



## Arrêt

**n°219 949 du 18 avril 2019**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître E. HALABI**  
**Rue Veydt, 28**  
**1060 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 VIIIÈME CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 5 décembre 2018, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 18 juin 2018 et notifiés le 20 novembre 2018.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 14 février 2019 convoquant les parties à l'audience du 12 mars 2019.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en ses observations, Me E. HALABI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 14 décembre 2009.

1.2. Le 21 décembre 2009, elle a introduit une demande d'asile, laquelle s'est clôturée par l'arrêt du Conseil de ceans n° 52 547 prononcé le 7 décembre 2010 et refusant d'accorder la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.3. Par un courrier daté du 9 décembre 2010, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur

la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été rejetée dans une décision du 3 octobre 2011. Dans son arrêt n° 78 575 prononcé le 30 mars 2012, le Conseil de céans a annulé cet acte.

1.4. Le 23 janvier 2018, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable.

1.5. Le 11 juin 2018, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.6. Le 18 juin 2018, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision rejetant la demande visée au point 1.4. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée 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'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a été saisi afin de remettre un avis à propos d'un retour possible en Rép. Dém. du Congo.*

*Dans son avis médical remis 11.06.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à l'intéressée, qu'il n'est fait mention d'aucune contre-indication, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages et qu'il n'y a pas aussi de contre-indication médicale à un retour de la requérante à son pays d'origine.*

*Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins en en Rép. Dém. du Congo.*

**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'intéressée 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.*

*Du point de vue médical, nous pouvons conclure que la pathologie de la requérante n'entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le suivi et le traitement sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine.*

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

*Vu que [la requérante] a déjà été radié[e] d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour ».*

1.7. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION :**

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

- o *En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :  
L'intéressée n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».*

## 2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. Relativement à la décision de rejet, la partie requérante prend un premier moyen « *de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation* :

- *des articles 9 ter § 1 et 62 de la loi du 15 décembre sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;*
- *des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;*
- *du principe général de précaution, et du devoir de minutie ;*
- *des formes substantielles de la procédure instituée par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ;*
- *de la foi due aux actes, en particulier les certificats médicaux émis par des médecins agréés ;*
- *de l'article 2 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;*
- *de l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;*
- *des articles 119 et 124 du Code de la déontologie médicale ;*
- *des article 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients ».*

2.2. Elle reproduit le contenu de la motivation du premier acte attaqué et elle soutient que celui-ci viole plusieurs dispositions légales et principes généraux de droit.

2.3. A titre préliminaire, elle relève que « *la partie adverse, dans sa décision, ne conteste pas la gravité de la maladie dont est atteinte la requérante et que le médecin conseil ne remet nullement en cause le diagnostic posé par le médecin de la requérante* ». Elle reproduit un extrait de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse et elle précise que celui-ci n'a pas examiné la requérante. Elle soutient que « *La condition que la maladie présente un certain degré de gravité, exigée par l'article 9ter de la [Loi], avait été établie par le médecin neurologue dans le certificat médical du 26 décembre 2017 ayant servi de base à la demande de régularisation. La maladie de la requérante est donc considérée comme étant grave par nature et ce diagnostic n'est pas contesté par l'avis du médecin conseil ni par la décision de la partie adverse qui se base sur cet avis* ».

2.4. Dans une première branche, ayant trait à la « *violation de l'article 9ter§1, alinéas 1 et 5 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, lu en combinaison avec l'article 62§2 de la loi du 15 décembre 1980 : les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs : le devoir de minutie et l'erreur manifeste d'appréciation* », elle reproduit le contenu de ces dispositions, elle explicite la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse et elle souligne que les décisions administratives doivent faire l'objet d'une motivation adéquate.

Au sujet de la violation de l'obligation de motivation formelle quant à la capacité de voyager, elle expose « *Que la partie adverse fait sienne les considérations du médecin conseil qui indiquent que : [...] Que ce faisant le médecin conseil va à l'encontre de la contre-indication posée par le médecin neurologue de la requérante dans le certificat médical circonstancié du 26 décembre 2017 qui stipule que la requérante ne peut pas voyager « avant exclusion de son anévrisme cérébral » ; Que pourtant, l'anévrisme cérébral de la requérante n'est, au moment de l'avis du médecin conseil et à ce jour, pas écarté ; Que le médecin conseil, pour étayer ses allégations, se base sur le « Conseil de voyage de l'université de Gand » et fourni un lien internet à l'appui : <https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/106/166/RUG01-00210616620140001AC.pdf> ; Que ce lien renvoie vers une page qui n'existe pas, ce qui ne permet pas à la requérante de vérifier les propos selon lesquels « l'AVC a dépassé le délai de voyage de 3 semaines après l'incident » ; Que Votre Conseil a récemment jugé que : « [...] » (C.C.E., arrêt du 27 septembre 2018, n°210.051) ; Que, substantiellement, cette interprétation selon laquelle le renvoi par le médecin conseil à un lien internet qui a expiré consiste en une motivation insuffisante est transposable mutatis mutandis à [la] décision prise par la partie adverse et l'avis de son médecin conseil ; Qu'en s'écartant de la contre-indication de voyager posée par le médecin spécialis[t]e et en fournissant une explication qui n'est pas vérifiable, la partie adverse - qui fait sienne les considérations du médecin conseil - ne motive pas adéquatement sa décision et viole le devoir de minutie ; Que cette première sous-branche est fondée et suffit à annuler l'acte attaqué ».*

