



## Arrêt

n° 222 210 du 3 juin 2019  
dans l'affaire X / I

En cause : 1. X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. de FURSTENBERG  
Avenue de la Jonction 27  
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 1ère CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 mai 2018, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), agissant en son nom personnel et, avec X, dont la nationalité n'est pas mentionnée, au nom de leurs enfants mineurs, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, et l'ordre de quitter le territoire, pris le 5 février 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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 janvier 2019 convoquant les parties à l'audience du 30 janvier 2019.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me L. de FURSTENBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS loco Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

Par courrier du 20 décembre 2016, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, en vertu de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 10 avril 2018, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de cette demande et un ordre de quitter le territoire, lesquels constituent les actes attaqués et sont motivés comme suit :

- S'agissant du premier acte attaqué :

« Motif :

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.

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

Dans son avis médical remis le 24.01.2017, (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 dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.).

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

- 1) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou
- 2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».

- **S'agissant du deuxième acte attaqué :**

« 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 1er, 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 VISA valable ».

## **2. Exposé de la deuxième branche du moyen d'annulation.**

La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation « de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, des droits de la défense, dont le droit d'être entendu par une autorité nationale, des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, de la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme, des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation des actes de l'administration, du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs, de l'erreur manifeste d'appréciation, du principe du raisonnable et du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause. »

Dans une deuxième branche du moyen, relative à la disponibilité au Congo des soins adéquats contre la drepanocytose, la partie requérante critique les sources données par la partie défenderesse. En l'espèce, elle met en évidence le fait que le site Internet <http://padiyathmedicitykinshasa.com/child health paediatric surgery.php> présente la construction d'un nouvel hôpital. Elle reproche le fait que les informations sont en anglais, langue que la partie requérante ne comprend pas. Par ailleurs, elle indique que ce site n'indique nullement les conditions d'interventions et les coûts financiers d'une prise en charge. La partie requérante met en exergue le fait que le site RFI explique que le ministre de la santé promet une consultation à 20 dollars pour le patient congolais et 25 dollars pour le plus grand spécialiste, un prix qui serait hors de portée de la très grande majorité des congolais.

La partie requérante explique également en ce qui concerne la Fondation Fabre que cette dernière s'est engagée, selon son site Internet, à soutenir pendant deux ans l'unité de prise en charge de la drépanocytose, que ce soutien offert par la Fondation Fabre n'existe plus, et que la partie défenderesse n'apporte aucune preuve quant au fait que ce soutien sera renouvelé.

La partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne faire aucune analyse du document relatif aux transfusions sanguines. Elle explique ainsi que le document déposé par la partie défenderesse met en évidence le fait que « la qualification immunohématologique reste encore limitée à une technique manuelle de groupage ABOD (...), qu'il y a peu de donneurs de sang en RDC (...), [qu'] il est à ce jour impossible d'avoir les structures répondant aux normes. L'absence d'une politique adéquate d'approvisionnement régulier et réactifs et en consommables est source de rupture de stock fréquentes, surtout dans les structures dont l'approvisionnement dépend en grande partie de financements extérieurs ».

La partie requérante conclut que le document déposé ne lui permet pas d'être rassurée quant à la qualité des transfusions sanguines en RDC alors que l'enfant [L. F. N.] des requérants a besoin de transfusions de façon très régulière, alors que « les traitements des drépanocytaires nécessitent de pratiquer des échanges transfusionnels et d'assurer une sécurité transfusionnelle tant au point de vue des risques infectieux que des risques immunologiques ».

A cet égard, la partie requérante dépose des documents, et estime que la partie adverse a violé le principe du raisonnable et le principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause.

La partie requérante précise qu'il n'existe pas au Congo de traitement de qualité pour les enfants drépanocytaires. Elle critique le centre hospitalier Monkole dans lequel travaille le Dr [T.L.], dont la partie requérante doute de ses compétences quand ce dernier déclare « ils ont la croix de Jésus-Christ plantée dans leur sang. Sanctifiée soit la douleur...dans tout le corps ».

