



Arrêt

n° 217 921 du 5 mars 2019
dans les affaires X et X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître V. VAN DER PLANCKE
Rue du Congrès 49
1000 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

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

Vu la requête, enrôlée sous le numéro X, introduite le 5 avril 2016, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 15 février 2016.

Vu la requête, enrôlée sous le numéro X, introduite le 6 avril 2016, par la même partie requérante, tendant à la suspension et l'annulation de l'ordre de quitter le territoire – annexe 13, pris le 15 février 2016.

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

Vu les notes d'observation et le dossier administratif.

Vu les ordonnances du 1^{er} octobre 2018 convoquant les parties à l'audience du 31 octobre 2018.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me T. WIBAULT *loco* Me V. VAN DER PLANCKE, 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. Le requérant est arrivé en Belgique le 3 juillet 2011, muni d'un visa court séjour valable du 2 juillet 2011 au 11 août 2011.

1.2. Le 20 juillet 2011, il a introduit une demande de protection internationale, laquelle a fait l'objet d'une décision négative adoptée par le CGRA, le 31 janvier 2014. Dans l'arrêt n°147 488 du 9 juin 2015, le Conseil a confirmé cette décision de rejet.

1.3. Le requérant a introduit, le 18 août 2011, une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande sera déclarée recevable le 29 septembre 2011. Le 19 septembre 2012, la partie défenderesse déclare ladite demande non-fondée. Le Conseil rejette le recours introduit contre cette décision dans l'arrêt n° 103 952, prononcé le 30 mai 2013.

1.4. Le requérant a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le 4 décembre 2012. Celle-ci a été déclarée recevable le 26 juin 2013.

1.5. Une décision déclarant ladite demande non-fondée est prise par la partie défenderesse, le 12 février 2014. Cette décision ainsi que l'avis médical daté du 10 janvier 2014, sur lequel celle-ci se fonde, sont notifiés au requérant le 24 février 2014, et font l'objet d'un recours en suspension et annulation devant le Conseil. Ce recours donne lieu à un arrêt de rejet n° 127 145 du 17 juillet 2014, aucune des parties n'ayant demandé, sur la base de l'article 39/73, § 2, de la loi précitée du 15 décembre 1980, à être entendue dans le délai prévu.

Il appert cependant que, le 2 avril 2014, la partie défenderesse a retiré cette décision du 12 février 2014.

1.6. Dans l'intervalle, le 2 avril 2014, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Par télécopie datée du 7 avril 2014, le précédent conseil du requérant demandait à la partie défenderesse, dans la mesure où la précédente décision avait été retirée, de joindre les différentes demandes, dans un souci de bonne administration. Il invoque que soient, en conséquence, bien pris en considération les arguments et documents envoyés le 2 avril 2014.

1.7. Une nouvelle décision déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour du requérant est prise le 20 mai 2014 (en réponse à la demande initialement introduite le 4 décembre 2012). Cette décision et l'avis médical du 6 mai 2013, sur lequel elle se fonde, ont été notifiés le 6 juin 2014. En date du 15 Juillet 2014, la partie défenderesse retire ladite décision, contre laquelle la partie requérante avait déjà introduit, entre-temps, un recours en suspension et annulation.

1.8. Le 26 août 2014, la partie défenderesse adopte une nouvelle décision déclarant la demande, introduite le 2 avril 2014, non-fondée. Cette décision est motivée par référence à un avis médical du médecin fonctionnaire daté du 1^{er} août 2014. Le requérant se voit notifier cette décision en date du 4 septembre 2014, laquelle est cependant retirée le 13 octobre 2014.

1.9. Le 25 novembre 2014, les demandes du 5 décembre 2012 et du 2 avril 2014 sont déclarées recevables mais non fondées. La décision est, une nouvelle fois, retirée en date du 29 janvier 2015.