A propos de la violation de l'obligation de motivation formelle quant à la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, elle argumente « *Que la partie adverse, dans la décision attaquée, fait*

siennes les considérations du médecin conseil quant à la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine ; Que ces considérations sont les suivantes : [...] Que l'Office des Etrangers se réfère au site internet MedCOI pour affirmer que des traitements sont disponibles dans le pays d'origine de la requérante ; Que comme l'affirme la partie adverse, cette base de donnée est non seulement, non publique, de sorte qu'il est impossible de vérifier ces informations, mais encore concerne-t-elle « 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 du traitement ne sont pas fournies » ; Que la partie adverse, qui a une totale connaissance des affections neurologiques de la requérante étant donné qu'elles sont amplement explicitées dans son dossier médical, ne pouvait valablement se baser sur une source unique, à savoir le site MedCOI, pour affirmer que la totalité de ses soins et de son suivi sont disponibles sans confronter plus rigoureusement les données fournies par la requérante avec des informations plus spécifiques ; Qu'un arrêt de Votre Conseil rendu le 19 mars 2012 rappelle que l'Office des Etrangers ne peut se référer qu'à des sites internet pour fonder sa décision mais doit également les confronter aux informations apportées par le requérant ainsi qu'aux informations présentes dans les attestations médicales : « [...] » (C.C.E., arrêt du 19 mars 2012, n°77.489, pt. 4.4) ; Que s'agissant toujours de la disponibilité du traitement, il ressort du rapport d'hospitalisation en neuro-revalidation fonctionnelle établi le 11 mai 2018 que « les dispositions à prendre sont les suivantes : Fibroscanner dans 12 mois » (p. 6 du rapport) ; Que le médecin conseil a omis toute considération relativement à cette information médicale importante et n'établit pas dans son avis, au sein de la rubrique « disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine » si le fibroscanner est disponible en République démocratique du Congo ; Que, pourtant, le médecin conseil était avisé de ce rapport d'hospitalisation et le mentionne expressément dans son avis sous la rubrique « Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier » (p. 2 de l'avis) ; Qu'en outre, le rapport d'hospitalisation fait également état de ce que « Mme [L.] garde quand même une certaine dépendance dans sa vie quotidienne sur le plan moteur et cognitif. Etant dans une situation sociale compliquée, elle bénéficiera du soutien d'une maison médicale et de son entourage » (p. 5 du rapport) ; Qu'étant donné ces déficits moteurs et cognitifs et étant donné que la requérante nécessite une aide pour sa toilette et son habillage et qu'elle est incontinente, le soutien d'une maison médicale lui est absolument nécessaire et fait partie de son traitement ; Que ces informations ont également été passées sous silence par le médecin conseil dans son avis, de telle manière qu'il ne ressort aucune mention relative à la possibilité pour [la] requérante de disposer d'une aide médicale permanente au pays d'origine ; Qu'au vu de ces éléments et de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, il est manifeste que la motivation de l'avis du médecin conseil, et partant, la motivation de la décision de la partie adverse qui fait sien cet avis, est insuffisante en ce qu'elle ne permet pas à la requérante de comprendre le raisonnement de l'administration et de savoir si son traitement et son suivi sont effectivement disponibles dans le pays d'origine ; Que cette deuxième sous-branche est fondée et suffit à annuler l'acte attaqué ».

Concernant la violation de l'obligation de motivation formelle quant à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, elle fait valoir « Que s'agissant d'un traitement adéquat en République démocratique du Congo, il faut prendre en compte non seulement la disponibilité mais également l'accessibilité des soins ; Qu'en effet, cette adéquation « doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc » (C.C.E., 5 juillet 2016, n°171.260) ; Que, dans ce cadre, la situation individuelle de l'intéressé doit donc être dûment prise en considération (C.C.E., 22 juin 2015, n°148.182) ; Que c'est ainsi que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (C.C.E., 16 décembre 2015, n°158.676) ; 1. Que, tout d'abord, le médecin conseil rejette les arguments avancés par la requérante quant à l'accessibilité du traitement dans son pays d'origine en invoquant que : [...] Que le médecin conseil se base sur les différents rapports fournis par la requérante quant au système de santé publique et au système de sécurité sociale en RDC pour considérer que « la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale » ; Que cette argumentation ne peut être valablement retenue, étant donné que les informations qui concernent le système de santé publique et le système de sécurité sociale en RDC sont, par nature, applicables à l'entière de la population vivant dans ce pays et dès lors à la situation individuelle de la requérante ; 2. Qu'ensuite, le médecin conseil fait état de considérations relativement au système de sécurité sociale en RDC, et plus particulièrement en ce qui concerne les mutuelles de santé ; Que c'est ainsi qu'il mentionne un article d'IPS selon lequel, en 2012, un Programme national pour la promotion des mutuelles de santé a été lancé par le Ministère de la Santé suite auquel de plus en plus de congolais ont adhéré aux mutuelles de santé ; Que des « campagnes de sensibilisations » sont également menées pour susciter davantage d'adhésions ; Que ces informations datent de plus de