La partie requérante met également en exergue le fait que le Dr [M.M.] a diagnostiqué l'enfant [L. F. N.] des requérants à l'âge de 6 mois, et qu'il a attesté après examen, que son état nécessite des soins à l'Etranger. Elle estime qu'il serait déplacé de dire que l'enfant [L. F. N.] des requérants pourra être suivie par le Centre Mixte et d'Anémie SS en cas de retour à Kinshasa. Elle indique encore que ce centre situé dans le quartier de Yolo Sud à Kinshasa n'offre de possibilités d'accès aux soins que très réduite et dans de mauvaises conditions.

La partie requérante conclut de ce qui précède que la partie défenderesse commet une erreur manifeste d'appréciation et viole les articles 62 de de la loi du 15 décembre 1980 et 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991.

### **3. Discussion.**

3.1. Sur la deuxième branche du moyen, le Conseil rappelle que l'article 9<sup>ter</sup>, §1<sup>er</sup>, de la loi précise que

« L'étranger qui séjourne en Belgique (...) 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 (...) ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 (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. (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, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), 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<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 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.

En ce qui concerne la référence par la partie défenderesse à la jurisprudence de la Cour E.D.H. relative à l'article 3 de la CEDH et aux travaux préparatoires de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil observe que cela ne permet pas de considérer que le seuil élevé fixé par la jurisprudence de cette Cour – à savoir que l'affection représente un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie – réduirait ou serait déterminant pour l'application de l'article 9ter dans son ensemble. Le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

3.2. 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, fût-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.

Dans le cadre du contrôle de légalité, 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.

3.3. En l'espèce, le Conseil observe que la décision querellée se réfère à l'avis médical rendu par le médecin conseil de la partie défenderesse le 24 janvier 2018, dont il ressort que l'enfant des requérants souffre d'une drépanocytose.

Le Conseil observe que l'avis médical relève l'existence d'un traitement médicamenteux, lequel est composé « d'hydrée, acide folique, vitamine D, et transfusions sanguines ».

S'agissant de ce dernier aspect, le Conseil constate que l'un des certificats médicaux déposée par la partie requérante, daté du 4 juillet 2017 et rédigé par le Dr [A.V.], indique qu'

« un retour au Congo est déconseillé suite à absence du médicament essentiel (Hydroxyurée) dans la majorité des pharmacies du pays. L'approvisionnement n'est pas assuré ; absences de transfusions « non risquées » (contrôles viraux souvent absents), sous équipements des centres de référence et besoins fréquents en Oxygène, morphine et transfusions sanguine. »

De la même façon, une attestation délivrée par le Dr [M.] en date du 13 octobre 2015 met également en évidence que l'état actuel de l'enfant des requérants nécessite un transfert à l'étranger pour des soins plus appropriés.

A cet égard, le Conseil observe que le médecin conseil a estimé dans son avis du 24 janvier 2018 que

« Les molécules présentes au traitement médicamenteux ainsi que le suivi médical sont disponibles en Rép. Dém. Du Congo.  
Des centres de référence et d'excellence sont par ailleurs présents au pays d'origine, en ce y compris des centres de transfusion sanguine.  
Tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Voir <https://www.fagg-afmps.be/fr/items-HOME/indisponibilites> de médicaments pour les médicaments actuellement indisponibles en Belgique. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des médicaments alternatifs, en Belgique comme ailleurs.  
A ce propos, rappelons que l'objectif d'une procédure 9ter n'est pas de digresser quant à une indisponibilité future présumée de certaines classes thérapeutiques au pays d'origine, mais bien d'évaluer la disponibilité actuelle au pays d'origine d'une thérapie adéquate requise. »