1.10. Le 30 janvier 2015, les demandes susvisées sont déclarées recevables mais non fondées. Dans l'arrêt n°152 362 du 14 septembre 2015, le Conseil a cependant annulé ladite décision. Contre cet arrêt, l'Etat belge a introduit un recours en cassation administrative auprès du Conseil d'Etat par requête du 16 octobre 2016. Ce recours a été déclaré inadmissible par l'ordonnance n°11.600 du 9 novembre 2015.

1.11. Une nouvelle décision déclarant non fondées les demandes d'autorisation de séjour du requérant est prise le 15 février 2016. Il s'agit de l'acte attaqué dans le recours n° 187 559, lequel est motivé comme suit :

« *Motifs :*

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 Rwanda., pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 11.02.2016 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé

ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins de santé au Rwanda.

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

Dès lors,

- 1) les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique 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 pour sa vie ou son intégrité physique vu que le traitement est disponible et accessible au Rwanda.*

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 ».

1.12. La partie défenderesse prend également, le 15 février 2016, un ordre de quitter le territoire. Celui-ci fait l'objet du recours en suspension et annulation enrôlé devant le Conseil sous le numéro X.

Cette décision est motivée de la sorte :

« MOTIF DE LA DECISION :

*L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :
o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'étranger n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».*

1.13. Les décisions attaquées ont été notifiées le 7 mars 2016.

2. Jonction des causes.

Le recours enrôlé sous le numéro 187 525 est dirigé contre l'ordre de quitter le territoire pris le même jour que la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, attaquée dans le recours enrôlé sous le numéro 187 559. Les affaires 187 559 et 187 525 sont donc étroitement liées sur le fond, en manière telle que la décision prise dans l'une d'elles est susceptible d'avoir une incidence sur les autres. Il s'indique, afin d'éviter toute contradiction qui serait contraire à une bonne administration de la justice, de joindre les causes, afin de les instruire comme un tout et de statuer par un seul et même arrêt.

I) Examen du recours enrôlé sous le n°X.

1. Exposé des moyens d'annulation.

1.1. La partie requérante invoque un premier moyen tiré du défaut de motivation et "examens défailants", dans lequel elle soulève une violation « des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 (défaut de motivation), 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, tel que remplacé par l'article 187 de la loi du 29 décembre 2010 (violation de la loi), du principe général de bonne administration (absence d'examen approprié de la demande conformément aux dispositions légales et suite à un arrêt d'annulation de votre Conseil) ».

Après un rappel théorique et jurisprudentiel des principaux articles et principes soulevés dans ce premier moyen, la partie requérante y fait, notamment, valoir que le médecin-conseil est tenu de mener un examen prospectif de l'évolution de la maladie puisqu'il doit évaluer les risques de subir un traitement inhumain et dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie. Elle reproche à ce dernier de ne tenir aucunement compte du caractère dynamique du traitement et du diagnostic permanent qui permet au service médical de réduire l'impact des complications et d'éviter la survenue d'accidents tels des hémorragies. Elle

estime que l'importance de cette veille médicale est écartée de l'examen du traitement disponible en Belgique. Elle souligne que, vu le type de complications invoquées, il n'est pas ici question de probabilité ou d'hypothèses, mais bien de développements inéluctables de la maladie et souligne que ces développements peuvent être évités ou freinés. Elle juge donc curieux que le médecin-conseil estime ne pas pouvoir les supputer alors même qu'ils sont inhérents aux développements des pathologies concernées.

Par ailleurs, sur l'interprétation des certificats médicaux déposés par le requérant, qu'elle juge erronée, la partie requérante rappelle, notamment, qu'il résulte des documents médicaux versés au dossier administratif que le requérant a fait l'objet de différentes interventions de ligature des varices œsophagiennes. Elle observe pourtant que le médecin-conseil s'écarte des conclusions des médecins spécialistes qui affirment que le requérant souffre d'une « hépatite C chronique compliquée d'une cirrhose hépatique elle-même compliquée d'hypertension portale responsable de varices œsophagiennes de grade 2 », et qui fournissent alors au patient un traitement en conséquence.