6 ans et aucune donnée n'est fournie à propos de l'évolution actuelle et effective de ce programme national pour la promotion des mutuelles de santé ; Que votre Conseil a jugé que les informations fournies doivent être actuelles (C.C.E., arrêt du 31 janvier 2012, n°74.319) ; Que les données actuelles officielles dépeignent la réalité de la situation sanitaire en RDC : « Les rapports successifs PNDS [Plan national de développement sanitaire] 2011- 2015 et PNDS 2016-2020 observent dans leur évaluation de la période précédente que la revitalisation du secteur de santé prévue par la SRSS [Stratégie de renforcement du système de santé] n'est pas très active entre autres à cause du faible financement par l'Etat pour l'exécution des PNDS. Le budget alloué au Ministère de la santé est insuffisant par rapport aux besoins réels (tableau 1). Le manque de financement pour le fonctionnement des activités et pour les rémunérations des personnels est compensé par des pratiques de paiement direct par les patients qui ne sont pas contrôlées. Il s'ensuit une commercialisation des soins de santé qui a une influence négative sur leur qualité et leur accessibilité financière » (PIÈCE 4 : Institut de Médecine Tropicale, Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, Anvers, Mai - octobre 2016, p. 22, [http://www.solmond.be/IMG/pdf/solidarite\\_mondial\\_protection\\_sociale\\_masmut\\_etude\\_rdcongopdf](http://www.solmond.be/IMG/pdf/solidarite_mondial_protection_sociale_masmut_etude_rdcongopdf) ) ; Que, par ailleurs, le médecin conseil cite à titre d'exemple la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (MUSQUAP) ; Qu'en consultant l'article référencé en note de bas de page 6, il est indiqué ceci quant aux soins couverts : « Les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée ; les examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; les hospitalisations de moins de 15 jours; les opérations de petite et moyenne chirurgie; les accouchements; les actes infirmiers; ainsi que les médicaments essentiels génériques » (<http://7sur7.cd/new/kinshasa-plusieurs-familles-adherent-a-la-mutuelle-de-sante-des-quartiers-populaires/>) ; Que rien ne permet de savoir si les examens adaptés à la pathologie de la requérante, à savoir les examens neurologiques, sont pris en charge par cette mutuelle ; Qu'en tout état de cause, les prestations sont couvertes à condition de verser une cotisation régulière ; Que rien est indiqué en ce qui concerne les conditions d'affiliation et le montant de la cotisation requise ; Que la requérante ne dispose d'aucune ressource propre et étant donné son déficit moteur et neurologique, elle est totalement incapable de travailler ; Que sans ces informations, il n'est pas possible de savoir si, concrètement et effectivement, la requérante pourrait bénéficier de cette mutuelle pour la prise en charge de son suivi neurologique ; Que d'autres mutuelles sont citées dans l'avis du médecin conseil : LIBIKI, ELIKYA et MUSAKI ; Que l'article référencé par le médecin conseil en note de bas de page 7 indique toutefois que ces mutuelles « poursuivent la sensibilisation afin d'atteindre le seuil de 2000 bénéficiaires pour le démarrage de leur première année de prestations de soins » et que « ces MUSA éprouvent quelques difficultés à débiter les prestations des soins. Parmi ces dernières : - Une sensibilisation prolongée due au non atteinte de l'effectif souhaité pour le démarrage de prestations de soins, - La présente sur terrain d'autres sortes d'assurances fictives, - Le manque d'une stratégie adaptée pour le suivi de cotisations des ménages adhérents » (<http://cgatrdc.overblog.com/2014/03/cgat-kinshasa.html>) ; Que manifestement, il ne peut pas être déduit de ces informations que ces trois mutuelles ont effectivement démarré et qu'elles fonctionnent, faute d'informations actualisées ; Que s'agissant de la Mutuelle de santé de la Communauté Famille Chrétienne, rien n'indique que son lancement a abouti ; Que le médecin conseil mentionne encore le Bureau Diocésain des Oeuvres médicales (BDOM) ; Que, comme indiqué, ce Bureau ne couvrent que 25% de la population kinoise et se limite à la couverture de 25% des soins de santé primaires alors que la requérante nécessite d'un traitement et d'un suivi très spécifique ; Que votre Conseil a récemment jugé que : « [...] (C.C.E, arrêt du 31 octobre 2018, n°211.857, pt. 4.5) ; Que cet enseignement est applicable par analogie à la situation de la requérante ; Que Votre Conseil a estimé que : « [...] » (C.C.E., arrêt du 31 mai 2012, n°82.175) ; Qu'au vu de l'ensemble de éléments avancés par le médecin conseil, qui sont par ailleurs peu actualisés, rien ne permet de savoir si le système des mutuelles de santé en RDC est effectif, si la requérante pourra s'y affilier et si la prise en charge des soins neurologiques spécifiques dont elle nécessite sera couverte ; 3. Que l'avis du médecin conseil se concentre également sur la prise en charge des maladies neurologiques en RDC, et explique que selon le chef du service de neurologie vasculaire du CNPP, une consultation coûterait entre 10 et 20 dollars américains dans les institutions publiques, et entre 20 et 30 dollars dans le secteur privé ; Que les frais d'hospitalisation s'élèveraient à 300 dollars américains au CNPP selon la référence indiquée par le médecin conseil ; Que le CNPP est le « Centre neuro-psycho-pathologique » de Kinshasa ; Que s'agissant des frais d'hospitalisations, ceux-ci sont exorbitants dès lors que, selon la banque mondiale, le revenu national brut par habitant en RDC est de 450 dollars, soit environ 12 dollar par jour (<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.PCAP.CD?locations=CD>) ; Que cela est confirmé par l'Office fédéral des migrations suisse au sein d'une analyse sur le système sanitaire à Kinshasa, qui intègre des considérations sur le CNPP : « Le directeur du CNPP, le professeur Gilbert Lelo, reconnaît que les soins ne sont « accessibles qu'à des familles nanties » » (PIÈCE 5 : Office

