

Arrêt

n° 186 652 du 10 mai 2017
dans l'affaire X / VII

En cause : 1. X

Ayant élu domicile : au X

contre :

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

LE PRESIDENT F.F. DE LA VII^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 1^{er} juin 2016, par X et X, qui déclarent être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et de deux ordres de quitter le territoire, pris le 21 mars 2016.

Vu le titre I^{er} 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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 17 février 2017 convoquant les parties à l'audience du 22 mars 2017.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. MADANI *loco* Me C. MARCHAND, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 Le 16 avril 2012, les requérants ont, chacun, introduit une première demande d'asile auprès des autorités belges.

1.2 Le 10 décembre 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13 *quinquies*) à l'égard de chacun des requérants.

1.3 Le 4 février 2013, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.4 Les procédures d'asile des requérants, visées au point 1.1, se sont clôturées par un arrêt n° 100 763, prononcé le 11 avril 2013, par lequel le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a refusé de leur reconnaître la qualité de réfugié et de leur accorder le statut de protection subsidiaire.

1.5 Le 31 mai 2013, la partie défenderesse a rejeté la demande d'autorisation de séjour du requérant, visée au point 1.3.

1.6 Le 7 juin 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinqüies}) à l'égard de chacun des requérants.

1.7 Le 11 février 2014, les requérants ont, chacun, introduit une deuxième demande d'asile auprès des autorités belges.

1.8 Le 25 mars 2014, les requérants ont introduit une seconde demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

1.9 Le 6 juin 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinqüies}) à l'égard de chacun des requérants. Les procédures d'asile des requérants, visées au point 1.7, se sont clôturées par deux arrêts n° 132 331, prononcé le 28 octobre 2014 et n°132 410, prononcé le 29 octobre 2014, par lesquels le Conseil a refusé de leur reconnaître la qualité de réfugié et de leur accorder le statut de protection subsidiaire.

1.10 Le 18 novembre 2014, les requérants ont complété leur demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.8.

1.11 Le recours introduit devant le Conseil contre la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.5, a été rejeté par un arrêt n°160 699 prononcé le 25 janvier 2016.

1.12 Le 24 mars 2015, les requérants ont complété leur demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.8.

1.13 Le 26 mars 2015, la partie défenderesse a rejeté la demande d'autorisation de séjour des requérants, visée au point 1.8, et a pris deux ordres de quitter le territoire (annexes 13) à l'égard de chacun d'entre eux. Ces décisions ont été annulées par le Conseil par un arrêt n° 161 615 prononcé le 9 février 2016.

1.14 Le 19 février 2016, les requérants ont complété leur demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.8.

1.15 Le 21 mars 2016, la partie défenderesse a, de nouveau, rejeté la demande d'autorisation de séjour des requérants, visée au point 1.8, et a pris deux ordres de quitter le territoire (annexes 13) à l'égard de chacun d'entre eux. Ces décisions, qui leur ont été notifiées le 9 mai 2016, constituent les actes attaqués, et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour (ci-après : la première décision attaquée) :

« 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 requérant] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine du requérant.

Dans son rapport du 18 mars 2016 (joint, sous plis [sic] fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et

conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Congo (Rép. dém.).

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant (ci-après : la deuxième décision attaquée) :

« En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la requérante (ci-après : la troisième décision attaquée) :

« En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteur [sic] des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des « principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause », ainsi que du défaut de motivation et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.1.1 Dans une première branche, elle reproche au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir considéré que « l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager ». Elle soutient que « dans le cadre de sa demande de séjour, le requérant a communiqué différents certificats médicaux se prononçant très clairement sur l'impossibilité de voyager : - Dans son certificat du 2 juillet 2013, le Docteur [M.], généraliste, indique que depuis son AVC, il est impossible pour [le requérant] de marcher avec des béquilles et de voyager ; - Dans son certificat du 21 janvier 2014, le Docteur [H.], cardiologue, constate que [le requérant] ne pourrait pas voyager vers son pays d'origine vu ses problèmes neurologiques et le suivi. Même si le Docteur [V.], cardiologue, a répondu par l'affirmative à la question de savoir si [le requérant] pouvait voyager, l'Office des Etrangers devait analyser le dossier médical du requérant dans son ensemble, au regard de ses différentes pathologies et surtout en tenant compte de l'évolution de son état de santé. D'autant que le requérant ne se déplace désormais plus qu'en chaise roulante. Le certificat médical du Docteur [C.], établi le 18 février 2016, insiste sur ce fait ainsi que sur l'aide permanente dont [le requérant] a besoin pour les actes de la vie courante. En considérant que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager, la partie adverse a ainsi commis une erreur manifeste d'appréciation. [...] ».