La partie requérante souligne que l'avis du médecin-conseil n'explique jamais pourquoi l'avis des médecins spécialistes du requérant n'est pas suivi et qu'il s'y limite à indiquer que les affirmations des médecins spécialistes sont péremptoires alors qu'elles sont étayées par de nombreux documents. Elle met en évidence que les médecins spécialisés en infectiologie et gastro-entérologie, les Dr G. et M., s'occupant du requérant, ont affirmé, dans plusieurs rapports médicaux, que le suivi médical nécessité par l'état de santé de celui-ci n'était pas disponible et accessible au Rwanda. Ces médecins ont attesté de la complexité du traitement des pathologies combinées du requérant, lesquels nécessitent un suivi coordonné entre les deux services. Elle fait grief au médecin-conseil de ne pas tenir compte du caractère dynamique du suivi médical et des diagnostics posés qui font, en réalité, partie intégrante du traitement dont bénéficie le requérant. Elle expose que l'examen à un moment précis de l'existence d'un certain nombre de molécules ne répond pas à la question de la qualité du suivi à mettre en œuvre, étant donné la multiplicité des interventions médicales en présence. Elle souligne que les Dr G. et M. travaillent ensemble, depuis près de quatre ans, pour le meilleur suivi possible de ces pathologies combinées en raison des effets néfastes que le traitement de l'une d'entre elles peut avoir sur l'évolution de l'autre.

Elle conclut que la décision ne comporte aucun motif ne permettant de comprendre les raisons de cette lecture autre de la pathologie du requérant et de son niveau de gravité, de l'impact d'une modification, de son traitement ou de l'interruption de celui-ci et de sa capacité de voyager.

Par ailleurs, toujours sur la disponibilité du traitement, la partie requérante insiste sur le fait que les données MEDCOI, citées antérieurement par le médecin-conseil et qu'elle a produites, confirment l'impossibilité de prise en charge médicale dans un service de gastroentérologie et analyse. Elle invoque donc l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation à cet égard et souligne que cet élément avait pourtant été mis en exergue dans la demande d'autorisation de séjour introduite le 2 avril 2014. Elle reproche au médecin conseil de s'être limité à répondre sur ce point, sans aucune autre information : « il faut signaler qu'une lecture un minimum attentive de ce document permet de voir qu'un suivi en hépatologie, le suivi nécessaire en cas d'hépatite, est disponible au Rwanda ». Or, le dossier médical révèle qu'en conséquence de son hépatite C, le requérant souffre d'une cirrhose, elle-même compliquée d'hypertension portale responsable de varices œsophagiennes de grade 2 nécessitant un suivi en service de gastro-entérologie, et pas uniquement en hépatologie. Elle précise que ce suivi n'est pas non plus univoque.

Elle affirme qu'en tout état de cause, il apparaît, après consultation du site internet de l'hôpital King Faisal de Kigali, qu'il n'existe pas de service de gastro-entérologie. Elle critique les cinq liens internet auxquels renvoie le médecin-conseil pour motiver la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine. Il ressort de ces critiques que lesdits liens internet, soit, ne sont pas de nature à éclairer la partie requérante à défaut d'autres précisions complémentaires, soit, ne sont pas vérifiables ou renvoient vers un site dont les pages ne sont en définitive pas consultables. La partie requérante estime, en conclusion, que le médecin-conseil « aurait gagné à prendre contact avec les médecins traitants du requérant qui ont les contacts professionnels concrets pour évaluer la disponibilité et l'accessibilité des soins. Au contraire, la partie adverse fait référence à une base de données « Med-COI » qui n'est pas ouverte au public.[...]. Le mode de rédaction de ces fiches rend le contrôle de leur contenu invérifiable tout comme il ne permet pas de déterminer jusqu'à quel point elles sont pertinentes pour la situation personnelle du requérant. Cette référence sans lien avec la situation du requérant à des fiches et des sites internet généraux sur la base desquels le médecin affirme que certains médicaments ou des substituts seraient disponibles ne saurait suffire aux exigences de motivation ».