fédéral des migrations, *Le système sanitaire à Kinshasa : médicaments et soins du VIH-sida, de l'hypertension artérielle, du diabète de type II et des troubles mentaux*, Berne, 3 décembre 2014, p. 23, <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/herkunftslander/afrika/cod/COD-medlage-f.pdf> ) ; Que, de plus, la source indiquée par le médecin conseil ne permet pas de savoir pour quelle durée d'hospitalisation ces frais sont dus ; Que, en outre, il n'est pas certain que la maladie neurologique de la requérante puisse être traitée au sein de ce centre : « Le Centre neuropsychopathologique (CNPP) de l'Université de Kinshasa est le seul établissement public spécialisé dans une agglomération estimée à dix millions d'habitants. Il est situé au Mont Amba, à quelque 20 kilomètres du centre-ville. En 2013, la capacité du CNPP est d'une cinquantaine de lits. Elle était de 420 lits lors de son inauguration en 1973. Son site internet fait état de « 30 spécialistes neuropsychiatres et 26 médecins assistants » : il cite nommément un psychiatre et aucun neurologue (...) L'ODM a visité le CNPP en 2013 avec le Dr. Jean-Marie Kashama, qui y pratique et enseigne à l'université de Kinshasa. (...) Le CNPP n'a ni scanner, ni tomographe » (PIÈCE 5 : Office fédéral des migrations, *Le système sanitaire à Kinshasa : médicaments et soins du VIH-sida, de l'hypertension artérielle, du diabète de type II et des troubles mentaux*, Berne, 3 décembre 2014, p. 24, <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/herkunftslander/afrika/cod/COD-med-lage-f.pdf>) ; Que le médecin conseil fait ensuite référence au Centre Telema, au sein duquel des soins psychiatriques sont dispensés ; Que le lien référencé par le médecin conseil (note pas de page 10) ne contient aucune information relative au Centre Telema, ce qui ne permet pas à la requérante de vérifier les informations données ; Qu'en tout état de cause, la requérante n'est pas atteinte d'un trouble psychiatrique mais d'une affection neurologique suite à l'hémorragie cérébrale dont elle a été victime ; Que ce centre n'est donc pas adapté à la pathologie de la requérante ; 4. L'avis rendu par le médecin conseil précise ensuite à titre subsidiaire que la requérante pourrait être aidée financièrement par certains membres de sa famille qui vivent en RDC ; Que concernant une éventuelle aide apportée par les membres de la famille d'un demandeur, Votre Conseil a jugé ce qui suit : « [...] » (C.C.E., arrêt du 5 octobre 2018, n°210.562, pt. 3.3.3) ; Que cet enseignement est applicable mutatis mutandis au cas d'espèce étant donné qu'en regard des informations fournies par le médecin conseil, il n'est pas possible de juger de l'accessibilité effective du traitement et du suivi neurologique adapté à la requérante, ni d'une possible prise en charge de celui-ci par le système de santé congolais ; Que cette référence générale à la solidarité familiale de la requérante ne permet donc pas de considérer que son traitement lui serait accessible ; 5. Qu'en dernier lieu, il convient de relever qu'il n'est fait aucune mention de la possibilité et de l'accessibilité d'un suivi en physiothérapie et en kinésithérapie en RDC alors que ce suivi fait partie du traitement actif et actuel de la requérante ; Qu'au vu de l'ensemble de ces éléments, il est impossible de savoir si concrètement et effectivement, les soins adaptés à la pathologie de la requérante sont suffisamment accessibles en RDC ; Que, dès lors, la motivation du médecin conseil quant à l'accessibilité des soins et du suivi, reprise par la partie adverse, est insuffisante et inadéquate ; Que cette troisième sous-branche est fondée et suffit à annuler la décision attaquée ».

