mais ça n'aidera certainement pas le dossier d'Exaucé à l'OE. Je suis donc d'avis de ne pas déposer ces documents ».

Dès lors, le Conseil estime, à la suite de la partie défenderesse dans sa note d'observations, que *« le requérant est [...] malvenu de contester la disponibilité et l'accessibilité des soins requis par son état de santé qu'il ressort de différents documents, émanant du pays d'origine et repris dans l'historique clinique du fonctionnaire médecin que le requérant, avant son arrivée en Belgique, a été suivi par différents médecins et centres spécialisés dans le traitement de la drépanocytose [...] ; [que] les rapports médicaux établis par ces institutions spécialisées pour le traitement des patients atteints de la drépanocytose mentionnent que le requérant a déjà bénéficié au Congo du traitement qui lui est prescrit actuellement, à savoir l'Hydréa, la pénicilline et l'acide folique, et confirment la « prise régulière de ses médicaments » [...] ; [que] le requérant reste en défaut de démontrer qu'il ne pourrait à nouveau bénéficier des mêmes soins et suivis en cas de retour dans son pays d'origine ».*

S'agissant du reproche formulé à l'encontre du Projet MedCOI, pris comme source d'informations par le médecin-conseil de la partie défenderesse, le Conseil estime qu'il résulte d'une lecture attentive de l'avis médical précité du 16 novembre 2015 que le projet MedCOI ne consiste pas en un simple annuaire médical qui se limiterait à répertorier les noms des médicaments présumés disponibles, mais vise à répondre à des questions précises quant à la disponibilité du traitement médical dans une clinique ou institution de santé précise dans un pays déterminé.

Pour le surplus, s'agissant des critiques sur les sources d'informations contenues dans l'avis médical précité du 16 novembre 2015, le Conseil observe que les informations démontrant la disponibilité et l'accessibilité des soins en République démocratique du Congo figurent bien au dossier administratif, de sorte que si les requérants désiraient compléter leur information quant aux considérations de fait énoncées dans l'acte attaqué et dans l'avis médical précité du médecin-conseil, il leur était parfaitement loisible de demander la consultation de ce dossier sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration.

Quoi qu'il en soit, le Conseil estime que l'ensemble des références citées par la partie défenderesse, ainsi que les informations jointes au dossier administratif, sont suffisamment précises et fiables pour établir la disponibilité des soins et de la prise en charge de la pathologie du second requérant, ainsi que l'accessibilité des soins et de leur suivi en République démocratique du Congo.

3.7. s'agissant de l'argument selon lequel les requérants n'auraient pas été entendus par la partie défenderesse avant la prise de l'acte attaqué, le Conseil rappelle que le droit à être entendu, avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts, garantit à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts. La règle selon laquelle le destinataire d'une décision faisant grief doit être mis en mesure de faire valoir ses observations avant que celle-ci soit prise, a pour but que l'autorité compétente soit mise à même de tenir utilement compte de l'ensemble des éléments pertinents. Le droit à être entendu doit permettre à l'administration compétente d'instruire le dossier de manière à prendre une décision en pleine connaissance de cause et de motiver cette dernière de manière appropriée, afin que, le cas échéant, l'intéressé puisse valablement exercer son droit de recours.

En l'occurrence, conformément à l'article 9^{ter} de la Loi, tel qu'il est applicable en l'espèce, l'étranger qui introduit une demande d'autorisation de séjour pour des raisons médicales « *transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.*

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

En l'espèce, les requérants ont introduit le 19 août 2013 une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi. A cet égard et conformément à la loi, il ressort du dossier administratif que les requérants ont produit plusieurs documents et certificats médicaux, lesquels ont été examinés par le médecin-conseil de la partie défenderesse qui a conclu, à bon droit, ainsi qu'il a été démontré supra, que « *dans son avis médical remis 16.11.2015, (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 à l'intéressé, qu'il n'est fait mention d'aucune contre- indication, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages et qu'il n'y a pas aussi de contre-indication médicale à un retour du requérant à son pays d'origine [...] ; [que] par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH ».*

Force est dès lors de constater que les requérants ont été mis en mesure de faire valoir tous les éléments pertinents à l'obtention du séjour qu'ils revendiquent, de sorte qu'il ne peut être affirmé que la partie défenderesse a porté atteinte au droit des requérants à être entendu.

Par ailleurs, si les requérants désiraient apporter des informations pertinentes avant la prise de l'acte attaqué, il leur appartenait d'actualiser leur dossier en informant la partie défenderesse de tout élément susceptible de fonder leur demande d'autorisation de séjour. Or, le Conseil observe que même en termes de requête, les requérants n'indiquent pas les éléments qu'ils auraient produits ou invoqués à l'appui de l'exercice du droit d'être entendu.

Partant, les requérants ne sont pas fondés à se prévaloir d'une violation des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

3.8. En conséquence, le moyen unique n'est fondé en aucune de ses branches.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut 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.

4.2. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique.

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

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

Mme M.-L. YA MUTWALE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A.D. NYEMECK

M.-L. YA MUTWALE