Au vu de tout ce qui précède, elle conclut que la motivation est déficiente et que celle-ci atteste de la méconnaissance par la partie défenderesse de ses obligations de statuer en tenant compte de l'ensemble des éléments de la cause et après « un examen aussi rigoureux que possible des éléments indiquant l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la CEDH ».

1.2. Dans un second moyen tiré de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 précitée et des articles 2 et 3 de la CEDH, la partie requérante rappelle l'enseignement de l'arrêt n°135 037 de l'AG du Conseil, pris le 12 décembre 2014, et souligne qu'il en ressort que le contrôle requis par l'article 9ter précité de la loi est plus étendu et différent de celui requis par l'article 3 de la CEDH. Elle estime que la conception émise par l'avis du médecin fonctionnaire n'est pas conforme avec cette lecture désormais établie de la loi et lui fait grief de présenter, en outre, une lecture singulière de la jurisprudence européenne en relevant dans l'avis médical : « concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant ». La partie requérante relève que, partant d'une telle prémisse, « il est douteux que l'avis examine bien sérieusement si des soins adéquats sont bien disponibles ».

2. Discussion.

2.1.1. Sur les deux moyens réunis, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 prévoit : « *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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après : la Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas

susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

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

2.1.2. Par ailleurs, le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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. Ce contrôle consiste, en présence d'un recours tel que celui formé en l'espèce, en un contrôle de légalité, dans le cadre duquel le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

2.2.1. En l'espèce, il ressort clairement des termes de l'avis du fonctionnaire médecin, établi le 15 février 2016, sur lequel repose l'acte attaqué, que le fonctionnaire médecin a estimé que les troubles invoqués n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain et dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Rwanda.

2.2.2. Le Conseil estime néanmoins qu'il ne peut être considéré que l'avis du fonctionnaire médecin, susmentionné, satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne la disponibilité du suivi médical nécessaire au requérant au Rwanda.

2.2.3. Ainsi, le Conseil souligne que les diverses attestations médicales produites mettaient, en substance, en évidence la nécessité d'un suivi complexe et très spécifique en raison des pathologies combinées du requérant, lesquelles nécessitent un suivi coordonné entre plusieurs services, notamment en gastro-entérologie.

A cet égard, il convient de souligner que, dans l'attestation du 29 juillet 2013, le Dr J.P. M., hépato-gastro-entérologue, relevait que le requérant était « *à risque de développer les complications telles qu'une hémorragie digestive haute et/ou cancer du foie nécessitant un suivi régulier et des moyens thérapeutiques et de suivi très spécialisé qui ne peuvent être assurés dans son pays d'origine. Je dois voir ce patiente en consultation tous les 3 à 6 mois pour traquer la survenues de ces éventuelles complications Ajoutons enfin que le suivi doit être effectué en association et en collaboration avec nos confrères infectiologies vu le contexte de coinfection* ». Le Dr J.P. M. a encore réitéré cette analyse dans une attestation du 27 février 2014.

Il appert également que, dans le certificat médical type du 24 juillet 2014, ce même médecin avait répondu par la négative à la question de la disponibilité (et l'accessibilité) des soins dans le pays d'origine du requérant. Il y mentionnait aussi, au point C concernant le traitement actuel des affections, : « *ligature des varices œsophagiennes de grade 2* » et précisait : « *nécessité de surveillance régulière* ».

La lecture du rapport médical du 15 juin 2015 joint au complément de la demande d'autorisation de séjour et daté du 25 juin 2015 - lequel complément, bien que figurant au dossier administratif, n'est nullement mentionné dans la décision attaquée, pas plus que le rapport médical du 15 juin 2015, qui y annexé, n'est mentionné dans l'avis médical - révèle que le requérant a été admis pour une ligature de varices œsophagiennes.

En outre, dans l'attestation du 22 décembre 2015, le Dr G. indiquait que l'état du requérant était préoccupant et que « *nos structures médicales belges permettent une surveillance appropriée de l'évolution de ses pathologies, graves, et aussi d'intervenir rapidement en cas d'accident médical comme une rupture de varice oesophagienne* ».