S'agissant de la violation de l'obligation de motivation formelle et erreur manifeste d'appréciation quant au risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine, elle avance que « la jurisprudence a développé une approche particulière en ce qui concerne l'exigence de « risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou de risque réel de traitement inhumain ou dégradant » qui figure au sein de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ; Qu'en effet, Votre Conseil a eu l'occasion de préciser à propos de l'exigence de risque de traitement inhumain et dégradant que l'article 9ter de la loi sur les étrangers constitue une disposition autonome par rapport à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (C.C.E., 28 juin 2018, n°206.166, pt. 5.1) ; Que si l'article 9ter de la loi sur les étrangers comprend le seuil fixé par l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme, cette disposition est toutefois plus protectrice en ce qu'elle ne se limite pas à exiger un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie (sur cette exigence, cf. Cour eur. D.H., arrêt S.J. c. Belgique, 27 février 2014, Requête n° 70055/10, pt. 119 et 120) ; Que Votre Conseil a jugé que « le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour EDH, un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH » (C.C.E., 28 juin 2018, n°206.166, pt. 5.6. Voy. également, E. NERAUDAU, « Le contrôle requis par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 n'est pas restreint au risque pour la vie », ni au seuil de gravité posé par l'arrêt N. c. R-U de la Cour EDH (article 3 CEDH) », Newsletter EDEM, mars 2013, sur la décision du C.C.E. (trois juges) du 27 novembre 2012, n° 92 258) ; Qu'à côté du risque vital, sont donc également envisagés le risque réel pour l'intégrité physique et le risque de traitement inhumain et dégradant ; Que, dans son avis, le médecin conseil rappelle la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme à propos du risque de mauvais traitements dans le pays d'origine : [...] Que cette argumentation ne peut pas être valablement retenue dès lors que dans le cas d'espèce, il n'y va pas d'une « simple possibilité de mauvais traitement en raison d'une conjoncture instable dans un pays » ; Que le risque de mauvais

traitement est réellement attesté par le dossier médical de la requérante qui indique un risque de « mortalité en cas de rupture d'anévrisme » (certificat médical type du 26 décembre 2017) ; Que ce risque n'est pas contesté par le médecin conseil et par la partie adverse ; Que les allégations de la requérante relativement à la situation sanitaire générale en RDC sont précisément corroborées par d'autres éléments de preuves, à savoir la spécificité de sa pathologie et l'inaccessibilité du traitement en cas de retour au pays d'origine ; Que la jurisprudence précitée de la Cour européenne des droits de l'homme ne s'applique donc pas au cas de la requérante ; Qu'un risque de mortalité rencontre le seuil fixé par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et, a fortiori, l'exigence d'un risque de traitement inhumain et dégradant requis par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ; Que Votre Conseil a jugé que : [...]» (C.C.E., arrêt du 27 avril 2018, n°203.123., pt. 3.5) ; Que le médecin conseil a considéré que « du point de vue médical nous pouvons conclure que la pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le suivi et le traitement sont disponibles et accessibles au Congo RDC. D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine » et que cette conclusion a été reprise par la partie adverse dans la décision attaquée ; Qu'au vu des éléments mentionnés dans les branches précédentes qui établissent clairement l'indisponibilité et l'inaccessibilité du traitement adapté à la requérante et vu le risque de mortalité avéré en cas d'arrêt du traitement, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et a violé les dispositions relatives à la motivation formelle des actes administratifs en estimant que le retour de la requérante en RDC n'entraînerait pas de traitement inhumain ou dégradant dans son chef ; Que la quatrième sous-branche est fondée et suffit à annuler la décision attaquée ».

2.5. Dans une deuxième branche ayant trait à la violation des dispositions relatives à la déontologie médicale et aux droits des patients, elle souligne « 1. Que l'article 119 du Code de déontologie médicale dispose : « [...] » Que l'article 124 du Code de déontologie médicale dispose : « [...] » Que le médecin conseil n'a pas examiné la requérante et s'est donc uniquement basé sur le dossier médical de la requérante pour estimer que sa maladie n'entraînait pas de risque de traitement inhumain ou dégradant ; Que, pourtant, en cas de pathologie suffisamment grave - ce qui ressort du dossier médical de la requérante - et lorsque l'état de santé de l'intéressé ne peut pas être suffisamment établi, un examen par le médecin conseil est indiqué ; Qu'en effet, un arrêt de votre Conseil a jugé que : « [...] » (C.C.E., arrêt du 27 janvier 2012, n°74.073) ; Que dans ce cas précis, il ne s'agit plus seulement d'une faculté mais d'une obligation à charge du médecin conseil ; Qu'il revenait au médecin conseil de demander des renseignements supplémentaires et d'examiner la requérante ou, à tout le moins, d'entrer en contact avec le médecin traitant de la requérante — spécialiste de sa pathologie ; Que la Cour Constitutionnelle a jugé que « tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir, sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins, y compris les règles d'indépendance et d'éthique qui y sont prescrites » (C.C., arrêt du 28 juin 2012, n°82/2012, B.15 et B.16) ; Que, dès lors et dans ces circonstances, l'article 124 du Code de déontologie médicale était applicable au médecin fonctionnaire et il lui revenait de voir et d'interroger personnellement la requérante ; Qu'au vu de cet absence d'examen et de demande de renseignements supplémentaire, le partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation quant à la portée de l'article 9ter, §1, alinéa 5 de la loi du 15 décembre 1980 et n'a pas respecté les règles de déontologie médicale ; 2. Que le Conseil national de l'Ordre des médecins, doutant de l'indépendance des médecins conseils de l'Office des Etrangers, a lui-même suggéré, dans un avis du 16 novembre 2013, d'ajouter une annexe au contrat de travail des médecins actifs à l'Office des Etrangers dont l'article 3 stipulerait : « Le mandataire remplit sa mission en toute indépendance vis-à-vis du mandant ou d'autres médecins au service du mandant Le mandant respecte à cette fin l'autonomie professionnelle du médecin telle que définie par la loi et la déontologie. (...) » (<https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/contrat-de-travail-destin-aux-medecinsactifs-l-office-des-etrangers>) ; Que c'est en effet la loi qui confie aux autorités ordinales le soin de veiller au respect de leur déontologie par les médecins, de sorte que c'est la loi qui impose aux médecins dévouement, probité et qualité professionnelle, obligations qui supposent nécessairement que dans leur activité, les médecins soient libres à l'égard de toute structure hiérarchique, contractuelles ou statutaire dans laquelle ils s'inscriraient ; Que selon le Comité consultatif de bioéthique, lorsque le médecin-conseil de l'Office des Etrangers émet un avis celui-ci pose un acte médical et à ce titre il est légalement soumis à la déontologie médicale (Avis n°65 du Comité consultatif de Bioéthique, p.9) ; Que de plus, cet acte comprend une composante diagnostique car il s'agit notamment de « l'appréciation (...) de la maladie mentionnée dans l'attestation médicale, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire » (article 9ter §1 al. 5 de la loi du 15 décembre 1980) ; Que la situation fonctionnelle des médecins-conseils de l'Office des Etrangers ne permet pas de respecter l'obligation d'indépendance morale et technique résultant de l'article 5 du Guide européen d'éthique médicale qui prévoit que : « Tant pour conseiller que pour agir, le médecin doit disposer de son entière liberté professionnelle et des conditions