Le Conseil constate, à l'instar de la partie requérante que la partie défenderesse considère que le traitement est disponible et accessible, et analyse la situation de l'enfant [L. F. N. ] des requérants quant à la possibilité de bénéficier d'un « traitement adéquat » dans son pays d'origine, en vertu de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en comparant la disponibilité du traitement en République démocratique du Congo et la disponibilité du traitement en Belgique. Elle fait de même en ce qui concerne les transfusions sanguines. En effet, le Conseil constate qu'elle estime que

« des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde (...) une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des traitements alternatifs, en Belgique comme ailleurs. (...) L'on notera enfin que le « risque-zéro » liée à une transfusion sanguine n'est pas non plus de mise en Belgique »

Or, le Conseil observe que le certificat type du 29 septembre 2016 indique en termes de conséquences d'un arrêt du traitement, qu'une transfusion sans bilan moléculaire préalable entraîne une augmentation du risque de DHTR (Delayed haemolytic transfusion reactions), ainsi qu'une augmentation du risque d'anémie sévère, qui peut être mortelle.

Le Conseil se rallie dès lors à l'analyse de la partie requérante et constate, à la lecture du droit administratif, que « la source déposée par la [partie défenderesse] ne permet aucunement aux requérants d'être rassurés quant à la qualité des transfusions sanguines en RDC alors que [F.] a besoin de transfusion de manière très régulière ».

Dans le même sens, le Conseil observe à l'instar de la partie requérante, qu'il ressort notamment de l'article intitulé « Transfusion sanguine en République démocratique du Congo : efforts réalisés et défis à relever », du dernier trimestre 2015, paru dans la revue Médecine et Santé tropicales, et qui figure au dossier administratif, que

« L'absence d'une politique adéquate d'approvisionnement régulier en réactifs et en consommables est source de rupture de stock fréquentes, surtout dans les structures dont l'approvisionnement dépend en grande partie de financements extérieurs. En conséquence, la proportion de dons testés pour les quatre marqueurs, comme le recommande l'OMS, n'est pas optimale. L'absence de comités de transfusion dans les structures hospitalières qui transfusent permet de comprendre le faible taux de traçabilité des produits sanguins et donc la faiblesse de l'organisation du système d'hémovigilance ».

Partant, le Conseil considère, à l'instar de la partie requérante, qu'il ne peut être déduit des informations déposées par la partie défenderesse que l'enfant [L. F. N. ] des requérants peut bénéficier de transfusions sanguines régulières et sécurisées alors qu'il ressort clairement du certificat médical type déposé à l'appui de la demande d'autorisation de séjour que l'un des éléments du traitement adéquat consiste en des transfusions régulières et sécurisées.

3.4. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations ne permet pas d'inverser ce constat, dès lors qu'elle se contente de soutenir qu'

« il n'est enfin nullement exigé qu'il soit procédé à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne dispose pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine ».

En effet, il ressort des informations déposées par la partie défenderesse que

« l'absence d'une politique adéquate d'approvisionnement régulier en réactifs et en consommables est source de rupture de stock fréquentes, surtout dans les structures dont l'approvisionnement dépend en grande partie de financements extérieurs ».

3.5. De façon surabondante, le Conseil constate que c'est la partie défenderesse qui s'attache à établir une comparaison entre les traitements, en l'espèce les transfusions sanguines, en Belgique et en République démocratique du Congo, alors qu'il lui appartient de se prononcer sur l'existence d'un « traitement adéquat » dans le pays le pays d'origine. Ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

3.6. Il résulte de ce qui précède que le moyen tiré de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué.

4. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la partie requérante, constituant l'accessoire de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour litigieuse, qui lui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également.

#### **5. Débats succincts.**

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

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

#### **Article 1<sup>er</sup>**

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de rejet et l'ordre de quitter le territoire, pris le 5 février 2018, sont annulés.

#### **Article 2**

La demande de suspension est sans objet.

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

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J.-C. WERENNE