2.2.4. Spécifiquement sur le suivi gastro-entérologie, le Conseil note, dans un premier temps, qu'à l'invocation par la partie requérante d'un document MedCOI BMA-4938 SOS et 4PAR001782, sur lequel était annotée la mention de la non disponibilité d'un suivi gastroentérologique, l'avis médical relevait : « *A noter : il faut signaler qu'une lecture un minimum attentive de ce document permet de voir qu'un suivi en hépatologie, le suivi nécessaire en cas d'hépatite, est disponible au Rwanda . Cette demande MedCOI concerne une personne de sexe féminin et donc ne concerne en aucun cas personnellement le requérant* » ; ce qui n'apparaît pas être une observation satisfaisante à cet égard, dans la mesure où c'est plutôt de la disponibilité du suivi en gastro-entérologie dont la partie requérante doutait, et non de celle du suivi en hépatologie.

Le fait que, dans le point consacré à l'examen de la disponibilité du traitement et suivi requis, le médecin fonctionnaire affirme : « *Un suivi en médecine interne, infectiologie et hépatologie/gastro-entérologie est disponible ainsi que le suivi biologique (HIV et hépatite) et la possibilité d'une nouvelle biopsie hépatique. Le Rwanda dispose en outre d'un plan stratégique de prise en charge de l'infection HIV* » et mentionne divers liens internet et diverses références de requêtes à la base de donnée MedCOI, sans autres développements, n'est par ailleurs pas plus éclairant et ne permet nullement à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles le médecin conseil estime que le suivi requis est disponible, tant s'agissant spécifiquement d'un suivi en gastro-entérologie, que s'agissant de l'exigence de suivis médicaux croisés entre divers services pour répondre à la complexité du cas de pathologies combinées du requérant, pourtant mise en exergue dans les certificats médicaux produits.

Ainsi, après l'affirmation reproduite ci-dessus, l'avis médical est rédigé comme suit :

« Voir les sites :

<http://www.moh.aov.rw/index.php?id=180> ;
<http://integratepc.org/hospitals/universitv-teaching-hospital-kigali/> ;
www.mifotra.gov.rw/.../2.%20UTHK%20CHUK%20 (PDF);
<http://kfh.rw/> ;
<http://www.kigalicity.gov.rw/spip.php?article338> ;

Et les informations provenant de la base de données non publique MedCOI¹ :

- Requête du 16/05/2013 portant le numéro de référence unique Case Reference BMA-4798 Intl. SOS reference 3PAR019145 ;
- Requête du 25/07/2013 portant le numéro de référence unique Case Reference BMA-4928 Intl. SOS reference 4PAR001479 ;
- Requête du 31/07/2013 portant le numéro de référence unique Case Reference BMA-4936 Intl. SOS reference 4PAR001792 ;
- Requête du 27/09/2013 portant le numéro de référence unique RW-3069-2013 ;
- Requête du 17/02/2014 portant le numéro de référence unique RW-3201 ;
- Requête du 13/03/2014 portant le numéro de référence unique RW-3236-2014 ;
- Requête du 27/03/2014 portant le numéro de référence unique RW-3259-2014.

Les documents sont dans le dossier administratif.

La constitution d'un dossier médical pour transfert d'informations à destination des confrères compétents dans le pays d'origine est de la compétence du médecin traitant en Belgique, ceci afin d'éviter une discontinuité des soins.

[...] ».

En note de bas de page, l'avis du fonctionnaire médecin précise encore les informations suivantes, quant à la banque de données MedCOI :

« *Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une base de données non publique [Le Conseil souligne] à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau*

Medische Advisering (BMA) » du Service de l'Immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF). Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin, Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucuns droits comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation:

<https://www.internationalsos.com/>

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400.000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: www.allianzglobal.assistance.com

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale.

Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA ».