techniques et morales lui permettant d'agir en toute indépendance » ; Qu'il en résulte que les médecins de la partie adverse ne remplissent pas leur mission en toute indépendance vis-à-vis de leur mandant, l'administration publique ; Que ces allégations sont renforcées par le fait qu'alors que les médecins-conseils exercent une profession libérale et ont dès lors un statut d'indépendant, ceux-ci signent avec l'Office des Etrangers un contrat de travail, lequel implique un lien de subordination à l'égard de l'employeur, incompatible avec les règles d'indépendance ; Que c'est ainsi qu'il ressort d'un témoignage d'un médecin ayant travaillé dans la cellule 9ter de l'Office des Etrangers que : « Pour pouvoir être accepté via le 9 ter, on est passé d'une personne malade dont la vie ou l'intégrité physique est en danger à une personne dont la vie est exposée à un danger immédiat. Et les instructions étaient claires : un risque immédiat, c'était dans les trois mois. Si la consigne n'était pas écrite, elle était dite. Il reste très peu de maladies avec un risque immédiat à trois mois ! Il devenait presque impossible de remettre un avis positif » (Livre blanc sur l'autorisation du séjour médical, p.53) ; Que c'est ainsi que plus de 100 médecins ont publié une lettre ouverte aux parlementaires afin de dénoncer les pratiques des médecins de l'Office des Etrangers et de demander qu'un audit de l'Office des étrangers sur la manière dont les demandes de régularisation médicale sont menées ; Que dans son avis n°65 du 9 mai 2016 concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux, y compris psychiatriques, graves, le Comité de Bioéthique a considéré que : « [...] » Que le rapport du médiateur fédéral du 29 juillet 2016 souligne encore que : « [...] » (Rapport du médiateur fédéral du 29 juillet 2016 p. 32) ; Que dans la mesure où le respect de la déontologie médicale relève d'une obligation légale, son non-respect entraîne l'illégalité de l'avis ainsi émis ; Qu'à ce titre, l'acte pris en violation de la déontologie médicale ne pourrait avoir de valeur juridique et servir de fondement à la décision prise par la partie adverse ; Qu'à ce titre la décision de refus prise par la partie adverse manque à l'obligation de motivation des actes administratifs. Que l'avis médical rendu par la partie adverse de manière unilatérale sans avoir vu la patiente et sans avoir tenu compte des informations fournies par les différents médecins ayant suivi la requérante ne permettent pas d'établir qu'il n'y a pas de danger pour la requérante de retourner dans son pays d'origine vu ses graves problèmes de santé ; 3. Qu'il importe en outre de rappeler que les médecins de la requérante sont soumis au serment d'Hippocrate, de sorte qu'il convient d'accorder foi à leur diagnostic ainsi qu'aux certificats médicaux établis par eux, à fortiori alors qu'il s'agit de spécialistes suivant la requérante depuis plusieurs années ; Qu'à cet égard, le Conseil d'Etat a déjà jugé que « Lorsque le médecin de l'administration s'écarte des conclusions de ses confrères, il doit en indiquer les raisons » (voyez en ce sens C.E., arrêt du 3 juillet 1997, n°67.391 : en l'espèce, l'avis du médecin de l'Office des Etrangers se limitait à un avis indiquant que le requérant pouvait voyager et recevoir des soins médicaux dans son pays d'origine, à un questionnaire complété par « oui » ou « non » et à un bref rapport d'examen alors que les attestations déposées par l'intéressée indiquaient au contraire qu'elle ne pouvait voyager et que sa vie était en danger ; Que le Conseil d'Etat accorde une importance au caractère précis et circonstancié des rapports médicaux figurant au dossier ainsi qu'à la circonstance que ceux-ci sont ou non établis par des spécialistes de l'affection ; Qu'il a été jugé qu'« en présence de certificats médicaux circonstanciés rédigés par des médecins spécialistes qui émettent un avis défavorable à l'éloignement de l'intéressée, il convient que l'administration se fonde également sur des rapports tout aussi précis » (voyez en ce sens C.E., arrêt du 5 octobre 1992, n° 82.698) ; Qu'en présence d'avis divergents émanant de médecins spécialistes, le Conseil d'Etat tend à privilégier celui qui émane du plus pointu d'entre eux : « En présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement de la demanderesse, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en évaluation du dommage corporel, n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre l'intéressée » (voyez en ce sens C.E., arrêt du 9 août 2001, n° 98.492) ; Qu'en l'espèce, le médecin conseil n'expose nullement les raisons pour lesquelles il choisit d'écarter les conclusions de son confrère, conclusions qu'il passe en outre totalement sous silence, de sorte que la décision attaquée viole la foi due aux actes ; Que tant la demande d'autorisation de séjour introduite par la requérante que les certificats médicaux y annexés font état d'un risque motivé d'aggravation de ladite maladie en cas de retour dans le pays d'origine, argument que la partie adverse a totalement passé sous silence ; Qu'à cet égard, dans un arrêt n° 93.203 du 10 décembre 2012, votre Juridiction a pu considérer que : « [...] » Que la partie adverse fait donc preuve d'une erreur manifeste d'appréciation en considérant qu'un retour au Congo n'est pas contre-indiqué et que la requérante peut se déplacer et voyager, ainsi que d'une méconnaissance totale du dossier médical de la requérante ; Que cette deuxième branche du moyen suffit également à annuler la décision litigieuse ».