2.1.2 Dans une deuxième branche, sous le titre « Quant à la disponibilité des médicaments », la partie requérante fait valoir que « [l]es documents mentionnent la disponibilité de certains médicaments dont a besoin le requérant en [République démocratique du Congo (ci-après : la RDC)] mais aucune information n'est fournie sur l'accessibilité géographique de ces médicaments, sur leur coût, sur les éventuelles ruptures de stock,... 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. Les documents ajoutés dans le cadre de la présente décision et portant la référence commençant par « BMA » n'ont pas été transmis au conseil du requérant, de sorte qu'il n'a pas pu prendre connaissance de son contenu dans le cadre de la rédaction du présent recours. Cela est contraire aux droits de la défense et au principe du contradictoire. Il en va de même du site cité en note de bas de page 4 <http://www.who.int/medicines/publications/policyperpectives/fr> qui n'est pas accessible ».

Elle ajoute que « la partie adverse renvoie à une liste de médicaments essentiels (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18817fr/s18817fr.pdf>). Ce site dispense une liste nationale des médicaments essentiels, élaborée en 1987 et mise à jour pour la dernière fois en 2010. Dans l'introduction de ce document, il est clairement indiqué que l'OMS recommande la mise à jour de ce document tous les deux ans. Or, la dernière mise à jour remonte à plus de cinq ans. La partie adverse ne peut donc s'appuyer sur cette liste non actualisée pour estimer que le traitement requis est disponible en RDC », cite une jurisprudence du Conseil et précise que « [o]utre le caractère ancien de cette liste, l'ensemble des médicaments requis par l'état de santé du requérant n'y figure pas ».

La partie requérante souligne également que « Le [médecin conseil de la partie défenderesse] estime que la disponibilité de molécules équivalentes dans le pays d'origine suffit à démontrer l'absence de risque réel de traitement inhumain ou dégradant. La décision attaquée ne permet toutefois pas de comprendre comment le médecin conseil, et à sa suite l'Office des Etrangers, arrive à cette conclusion. En effet, le Docteur [V.V.], généraliste, au sein de son certificat du 14 février 2014, mentionnait à l'inverse que le changement des médicaments du traitement d[u requérant] par d'autres médicaments de la même classe ne serait pas permis parce que moins efficaces ou avec des effets secondaires. Dans un certificat daté du 6 février 2014, le Docteur [H.], cardiologue, abondait dans le même sens. Le Docteur [M.], généraliste, mentionnait également, dans son certificat du 2 juillet 2013, qu'il y aurait un risque vital à modifier le traitement. A cet égard, il convient de relever que les Docteurs [V.V.] et [M.], généralistes, connaissent bien le requérant qui est suivi de façon régulière par leurs services. Il en va de même du Docteur [H.], cardiologue. Le [médecin conseil de la partie défenderesse], est quant à lui généraliste [...]. Il n'a dès lors pas de compétence et de formation particulière dans le domaine très spécifique des troubles cardiaques et neurologiques. Il est particulièrement malvenu de remettre en question le diagnostic posé par les médecins du requérant. [...] ». Elle cite ensuite une jurisprudence du Conseil d'Etat.