Or, sur les sites internet vers lesquels il est renvoyé, le Conseil estime, après consultation de ceux-ci, que la partie requérante reproche valablement, en termes de recours, soit ne pas pouvoir consulter/vérifier ceux-ci, soit, de ne pas les trouver suffisamment éclairants à défaut de plus de précisions ou en raison de leur caractère général. Le Conseil note que sur cet aspect du moyen, la partie défenderesse, dans sa note d'observations, relève qu'il est « sans intérêt dans la mesure où l'ensemble des sources consultées, en ce compris la base de données MedCOI, établit la disponibilité des différents traitements qui doivent être suivis par le requérant ». Cette dernière ne conteste donc pas concrètement les allégations de la partie requérante quant à la pertinence ou quant au caractère non vérifiable des sites internet référencés.

S'agissant ensuite du renvoi vers les informations provenant de la base de données MedCOI, le Conseil rappelle, d'une part, que celles-ci ne sont pas annexées à l'avis médical du fonctionnaire médecin, et observe, d'autre part, que les extraits pertinents des "requêtes MedCOI" et de leurs réponses, quant à la disponibilité des suivis requis, n'y sont nullement reproduits. Le médecin fonctionnaire n'y résume pas non plus la teneur desdits documents à cet égard. L'avis médical énonce, en effet, diverses références sans ordonnancer celles-ci ou identifier à quelle « spécialité médicale » elles se rapportent. Aucune des références n'est suivie de la moindre conclusion spécifique ou de la moindre précision s'agissant de la spécialité médicale concernée. Il appert donc que l'examen de la disponibilité du suivi requis ne comporte qu'une seule conclusion générale sur les différentes réponses aux requêtes MedCOI citées, se limitant à l'affirmation qu' « Un suivi en médecine interne, infectiologie et hépatologie/gastro-entérologie est disponible ainsi que le suivi biologique (HIV et hépatite) et la possibilité d'une nouvelle biopsie hépatique. Le Rwanda dispose en outre d'un plan stratégique de prise en charge de l'infection HIV ».

2.2.5.1. Or, le Conseil rappelle qu'en termes de recours, la partie requérante rappelait la spécificité du suivi médical nécessaire au requérant, faisant mention des effets néfastes que le traitement de l'une des pathologies du requérant pouvait avoir sur l'évolution de l'autre. Le Conseil rappelle aussi que cette difficulté dans le suivi médical du requérant ressortait de la demande d'autorisation de séjour ayant donné lieu à la décision attaquée, laquelle indiquait notamment que le requérant « qui souffre d'une double infection, doit, suivre, à vie, un traitement complexe et adapté en raison de sa coinfection », et qu'elle n'a cessé d'être évoquée dans les diverses attestations médicales produites (voir *supra*).

Le Conseil estime dès lors que, dans les circonstances spécifiques de l'espèce, la partie requérante reproche valablement à la partie défenderesse de faire référence à une base de données « Med-COI » qui n'est pas ouverte au public et souligne, à juste titre, que le mode de rédaction de ces fiches rend le contrôle de leur contenu invérifiable et ne permet pas de déterminer jusqu'à quel point elles sont pertinentes pour la situation personnelle du requérant.

Le Conseil, à l'instar de la partie requérante, considère que les seules « références MedCOI » et à des sites internet généraux, sans mise en évidence du lien avec la situation du requérant, alors qu'il a particulièrement été insisté sur la spécificité de celle-ci, ne peut suffire à considérer qu'il est ainsi satisfait aux exigences de motivation formelle s'imposant à la partie défenderesse.

Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles se fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public.

2.2.5.2 S'agissant des observations de la partie défenderesse dans sa note, relevant que « quant à la généralité des sources, la partie adverse rappelle qu'à défaut d'indiction circonstanciée dans le chef du requérant, laissant entendre qu'il ne pourrait personnellement disposer des traitements requis, en cas de retour au Rwanda, celui-ci ne peut faire grief à la partie adverse d'avoir vérifié globalement la disponibilité du suivi médical », et qu'« il n'appartient pas à la partie adverse de se faire confirmer auprès des médecins des hôpitaux où il apparaît que le traitement est possible que tel est effectivement le cas mais éventuellement au requérant, dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour, où celui-ci n'a toutefois émis aucune réserve précise sur la disponibilité des soins. En effet, les médecins traitants du requérant se limitent à affirmer de façon péremptoire, sans étayer leurs indications par des sources objectives, que la poursuite du traitement n'est pas possible au Rwanda », le Conseil ne peut que souligner que la partie requérante n'a pas manqué de préciser les raisons liées à sa situation médicale spécifique pour lesquelles le suivi n'était pas possible dans son pays d'origine, en mettant en évidence les difficultés actuelles du suivi médical mis en place ainsi que la spécificité de celui-ci en ce qu'il requiert la coordination de différentes spécialités médicales, et en mettant en avant les risques de complications envisagées, compte tenu de l'interaction entre les diverses pathologies dont souffre le requérant et celle entre les traitements. Sans se prononcer sur la manière dont le médecin fonctionnaire peut/devrait s'assurer de la disponibilité d'un tel suivi, le Conseil estime que, tel que motivé, l'avis médical, *in casu*, ne reflète pas la prise en considération de ces éléments et n'apparaît dès lors pas suffisante. Le Conseil estime, à la lecture de l'ensemble des documents médicaux déposés par la partie requérante, dont les constats essentiels sur ce point sont dégagés aux points 2.2.3. et 2.2.4., que la partie défenderesse ne peut être suivie en ce qu'elle invoque que les médecins suivant le requérant affirmeraient de manière péremptoire la non disponibilité du suivi requis.

Enfin, s'agissant précisément du suivi gastroentérologique en lui-même, en ce que la partie défenderesse invoque, dans la note d'observations, que la partie requérante ne contesterait pas que la cirrhose, l'hypertension portale et les varices œsophagiennes sont compensées, comme indiqué dans l'avis médical, le Conseil relève que la dernière attestation médicale produite (du 22 décembre 2015), examinée dans l'avis médical, mentionne la « nécessité d'un suivi spécialisé et de possibilité de traitement d'une rupture de varice » et que cette mention est précisément reproduite par le médecin fonctionnaire dans son avis médical. Le Conseil n'aperçoit pas comment la seule mention de ce qu'elle est « compensée » permettrait dès lors de considérer qu'un suivi ne serait, pour autant, plus nécessaire, d'autant que le médecin fonctionnaire a pourtant estimé devoir conclure, plus loin dans son avis, sous le titre consacré à la disponibilité, qu'« un suivi en médecine interne, infectiologie et hépatologie/gastro-entérologie est disponible [...] ». A supposer que le médecin fonctionnaire entendait remettre en cause la nécessité même d'un suivi en gastro-entérologie, il convenait alors de motiver de manière claire et précise une telle conclusion dès lors que la dernière des attestations médicales, sur la base desquelles le médecin fonctionnaire rédige son avis médical, fait clairement mention de la nécessité d'un tel suivi. Dans la mesure où le médecin fonctionnaire a conclu, sous le titre consacré à la disponibilité, qu'« un suivi en médecine interne, infectiologie et hépatologie/gastro-entérologie est disponible [...] », le Conseil estime qu'il ne peut raisonnablement être reproché à la partie requérante de n'avoir pas explicitement contesté la mention selon laquelle la cirrhose, l'hypertension portale et les varices œsophagiennes sont compensées, et renvoie aux développements du premier moyen du

recours dans lesquels la partie requérante ne manque pas de critiquer l'examen de la disponibilité du suivi en gastro-entérologie.

En ce que la partie défenderesse fait valoir qu'en tout état de cause, le dossier administratif comprend la requête numéro R.W.-3236-2014 dont il ressort que la consultation auprès d'un service de gastro-entérologie est possible au Rwanda, le Conseil estime qu'un tel constat est sans incidence quant aux lacunes affectant la motivation de l'avis médical, qui ont été mises en évidence dans l'ensemble du raisonnement tenu ci-dessus.