2.6. Relativement à l'ordre de quitter le territoire attaqué, la partie requérante prend un deuxième moyen « de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation :

- de l'article 23 de la Constitution ;
- des articles 3 et 13 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme

et des libertés fondamentales (CEDH) ».

2.7. Après avoir reproduit le contenu de l'article 23 de la Constitution et de l'article 3 de la CEDH, elle développe « *Qu'en alléguant que la maladie de l'intéressée n'est pas dans un état tel et qu'elle n'entraîne pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique et en délivrant un ordre de quitter le territoire à la requérante, la partie adverse expose cette dernière à un risque de traitement inhumain et dégradant et se rend coupable d'une violation de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; Qu'il convient de rappeler à titre préliminaire que en vertu de l'article 1<sup>e</sup> de la CEDH, les Etats doivent garantir à toute personne relevant de leur juridiction les droits énoncés à l'article 3. Le seul critère à prendre en considération est celui de la présence physique de la personne sur le territoire de l'Etat (Cour eur. D.H., arrêt D. c. Royaume-Uni, 2 mai 1997, pt. 46) ; Que la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que « lorsqu'ils exercent leur droit à expulser de tels étrangers, les Etats contractants doivent tenir compte de l'article 3 de la Convention (art. 3), qui consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques. Telle est précisément la raison pour laquelle la Cour a constamment répété, dans ses précédents arrêts portant sur l'extradition, l'expulsion ou le refoulement de personnes vers des pays tiers, que l'article 3 (art. 3) prohibe en termes absolus la torture ou les peines ou traitements inhumains ou dégradants » (Cour eur. D.H., arrêt D. c. Royaume-Uni, 2 mai 1997, pt. 47) ; Qu'il a été en outre jugé « qu'il appartient à l'autorité saisie d'une demande d'autorisation de séjour (...) pour motif médical (...) d'apprécier les circonstances de l'espèce au regard de la situation sanitaire et sociale du pays de destination mais aussi au regard des conséquences de la mesure d'éloignement sur la santé de l'intéressée » (C.E., arrêt du 5 octobre 1998, n°82.698) ; Que vu le risque de décès de la requérante en cas de rupture d'anévrisme, il appartenait à la partie défenderesse de prendre sa décision avec la plus grande prudence qui soit ; Que ce risque porte atteinte au droit à la vie, et est dès lors constitutif de traitement inhumain et dégradant au titre de l'article 3 de la CEDH, auquel aucune dérogation n'est permise en vertu de l'article 15§2 de cette même convention ; Qu'un tel acte est une atteinte à la dignité humaine et, à ce titre, est contraire à l'article 23 de la Constitution ; Que la Cour européenne des droits de l'homme a récemment jugé ce qui suit : « [...] » (Cour eur. D.H. (G.C.), arrêt du 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique, pt. 183) ; Qu'étant donné l'absence de disponibilité et d'accessibilité d'un traitement adéquat en RDC, le retour de la requérante dans ce pays l'exposerait inévitablement à de tels risques ; Que la Cour a également eu l'occasion de rappeler, dans l'arrêt précité que : « [...] » (Cour eur. D.H. (G.C.), arrêt du 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique, pt. 186 et 187, c'est nous qui soulignons) ; Qu'en l'espèce, la requérante a fourni toutes les informations nécessaires permettant d'établir qu'il y aurait un risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans son pays d'origine, risque qui trouve sa source dans l'indisponibilité et l'inaccessibilité d'un traitement adéquat ; Qu'il ressort du dossier administratif que non seulement, il n'a pas été procédé à cet examen particulier afin de déterminer la situation de la requérante avant et après un renvoi éventuel, mais qu'en outre, le médecin conseil de la partie adverse s'écarte des conclusions du médecin spécialiste, -lequel affirmait que le renvoi de la requérante est contre-indiqué-, et ce sans justification suffisante et adéquate ; Qu'en tout état de cause, l'ordre de quitter le territoire constituant l'accessoire de la décision de refus de séjour, il convient également de l'annuler (cf. C.C.E., arrêt du 27 septembre 2018, n°210.051) ; Que l'ordre de quitter le territoire adressé à la requérante, en ce qu'il viole l'article 3 de la CEDH et l'article 23 de la Constitution, est illégal et doit être annulé »*