2.1.3 Sous un titre « Quant à la disponibilité des soins », la partie requérante rappelle notamment qu'« au sein du certificat médical du Docteur [C.], établi le 18 février 2016, il est clairement indiqué qu'un dispositif de ventilation en pression positive continue (C-PAP) est nécessaire chaque nuit au requérant. Le Docteur [L.] certifiait également, en date du 15 octobre 2015, que [le requérant] présentait un syndrome d'apnées du sommeil sévère nécessitant un traitement à vie par C-PAP ». Elle estime, à cet égard, qu'« [i]l est dès lors particulièrement malvenu de remettre en cause le dispositif médical mis en place par des médecins spécialistes et d'affirmer, comme le fait la partie adverse, que ce traitement n'est pas formellement indispensable, insistant naïvement sur la nécessité d'acquérir une hygiène de sommeil normal[e], de perdre du poids, d'éviter de dormir sur le dos, d'éviter la prise d'hypnotiques, de sédatifs, d'alcool et d'arrêter de fumer lorsque l'on fait référence [à] un homme de plus de 70 ans lourdement handicapé. La partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en ne tenant pas compte de la nécessité de cet outillage et de l'aggravation de l'état de santé d[u requérant]. D'autant que la partie adverse, après avoir p[r]is contact avec le Docteur [M.] à Kinshasa, rapporte « *qu'il n'existe pas d'appareil de pression positive continue. Certaines pharmacies pourraient s'en procurer sur commande mais il persiste un problème de fourniture d'électricité qui est soit instable, soit la tension est trop faible. Ce jour dans certains quartiers dont Righini, cela fait deux mois qu'il n'y a pas de courant ; il faut soit payer et acheter du courant chez ceux qui possèdent d'autres alternatives, soit posséder un groupe électrogène* » pour conclure que « *sous ces conditions, et si cela est vraiment nécessaire, le traitement par CPAP est disponible en RDC* », ce qui constitue un non-sens absolu et une inadéquation totale au sein-même de la motivation. [...] ».

3. Discussion

3.1.1 Sur le moyen unique, ainsi circonscrit, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical 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 ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9^{ter} précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9^{ter} précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales 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 souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.1.2 En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 18 mars 2016, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que le requérant « âgé de 70 ans, originaire de RDC » souffre de « séquelles de poliomyélite du MID [Membre inférieur droit] et d'AVC avec hémiparésie gauche (2011) », d'« hypertension artérielle, hyperuricémie et hypercholestérolémie » et d'« un syndrome d'apnées du sommeil modéré à sévère », pathologies pour lesquelles le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le médecin conseil de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif

actuel est composé de « *Indapamide, Moxonidine, Bisoprolol, Exforge (Valsartan + Amlodipine), Atorvastatine, Asaflow (acide acetylsalicylique [sic]), Oméprazole, Allopurinol, Aérosols combivent si nécessaire* » et que « *Les béquilles et la chaise roulante sont déjà acquises et à sa disposition* ».

3.2.1 S'agissant en premier lieu de la capacité de voyager du requérant, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse a considéré, dans son avis du 18 mars 2016, que « *Les pathologies invoquées stabilisées ne constituent pas des contre-indications médicales à voyager vers le pays d'origine si les soins y sont disponibles et accessibles pour la pathologie active actuelle. Il a d'ailleurs pu effectuer le voyage aller vers la Belgique avec ses affections. Le spécialiste, le Dr G. [V.] neurologue dans ces certificats médicaux du 06.02.2014 (et 26.09.2013) mentionne d'ailleurs que le requérant peut voyager vers son pays d'origine* ».

A cet égard, le Conseil observe tout d'abord que le médecin conseil ne semble pas tenir compte de l'évolution de l'état de santé du requérant, lorsqu'il indique que le requérant « *a d'ailleurs pu effectuer le voyage aller vers la Belgique avec ses affections* ». En effet, le Conseil observe, à l'instar de la partie requérante, que les certificats médicaux déposés par le requérant indiquent que l'état de celui-ci s'est empiré. Ainsi, le Dr [V.V.] indiquait le 14 février 2014 que le requérant « *se déplace très très mal, parle difficilement, ne sait pas vivre sans l'aide d'une tierce personne* » et que « *ce patient a besoin d'aide pour tout* » et que le Dr [C.] indiquait le 18 février 2016 que « *monsieur est en chaise roulante, a besoin d'aide pour sortir de son lit, se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, ...* », ce qui semble indiquer une aggravation de l'état du requérant, comparé aux certificats médicaux de 2013 qui indiquaient que le requérant se déplaçait encore en béquilles.

Ensuite, le Conseil observe, ainsi que l'a indiqué le médecin conseil de la partie défenderesse, que dans son certificat du 6 février 2014, à la question « *le patient peut-il voyager vers son pays d'origine* », le Dr [V.] a répondu « *oui* ». Toutefois, le Conseil observe que quatre certificats médicaux de médecins différents viennent contredire cette affirmation pour le moins concise. Ainsi, dans son certificat du 2 juillet 2013, le Dr [M.], généraliste, constatait une « *impossibilité de voyager* » et indiquait que « *ce patient ne peut pas voyager* » ; le 21 janvier 2014, le Dr [H.], cardiologue, à la question « *le patient peut-il voyager vers son pays d'origine* » répondait « *non, problème neurologique* » et, plus récemment, le Dr [V.V.], généraliste, déclarait, dans son certificat médical du 14 février 2014 qu'il « *ne pren[d] pas la responsabilité vu son HTA grave et son antécédent d'AVC. Risque de décès dans l'avion ou de récurrence d'AVC nécessitant un atterrissage forcé* » et, dans un autre document médical du 14 février 2014, le même médecin, soulignait que le requérant « *n'est plus en état de voyager en avion, sous peine de décès dans cet avion* ». De plus, le Dr [R.], généraliste, a rendu un certificat médical le 30 septembre 2014, y certifiant que « *le requérant est incapable de se déplacer à distance de son lieu de résidence, pour raisons médicales, de manière permanente* ». Dès lors, le Conseil estime, au vu de tous ces éléments, que le médecin conseil de la partie défenderesse ne pouvait se contenter de déclarer que « *Le spécialiste, le Dr G. [V.] neurologue dans ces certificats médicaux du 06.02.2014 (et 26.09.2013) mentionne d'ailleurs que le requérant peut voyager vers son pays d'origine* », sans plus de précisions, et sans rencontrer les avis de ces différents médecins. La partie défenderesse a donc manqué à son obligation de motivation.

3.2.2 L'argumentation développée à cet égard par la partie défenderesse dans sa note d'observations, laquelle « n'aperçoit pas comment la partie requérante peut prétendre que son médecin aurait commis une erreur manifeste d'appréciation des éléments qui lui étaient soumis en ce qui concerne sa capacité à voyager », faisant référence au caractère plus récent du certificat du Dr [V.], n'est pas de nature à remettre en cause les constats qui précèdent. En effet, d'une part, le Conseil observe que le certificat médical du Dr [V.] du 6 février 2014 est contredit par deux certificats médicaux du Dr [V.V.] du 14 février 2014 et par un certificat médical du 30 septembre 2014 Dr [R.], donc plus récents, et, d'autre part, le Conseil estime que cette argumentation ne peut être suivie, dans la mesure où elle tend à justifier *a posteriori* la première décision attaquée, ce qui ne peut être admis en vertu du principe de légalité.

3.3.1 S'agissant en deuxième lieu des informations concernant la disponibilité du traitement dans le pays d'origine du requérant, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué s'être basé sur huit résultats de demandes faites à la base de données MedCOI ainsi que sur le

site « <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18817fr/s18817fr.pdf> », pour estimer que le traitement nécessaire au requérant était disponible dans le pays d'origine.

3.3.1.1 Le Conseil observe, en ce qui concerne la base de données MedCOI, que la réponse à la quatrième requête (BMA-7689) précise notamment que l'Amlodipine, l'Hydrochlorothiazide, le Bisoprolol et l'acide acétylsalicylique sont disponibles en RDC ; que la réponse à la cinquième requête (BMA-7622) précise notamment que l'Atorvastatine est disponible en RDC ; que la réponse à la sixième requête (BMA-7342) précise notamment que l'Omeprazole est disponible en RDC ; que la réponse à la septième requête (BMA-7336) précise notamment que le Salbutamol et l'Ipratropium sont disponibles en RDC et que la réponse à la huitième requête (BMA-7741) précise notamment que le traitement par un ophtalmologue est disponible en RDC. Ces réponses ne visent dès lors, en ce qui concerne le traitement médicamenteux du requérant, que l'Indapamide, le Bisoprolol, l'Exforge dans sa composante Amlodipine, l'Atorvastatine, l'Asaflow, l'Oméprazole et les Aérosols combivent, et ne comportent aucune information concernant la disponibilité du Moxonidine, de l'Exforge dans sa composante Valsartan et de l'Allopurinol.

Le Conseil observe également, en ce qui concerne la base de données MedCOI, que le nom des médicaments a été surligné dans les réponses aux trois premières requêtes (BMA-5544, BMA-5123 et BMA-4975) et que la copie de ces requêtes présente au dossier administratif est illisible. Par conséquent, le Conseil n'est pas en mesure de vérifier les affirmations du médecin conseil de la partie défenderesse concernant la disponibilité des autres médicaments composant le traitement du requérant.

Reposant, par conséquent, sur des informations qui ne peuvent être vérifiées, le motif de la décision attaquée portant que le traitement serait disponible en RDC ne peut être considéré comme suffisant.

3.3.1.2 En outre, le Conseil estime que la référence du médecin conseil de la partie défenderesse à la « *liste des médicaments essentiels de RDC* » qui « *confirme la disponibilité trouvée dans Medcoi de la plupart des molécules [...] ou d'équivalents thérapeutiques* », ne peut suffire à remettre en cause le constat qui précède.

En effet, le site « <http://www.who.int/medicines/publications/policy Perspectives/fr/> », accessible contrairement à ce que le prétend la partie requérante, qui correspond à un document émanant de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après : l'OMS), datant de juin 2002, intitulé *Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments – La sélection des médicaments essentiels*, est un document sur le concept de médicaments essentiels, la façon dont de tels médicaments sont sélectionnés et sur ce que constitue la liste modèle OMS des médicaments essentiels. Ce document est donc à mettre en lien avec les extraits du document émanant du Ministère de la santé publique de la République démocratique du Congo intitulé *Liste nationale des médicaments essentiels*, datant de mars 2010, mentionnant l'Allopurinol, l'Aténolol, l'Amlodipine, le Méthylidopa, l'Enalapril, l'Hydrochlorothiazide, l'acide acétylsalicylique, la Simvastatine et l'Oméprazole.

Au vu de ce qui a été jugé *supra* au point 3.3.1.1, le Conseil observe que ce document n'est utile que pour l'analyse de la disponibilité du Moxonidine, de l'Exforge dans sa composante Valsartan et de l'Allopurinol.

Indépendamment de la question des équivalences thérapeutiques, qui sera abordé *infra* au point 3.3.2, à la lecture attentive de ce document, le Conseil estime que l'imprécision des termes utilisés l'empêche de savoir si les médicaments référencés dans la liste des médicaments essentiels sont, en définitive, disponibles dans les pays ayant dressé ladite liste, et dès lors, de pouvoir, enfin, se prononcer quant à la disponibilité du traitement du requérant en RDC.

Ainsi, si ce document utilise des termes qui laissent à penser que les médicaments dits essentiels ne sont pas en soi disponibles dans le pays d'origine (« Les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés. [...] La sélection des médicaments essentiels est l'un des principes de base de toute politique pharmaceutique nationale car elle aide à fixer les priorités

pour tous les aspects du système pharmaceutiques. [...] De nombreuses études ont montré l'impact des directives cliniques et des listes de médicaments essentiels sur la disponibilité et le bon usage des médicaments dans les systèmes de soins de santé. Ces différents aspects sont encore plus importants dans les contextes de faibles ressources où la disponibilité des médicaments dans le secteur public est souvent irrégulière. Dans de telles conditions, les mesures visant à assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels se traduiront pas de réels gains en matière de santé et par une confiance accrue du public dans les services de santé. [...] Les listes de médicaments essentiels servent donc de guide pour l'achat et la distribution de médicaments dans le secteur public, les systèmes de remboursement des dépenses pharmaceutiques, les dons de médicaments et la production pharmaceutique locale. [...] » ; « L'accès aux médicaments essentiels dépend de quatre facteurs [...] L'adoption officielle du concept des médicaments essentiels identifie les priorités pour l'engagement des gouvernements dans le secteur pharmaceutique en général, et plus particulièrement dans l'approvisionnement du secteur public en médicaments et dans le remboursement des médicaments dans le cadre de l'assurance-maladie » (le Conseil souligne)), il utilise également d'autres termes semblant établir que pour figurer sur ladite liste, les médicaments doivent être disponibles dans le pays (« La sélection des médicaments essentiels comporte deux étapes. Tout d'abord, l'autorisation de mise sur le marché d'un produit pharmaceutique est habituellement accordée sur la base de l'efficacité, de l'innocuité et de la qualité de ce produit, et rarement sur la base d'une comparaison avec d'autres produits déjà sur le marché ou d'après des considérations de coût. Cette décision réglementaire définit la disponibilité d'un médicament dans le pays. De plus, la plupart des systèmes publics d'approvisionnement en médicaments et d'assurance-maladie ont des mécanismes de limitation du remboursement des médicaments. Ces décisions sont nécessairement fondées sur un processus d'évaluation reposant sur une comparaison entre divers médicaments et sur des considérations de qualité-prix. Cette deuxième étape conduit à l'établissement d'une liste de médicaments essentiels. [...] Chaque médicament choisi doit être disponible sous une forme dont la qualité peut être garantie, y compris en ce qui concerne sa biodisponibilité ; sa stabilité dans les conditions prévues de stockage et d'utilisation devra être démontrée [...] » (le Conseil souligne) ».

Par conséquent, le Conseil est dans l'impossibilité de savoir si la disponibilité des médicaments dits essentiels envisagée dans ce document est un objectif vers lequel tendre ou au contraire une condition pour y figurer, de sorte que le Conseil n'est pas en mesure de vérifier la pertinence dudit document – contestée par la partie requérante – au regard de la disponibilité du traitement du requérant en RDC.

Dès lors, s'agissant de la disponibilité du traitement du requérant, le Conseil estime que, développant une information invérifiable et incompréhensible pour le Conseil, le motif portant que l'ensemble des traitements médicamenteux nécessaires est disponible au pays d'origine du demandeur ne peut être considéré comme adéquatement motivé.

3.3.1.3 Enfin, le Conseil observe qu'il ressort de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse que celui-ci a indiqué qu'une partie du traitement médicamenteux nécessaire au requérant peut être adéquatement remplacé par d'autres médicaments, qui seraient disponibles au pays d'origine de ce dernier. Il indique notamment « *Simvastatine, statine équivalente d'atorvastatine* », « *Methyldopa, antihypertenseur central équivalent de Moxonidine* » et « *Atenolol, bêtabloquant équivalent de Bisoprolol* ».

Or, le Conseil observe que dans un certificat médical du 14 février 2014, le Dr [V.V.] avait indiqué que « *l'état précaire de santé d[du requérant] ne permet pas de changer systématiquement un médicament de son traitement appartenant à une classe thérapeutique, par un autre médicament de cette classe, qui existe au Congo, mais souvent moins efficace, accompagné de plus d'effets secondaires et/ou d'incompatibilités avec d'autre médicaments [...]* » et avait spécifiquement précisé que « *le Bisoprolol ne se remplace pas par le vieil Atenolol, qui date de 40 ans, avec nettement plus d'effets secondaires (fatigue, difficultés respiratoires, ...), et dont le dosage est très difficile à mettre au point. Pour ces raisons l'Atenolol n'est quasiment plus utilisé en Belgique* », que « *Le Moxonidine ne se remplace pas par de l'alphaméthylidopa, qui n'est plus utilisé chez nous qu'exceptionnellement. L'usage de ce médicament n'a d'ailleurs jamais démontré une baisse de la mortalité* » et que « *La Simvastatine ne peut évidemment pas remplacer l'atorvastatine beaucoup plus puissant et avec beaucoup moins de*

signes de fonte musculaire chez un patient qui a besoin de kiné pour garder au mieux le peu de muscle qui lui reste après une polyo et AVC ».

Au vu de ce qui a été jugé *supra* au point 3.3.1.1, dès lors que l'Atorvastatine et le Bisoprolol sont disponibles au vu des informations disponibles dans la base de données MedCOI, la question de l'équivalence thérapeutique ne concerne que le Moxonidine.

Le Conseil observe à ce sujet que le médecin conseil n'a pas répondu audit certificat médical, qui détaille pourtant de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles la substitution du Moxonidine est contre-indiquée dans le cas du requérant. En effet, en ce qu'elle précise uniquement qu'« *[i]l en est de même pour les exigences du Dr [P.V.V.] dans son certificat du 14.02.2014 (et 08.11.2013) mentionne [sic] que selon lui, le changement des médicaments de son traitement par d'autres médicaments de la même classe ne serait pas permis parce que moins efficaces ou avec des effets secondaires. Il ne démontre pas cette affirmation. La disponibilité des molécules équivalentes dans le pays d'origine suffit à démontrer l'absence de risque réel de traitement ou dégradant.* », la réponse du médecin-conseil est insuffisante. Il en va d'autant plus ainsi qu'il ressort du certificat médical signé par le Dr [V.] du 6 février 2014 qui précise que « Le traitement hypertenseur composé de Moxonidine, Exforge 10/160, Indapamide, Bisoprolol doit absolument être poursuivi comme tel dans les mois à venir ». Par ailleurs, le Conseil reste sans comprendre le lien entre le fait que « *La disponibilité des molécules équivalentes dans le pays d'origine suffit à démontrer l'absence de risque réel de traitement ou dégradant* » et l'équivalence thérapeutique du Moxonidine proposée.

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

Dès lors, et sans se prononcer sur la question de savoir si des médicaments peuvent ou non être remplacés par d'autres, le Conseil constate que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation dès lors que l'avis du médecin conseil ne permet pas de constater que celui-ci a bien pris en compte le certificat médical du 14 février 2014 établi par le Dr [V.V.], ni les raisons pour lesquelles il a contredit l'avis du Dr [V.V.].

En tout état de cause, et à titre superfétatoire, le Conseil constate que le Methyldopa, antihypertenseur central équivalent du Moxonidine n'est indiqué que dans la liste des médicaments essentiels, problématique pour laquelle le Conseil renvoie *supra*, au point 3.3.1.2.

3.3.1.4 Le Conseil estime également que l'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon laquelle « il ressort de l'avis du médecin fonctionnaire sur lequel se base l'acte attaqué qu'il est motivé de manière circonstanciée et ne se limite pas à dire que la plupart des molécules ou d'équivalents thérapeutiques repris dans le traitement sont disponibles en RDC en se fondant sur des informations récentes [...] tirées de la banque de données MedCOI. [...] il ressort du dossier administratif que les soins requis sont disponibles et accessibles dans le pays d'origine [...] il ressort d'une simple lecture de l'avis du médecin fonctionnaire qu'il y explique pourquoi les les [sic] médicaments peuvent être remplacés par des molécules équivalentes, à savoir parce que nonobstant le fait que le docteur [M.] mentionnait le 2 juillet 2013 qu'il y avait un risque vital en cas de modification du traitement, celui-ci avait néanmoins été fortement modifié depuis cette date et que si le docteur [V.V.] mentionnait que le changement de médicament du traitement par d'autres ne serait pas permis parce que inefficaces ou avec des effets secondaires, il n'en apportait pas la preuve. Il s'ensuit que les critique [sic] de la partie requérante quant à ce manquent en fait. La partie adverse entend enfin relever que, contrairement à ce que prétend la partie requérante dans son recours, le médecin fonctionnaire n'a pas remis en cause le diagnostic posé par ses médecins mais qu'il a simplement constaté que certains médicaments (soit une partie du traitement) pouvaient être remplacés par d'autres. Les critiques manquent sur ce point manquent également en fait. En outre, la partie adverse entend souligner que la

question de savoir si des médicaments peuvent ou non être remplacés par d'autres ne peut pas être examinée par votre Conseil dès lors qu'elle ressort de la seule compétence du médecin fonctionnaire », n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent en ce qui concerne la disponibilité de l'ensemble du traitement du requérant. Par ailleurs, le fait que le médecin-conseil ne remette pas en cause le diagnostic posé par les médecins du requérant n'occulte pas le défaut de motivation relatif à l'équivalence thérapeutique. Il en va de même en ce qui concerne l'absence de compétence du Conseil pour ce faire, qui relève du domaine de l'évidence.

3.4.1 S'agissant en troisième lieu du « syndrome d'apnées du sommeil » du requérant, dans son avis du 18 mars 2016, le médecin conseil de la partie défenderesse a considéré que « *le syndrome d'apnées du sommeil n'est pas une affection grave requérant d'emblée un traitement par CPAP. Il convient avant tout d'acquérir une hygiène de sommeil normal[e] : perdre du poids (non communiqué), d'éviter de dormir sur le dos et éviter la prise d'hypnotiques, de sédatifs, d'alcool et d'arrêter de fumer. [...]. Les interventions ORL (dont l'avis conseillé n'est pas communiqué) de désobstruction sont susceptibles de contrôler cette affection. Les orthèses d'avancée mandibulaire, qui permettent de réduire les apnées de façon significative, n'ont pas non plus été testées. D'autre part, l'INAMI ne rembourse l'usage d'un appareil CPAP qu'à 2 conditions : « Que l'on souffre du syndrome du SAOS confirmé par un examen polysomnographique ». Cela a été réalisé. « Qu'un 2^e examen du sommeil pendant lequel vous dormez avec un appareil CPAP et un masque adapté à votre nez ou votre visage démontre que ce traitement améliore votre respiration et la qualité de votre sommeil ». Cela aurait été réalisé mais n'a pas été démontré dans le dossier médical. Il n'est donc pas démontré que chez le requérant ce traitement est formellement indispensable, qu'il est efficace et qu'il est toléré. En effet, la moitié des patients se conforment [sic] bien à la thérapie de VS-PEP par voie nasale à long terme et l'autre moitié l'abandonnent [sic] définitivement ».*

Or, le Conseil observe, à l'examen du dossier administratif, que le 14 février 2015, le requérant a réalisé un examen polysomnographique auprès du Dr [L.] au terme duquel il a été conclu « *Syndrome d'apnées du sommeil modéré à sévère nécessitant un traitement par CPAP* » et que le 11 mars 2015, il ressort d'un courrier du Dr [L.] que « *suivant les critères de la Convention Inami, un contrôle polysomnographique sous Cpap est nécessaire. Cet enregistrement aura lieu le mardi 28 avril* ». Il observe également, à l'instar de la partie requérante que postérieurement à cette date, le Docteur [L.] certifiait, en date du 15 octobre 2015, « *que [le requérant] présentait un syndrome d'apnées du sommeil sévère qui nécessite à vie un traitement par Cpap* ». Egalement, dans le certificat médical du Docteur [C.], établi le 18 février 2016, il est clairement indiqué qu'un dispositif de ventilation en pression positive continue (C-PAP) est nécessaire chaque nuit au requérant.

Le Conseil observe toutefois que le médecin conseil de la partie défenderesse n'expose pas, dans son avis, sur quels éléments il se fonde pour considérer que le syndrome d'apnées du sommeil précité ne nécessiterait pas « *d'emblée un traitement par CPAP* », considération qui va à l'encontre du diagnostic exposé dans les certificats médicaux types et autres documents produits par le requérant à l'appui de sa demande et rédigés par un médecin spécialiste en pneumologie. Egalement, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse ne semble pas avoir pris en considération le cas particulier du requérant, qui souffre d'hémiparésie gauche et de séquelles d'une poliomyélite, avant d'affirmer qu'« *[il] convient avant tout d'acquérir une hygiène de sommeil normal[e] : perdre du poids (non communiqué), d'éviter de dormir sur le dos et éviter la prise d'hypnotiques, de sédatifs, d'alcool et d'arrêter de fumer* ». Enfin, le fait qu'une des conditions pour le remboursement du C-PAP par l'INAMI ne semble pas être remplie en l'espèce est sans pertinence quant à la question de savoir si ce traitement est « *formellement indispensable* » au requérant, et n'est donc pas de nature à énerver ce constat.

Egalement, s'agissant de la disponibilité de cet appareil, le Conseil ne peut que constater, à l'instar de la partie requérante, que le raisonnement du médecin conseil de la partie défenderesse « constitue un non-sens absolu et une inadéquation totale ». En effet, au regard du contenu du contact téléphonique effectué avec le Dr [M.] à Kinshasa, duquel il ressort qu'« *il n'existe pas d'appareil de pression positive continue. Certaines pharmacies pourraient s'en procurer sur commande mais il persiste un problème de fourniture d'électricité qui est soit instable soit la tension est trop faible. Ce jour dans certains quartiers dont Righini, cela fait deux mois qu'il n'y a pas de courant ; il faut soit payer et acheter du courant chez*

ceux qui possèdent d'autres alternatives, soit posséder un groupe électrogène », le Conseil ne peut comprendre pour quelles raisons le médecin conseil de la partie défenderesse a pu conclure de ces informations que « le traitement par CPAP est disponible en RDC », sans plus.

3.4.2 La note d'observations ne contient aucune argumentation spécifique à cet égard.

3.5 Il résulte de ce qui précède que le premier moyen est, en ses deux premières branches ainsi limitées, fondé et suffit à l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.6 Les ordres de quitter le territoire pris à l'encontre des requérants constituant les accessoires de la première décision attaquée, qui leur ont été notifiés à la même date, il s'impose de les annuler également.

4. Débats succincts

4.1 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

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

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

Article 1^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et les deux ordres de quitter le territoire, pris le 21 mars 2016, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme S. GOBERT, président f. f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffier.

Le greffier,

Le président,

E. TREFOIS

S. GOBERT