2.2.5.3. La motivation de l'avis du fonctionnaire médecin quant à la disponibilité du suivi médical requis par l'état de santé du requérant, en ce compris en gastro-entérologie, ne satisfait pas aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle découle de la loi du 29 juillet 1991, dont la violation des articles 1 à 3 est invoquée par la partie requérante. En particulier, la seule conclusion générale du médecin fonctionnaire de la disponibilité du suivi « *en médecine interne, infectiologie et hépatologie/gastro-entérologie* » et la seule référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, dont elle se contente en substance d'identifier le numéro des requêtes, ne permet pas de s'assurer que la spécificité du suivi coordonné entre divers services médicaux nécessaire au requérant, compte tenu de la particularité et la complexité des pathologies combinées dont il est affecté, a bien été prise en considération dans le cadre de l'examen réalisé par le médecin fonctionnaire de la disponibilité des soins requis.

Le Conseil entend enfin souligner que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète et claire, afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester ; *quod non* en l'espèce.

2.2.6. Il découle de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même du premier acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse se réfère à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée.

Pour rappel, le Conseil d'Etat a ainsi souligné que « l'obligation de motivation formelle, imposée par la loi, offre une protection aux administrés contre l'arbitraire en leur permettant de connaître les motifs justifiant l'adoption des actes administratifs. Cette protection ne peut leur être ôtée sous prétexte qu'ils seraient censés connaître les motifs d'un acte bien que l'autorité administrative ne les ait pas exprimés. Une atteinte à cette protection, résultant de l'absence de motivation formelle d'une décision, est de nature à affecter les administrés, tout comme ils peuvent l'être par un défaut de motivation matérielle d'un tel acte » (C.E., arrêt n° 230.251, du 19 février 2015).

2.3. Le premier acte attaqué viole donc les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

2.4. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du premier moyen, ou le second moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourrait entraîner une annulation aux effets plus étendus.

II) Examen du recours enrôlé sous le n° X.

1. Examen du moyen d'annulation.

1.1. La partie requérante invoque un moyen tiré de la violation de « l'article 7. 62. 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers, de l'article 5 de la directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ».

1.2. La partie requérante revient sur la gravité de la situation médicale du requérant. Elle dénonce l'absence de légalité du présent ordre de quitter le territoire « en l'absence de toute indication sur la façon dont une telle décision peut être exécutée dans le respect de la dignité du patient et avec l'assurance que son exécution n'entraîne pas de traitements inhumains et dégradants ».

Elle estime, en substance, que la décision d'éloignement, en ce qu'elle limite sa motivation au constat du séjour irrégulier, sans tenir compte de l'état de santé préoccupant du requérant pour s'assurer qu'une telle décision puisse bien être mise en œuvre sans risque de rupture de la continuité des soins, est insuffisamment motivée. Elle ajoute qu' « en outre, ce manque de motivation touche à un droit fondamental du requérant. C'est bien en ce que la décision n'offre pas de garantie suffisante que son exécution n'aboutisse de façon prévisible une détérioration fatale de l'état de santé du requérant qu'elle viole in fine l'article 3 CEDH ».

2. Discussion.

2.1. Compte tenu de l'ensemble du raisonnement tenu au point I), concernant le recours enrôlé sous le n° 187 559, aux termes duquel la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi, datée du 15 février 2016, est annulée, il s'impose également d'annuler l'ordre de quitter le territoire, pris et notifié en même temps que la première décision attaquée, et qui en constitue l'accessoire.

III) Débats succincts.

Les débats succincts suffisant à constater que les requêtes en annulation doivent être accueillies, 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.

Les actes attaqués dans les recours n^{os} X et X étant annulés par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur les demandes de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois en application de l'article 9ter de la loi et l'ordre de quitter le territoire, pris le 15 février 2016, sont annulés.

Article 2

Les demandes de suspension sont sans objet.

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

Mme N. CHAUDHRY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, Le président,

A. IGREK

N. CHAUDHRY