### 3. Discussion

3.1. Sur la première branche du premier moyen pris, plus particulièrement quant au développement relatif à la violation de l'obligation de motivation formelle quant à la capacité de voyager, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> de la Loi, « *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* ».

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

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9<sup>ter</sup> précité dans la Loi, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique que l'obligation d'informer la requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressée. L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative 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 ses 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.

3.2. Le Conseil observe qu'il ressort de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse du 11 juin 2018, auquel la partie défenderesse s'est référée en termes de motivation, que, s'agissant de la capacité de voyager, « *Sur base des pièces médicales déposées il ne ressort aucune contre-indication aigue ou stricte en ce qui concerne la capacité de voyager : - L'AVC a dépassé le délai de voyage de 3 semaines conseillé après l'incident1 – Il n'existe pas une interdiction de voyager avec un anévrisme oculo-ophtalmique dans la littérature médicale* ».

Force est ensuite de constater que la partie défenderesse n'a pas transmis au Conseil de céans de dossier administratif suite à la notification du présent recours.

Dans ces conditions, au vu de l'absence de dossier administratif, le Conseil ne peut que constater qu'il n'est pas en mesure d'exercer son contrôle de légalité à l'égard de l'extrait de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse du 11 juin 2018 reproduit ci-avant. Plus particulièrement, le Conseil ne peut vérifier la teneur du site figurant en note de bas de page 1 de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse qui conseillerait un délai de voyage de trois semaines après l'anévrisme cérébral, dès lors que les informations émanant de ce site ne sont pas en sa possession.

3.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève qu'elle « *souhaite [...] replacer dans leur contexte les postulats de départ de l'argumentaire développé dans le cadre de cette sous-branche et selon lesquels le médecin-conseil de la partie adverse aurait commis une erreur d'appréciation en s'écartant de l'avis d'un médecin traitant de la requérante. En effet, la requérante se réfère à ce propos à un certificat du 26 décembre 2017 stipulant qu'elle ne peut voyager « avant exclusion de son anévrisme cérébral ». Cependant et simultanément, la requérante ne tient pas compte des pièces ultérieurement versées par elle-même à son dossier, étant plus particulièrement le rapport d'hospitalisation du 11 mai 2018, dans lequel le Docteur [J.G.] rappelle que la requérante avait été hospitalisée en raison d'un AVC qui concerne l'anévrisme de la requérante, qu'« il s'agit d'un anévrisme carotido-ophtalmique gauche (2,5 mm). Pas d'autre MAV mise en évidence. Suivi prévu par l'équipe de neuro-radiologie interventionnelle d'Erasmus (le secrétariat doit proposer un RDV de suivi). » La requérante ne prétend pas à un suivi* ». Outre le fait que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas exclu expressément l'anévrisme cérébral de la requérante dans son avis, le Conseil souligne que ces informations ne peuvent en tout état de cause être vérifiées au vu de l'absence de dépôt du dossier administratif et donc des pièces médicales fournies par la requérante à l'appui de sa demande. Quant à la considération selon laquelle la requérante « *ne remet, d'autre part, pas valablement en cause le constat de l'avis du médecin-conseil quant à l'absence d'une interdiction de voyager avec un anévrisme oculo-ophtalmique dans la littérature médicale* », le Conseil estime en tout état de cause que ce constat ne peut à lui seul justifier la capacité de voyager de la requérante dès lors que ni l'exclusion de l'anévrisme cérébral (en outre non expressément indiquée dans l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse) ni les conseils de voyage en cas d'anévrisme cérébral ne peuvent être vérifiés.

3.4. En conséquence, le Conseil estime qu'en se référant à l'avis de son médecin-conseil, la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation, à tout le moins s'agissant de la capacité de voyager. Cette partie de la première branche du premier moyen pris est fondée et suffit à justifier l'annulation de la première décision entreprise.

3.5. Il s'impose d'annuler également l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante dès lors qu'il constitue l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée.

3.6. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le reste de la première branche du premier moyen pris et la deuxième branche du premier moyen pris qui, à les supposer fondés, ne pourrait entraîner une annulation aux effets plus étendus.

#### **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 actes attaqués étant annulés, 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.**

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 18 juin 2018, est annulée.

##### **Article 2.**

La décision d'ordre de quitter le territoire, prise le 18 juin 2018, est annulée.

##### **Article 3.**

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY, greffier assumée.

Le greffier, Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE