

Arrêt

n° 241 350 du 24 septembre 2020
dans l'affaire X / VII

En cause : 1. X
agissant en nom propre et, avec X, en qualité de représentants légaux de :
X
2. X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître E. BERTHE
Rue de Joie, 56
4000 LIÈGE

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 mai 2016, en nom propre, par X, et avec X au nom de leur enfant mineur, et par X, qui déclarent être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 1^{er} avril 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 la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 30 juin 2020 convoquant les parties à l'audience du 17 juillet 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. CROKART *loco* Me E. BERTHE, avocat, qui comparait pour les parties requérantes, et Me M. ELJASZUK *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 Le 28 septembre 2009, la requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Le 18 mars 2011, le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 28 novembre 2009, la requérante a introduit, en son nom et au nom de sa fille alors mineure, [B.K.], une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Elle a complété cette demande les 18 janvier 2010 et 10 octobre 2011.

1.3 Le 18 janvier 2010, la requérante a introduit, en son nom et au nom de son fils mineur, le premier requérant, une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Elle a complété cette demande le 25 janvier 2010.

1.4 Le 26 juillet 2010, la partie défenderesse a déclaré les demandes visées aux points 1.2 et 1.3 recevables et, le 28 septembre 2011, non fondées. Le 21 juin 2012, par un arrêt n°83 390, le Conseil du Contentieux des étrangers (ci-après: le Conseil) a annulé cette décision.

1.5 Le 11 octobre 2011, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinquies}), à l'égard de la requérante.

1.6 Le 10 novembre 2011, la requérante a introduit, en son nom et au nom du premier requérant et de [B.K.], une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée les 16 décembre 2011 et 14 juin 2012. Le 23 février 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable et, le 22 juin 2012, non fondée. À la même date, elle a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard de la requérante. Par un arrêt n°208 682 du 4 septembre 2018, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.7 Le 24 janvier 2013, la partie défenderesse a déclaré recevables mais non fondées les demandes visées aux points 1.2 et 1.3 et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), respectivement à l'égard de la requérante et de [B.K.]. Le 28 janvier 2014, la partie défenderesse a retiré ces décisions. Par un arrêt n°120 974 du 20 mars 2014, le Conseil a par conséquent rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.8 Le 3 novembre 2014, la requérante, en son nom personnel et au nom du premier requérant, ainsi que [B.K.] et le second requérant, ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{bis} de la loi du 15 décembre 1980, qu'ils ont complétée le 12 janvier 2016.

1.9 Le 30 janvier 2015, la requérante, en son nom personnel et au nom du premier requérant, ainsi que [B.K.] et le second requérant, ont introduit une « demande de séjour illimité » et ont complété les demandes visées aux points 1.2 et 1.3. Ils ont également complété ces demandes le 14 août 2015 (suite à un courrier de la partie défenderesse du 31 juillet 2015 les invitant à produire des documents médicaux complémentaires) et le 16 février 2016.

1.10 Le 1^{er} avril 2016, la partie défenderesse a déclaré les demandes visées aux points 1.2 et 1.3 non fondées en ce qu'elles concernent le premier requérant (la partie de la décision concernant [B.K.] ayant été biffée). Cette décision, qui a été notifiée le 29 avril 2016 constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Pour [B.K.] :

~~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.~~

~~Madame [B.K.] 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'intéressée 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 la Guinée, pays d'origine de la requérante.~~

~~Dans son avis médical remis le 01.04.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, la Guinée.~~

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

~~Dès lors, 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 existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle 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 de l'article 3 CEDH.~~

Pour [le premier requérant]:

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 [d]écembre 2010 portant des dispositions diverses.

[Le premier requérant] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le [m]édecin 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 la Guinée, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 01.04.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, la Guinée.

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

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

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

Signalons que la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures : l'article 9ter, procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduit par les requérants ».

1.11 Le 1^{er} avril 2016, la partie défenderesse a déclaré les demandes visées aux points 1.2 et 1.3 non fondées en ce qu'elles concernent [B.K.]. Cette décision fait l'objet d'un recours distinct enrôlé sous le numéro 209 194.

1.12 Le 11 juillet 2017, la partie défenderesse a déclaré irrecevable la demande visée au point 1.8, en ce qu'elle concerne la requérante, et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à son égard. Cette décision fait l'objet d'un recours distinct enrôlé sous le numéro 209 198.

1.13 Le 11 juillet 2017 également, la partie défenderesse a déclaré irrecevable la demande visée au point 1.8, en ce qu'elle concerne [B.K.], et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à son égard. Cette décision fait l'objet d'un recours distinct enrôlé sous le numéro 209 191.

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1 La partie requérante prend **un premier moyen** de la violation des articles 2 et 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après: la CEDH), des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 3 et 4 de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, du « principe général de droit imposant à l'administration de statuer en prenant en considération tous les éléments de la cause et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation », du « principe de prudence ou de minutie », ainsi que du « principe général de droit lié au respect des droits de la défense ».

2.1.1 Dans une première branche, elle fait valoir que « [p]our rejeter la demande des requérants, la partie adverse se fonde sur l'avis du médecin conseil du 1^{er} avril 2016 qui a considéré que « 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 » et encore que « d'un point de vue médical, [il peut] conclure qu'une drépanocytose en traitement médical n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que son traitement est disponible et accessible en Guinée ». Ce faisant le médecin conseil ne conteste pas que la maladie dont souffre [le premier requérant] entraîne un risque réel pour sa vie, mais exclut ce risque au motif que les soins médicaux existent en Guinée ». Elle cite de la jurisprudence du Conseil et estime qu'« [a]insi, en cas de maladie entraînant un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de l'étranger demandeur, un éloignement du malade ne peut pas être envisagé même si des soins médicaux existent au pays. Il en découle que le médecin conseil ne pouvait, sans violer l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, rejeter la demande des requérants au motif que le risque réel pour la vie [du premier requérant] qu'entraîne la drépanocytose majeure dont il souffre est exclu étant donné qu'un traitement médical est accessible en Guinée. [...] C'est pourtant précisément ce que le médecin conseil a indiqué dans son avis : « 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 » [...] Le médecin conseil n'ayant pas contesté que la pathologie dont souffre [le requérant] est telle qu'elle entraîne un risque réel pour la vie ou pour son intégrité physique, il ne pouvait pas conclure qu'« il n'y a (...) pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ». Pour rappel, est ici en jeu la vie [du premier requérant], âgé de 16 ans, pour lequel en cas d'absence de ce traitement, suivi et infrastructure appropriés, un décès est annoncé par ses médecins (voy notamment certificat du 21/10/2011 du Docteur [D.], certificat du 4 août 2015). [...] Le médecin conseil, et partant la partie adverse, ont donc violé l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. L'on relèvera que dans l'acte attaqué, la partie adverse a tout simplement ignoré les considérations du médecin conseil concernant le risque réel pour la vie [du premier requérant]. En effet la partie adverse se borne à rejeter la demande au motif qu'« il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ». Ce faisant la partie adverse examine la demande des requérants sous l'angle de la 2^{ème} hypothèse visée par l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre et non sous l'angle de la 1^{ère} hypothèse visée par l'article 9^{ter}. La partie adverse a méconnu une partie de l'avis de son médecin conseil, violant son obligation de tenir compte de l'ensemble des

éléments de la cause et violant l'article 9ter qui prévoit que « L'appréciation du risque précité et des possibilités de traitement dans le pays d'origine (...) est effectuée par un fonctionnaire médecin » ».

2.1.2 Dans une deuxième branche, elle estime tout d'abord que « [c]omme il sera développé ci-après, les requérants estiment que l'acte entrepris est illégal lorsqu'il aborde les éléments essentiels que sont la disponibilité et l'accessibilité du traitement médicamenteux, des suivis par plusieurs spécialistes - ininterrompu et régulier - dont a besoin le requérant et de l'accessibilité à un centre hospitalier avec salle d'hospitalisation et centre de transfusion de qualité. L'acte entrepris est motivé de manière inexacte et insuffisante quant à ces éléments. Par ailleurs, le requérant estime que cette motivation déficiente atteste de la méconnaissance par la partie adverse de son obligation de statuer 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 » et en ayant égard à l'ensemble des éléments de la cause ».

2.1.2.1 Dans un premier grief, elle allègue que « [le premier requérant] nécessite un traitement médicamenteux à base d'acide folique (Folavit 10mg/jour), d'hydroxyurée (Hydréa 2X500mg/jour), d'antalgiques voire de morphine et en cas de complications, d'antibiotique. Il nécessite encore un suivi régulier par plusieurs médecins spécialistes : un hématologue pédiatre, un cardiologue pédiatre et un néphrologue pédiatre. Enfin est également indispensable la proximité d'un centre compétent en prise en charge de la drépanocytose avec une salle d'hospitalisation et d'un centre de transfusion. [...] Quant à la disponibilité de ce traitement, suivi et infrastructure spécifique, le [m]édecin de la partie adverse conclut que « les molécules présentes au traitement médicamenteux – ou leurs équivalents de classes thérapeutiques similaires – ainsi que le suivi médical sont disponibles en Guinée ».[.] Il fonde cette affirmation sur les considérations suivantes : « Vu la fréquence élevée de la drépanocytose en Guinée, y existent diverses associations spécifiques, dont l'AGLUD (Association Guinéenne de Lutte contre la drépanocytose).

Ces informations émanent de la banque de données MedCOI :

- Requête MedCOI du 06.01.2014 portant le numéro de référence unique GN-3144-2013 ;

- Requête MedCOI du 30.05.2014 portant le numéro de référence unique GN-3342-2014 ».

Il fait ensuite état de considérations générales concernant le fonctionnement de la base de données MedCOI. Il cite enfin « la source suivante : <http://www.uraca.org/drepanocytose/carnet-adresses.htm> ». [...] Les requérants ont commandé et obtenu la copie de leur dossier administratif. Aucune information émanant de la banque de données MedCOI ne figure au dossier administratif. Il est donc impossible pour les requérants, et partant [le] Conseil, de vérifier les sources sur lesquelles se fonde la partie adverse pour considérer que « les molécules présentes au traitement médicamenteux – ou leurs équivalents de classes thérapeutiques similaires – ainsi que le suivi médical sont disponibles en Guinée ». Les informations sur lesquelles se base la partie adverse n'étant pas consultables ni vérifiables, elles ne peuvent de nature à fonder valablement l'acte attaqué [...]. [...] De plus, la source citée par la partie adverse : <http://www.uraca.org/drepanocytose/carnet-adresses.htm>, dont aucune copie n'est jointe au dossier administratif (mais dont les requérants joignent un extrait en annexe 2), reprend un carnet d'adresses, soit une liste avec les adresses d'association concernant la drépanocytose. Une seule association est établie en Guinée, l'AGLUD (Association Guinéenne de Lutte contre la drépanocytose). Il s'agit d'une simple adresse de l'Association, sans aucune information sur ses objectifs, son objet social (s'agit-il d'associations de sensibilisation, de prévention ou prodiguant des soins ?), ses compétences, son champ d'action, leur lieu d'action, ses capacités, ses ressources, la qualité des éventuels soins fournis,... Il est évident que la simple mention de l'existence de « diverses associations spécifiques, dont l'AGLUD (Association Guinéenne de Lutte contre la drépanocytose) » ne peut en aucun cas être de nature à garantir la disponibilité du traitement médicamenteux spécifique dont [le premier requérant] a besoin, la disponibilité du suivi médical spécialisé et pluridisciplinaire requis ni d'un hôpital avec salle d'hospitalisation et centre de transfusion de qualité. [...]. En l'absence d'indications complémentaires, la partie adverse ne pouvait se limiter à fonder sa décision sur ce site internet et sur des prétendues informations émanant de la banque de données MedCOI, non accessibles. Les requérants ne peuvent comprendre comment en se fondant sur ces sources la partie adverse peut considérer que le traitement médicamenteux et le suivi médical sont disponibles en Guinée. La motivation de l'acte attaqué est donc inadéquate et insuffisante sur un point essentiel, puisqu'il concerne la disponibilité des traitements et suivis nécessaires [au premier requérant]. [...] Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. [...] Il en est d'autant plus ainsi qu'à l'appui de leur demande

d'autorisation de séjour, les requérants ont, à plusieurs reprises, mis en évidence, pièces à l'appui, les problèmes récurrents en Guinée liés au manque de disponibilité et d'accessibilité des soins de santé de qualité, en particulier dans le cadre de la prise en charge de la drépanocytose, dont souffre [le premier requérant] : Ainsi, dans le courrier du 13 août 2015, les requérants indiquaient : [...] Dans son courrier du 29 novembre 2011, joint au dossier, le Dr [S.] certifie que [...]. La motivation de l'acte attaqué ne permet nullement de considérer que la partie a tenu compte de l'ensemble de ces éléments, ni des arguments soulevés par les requérants. Elle n'y fait pas référence ni même allusion. La partie adverse a violé son obligation de minutie, de tenir compte de l'ensemble des éléments de la cause et de motivation adéquate. Ainsi, force est de constater que la partie adverse se borne à des affirmations péremptoires qui ne sont étayées par aucune pièce du dossier, dossier qui, au contraire, démontre à suffisance le manque de disponibilité et d'accessibilité du traitement médicamenteux, du suivi médical et des infrastructures nécessaires à l'état de santé [du premier requérant]. La partie adverse a violé son obligation de motivation adéquate et suffisante. Compte tenu de l'ensemble des éléments déposés par les requérants sur le traitement de la drépanocytose en Guinée, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en considérant que « l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine ». Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. [...] L'on relèvera enfin que l'avis du médecin fonctionnaire, sur lequel se fonde la partie adverse, ne dit mot du fait que [le requérant] a besoin d'un suivi régulier par plusieurs médecins spécialistes (un hématologue pédiatre, un cardiologue pédiatre et un néphrologue pédiatre) et de la proximité d'un centre compétent en prise en charge de la drépanocytose avec une salle d'hospitalisation et d'un centre de transfusion. Pourtant dans son certificat médical du 4 août 2015, le Docteur [D.] souligne expressément la nécessité de la « proximité d'un centre compétent en prise en charge de la drépanocytose et centre de transfusion ». [...] La partie adverse a donc violé son obligation de motivation adéquate et suffisante quant à un élément essentiel de la demande. Pour rappel, est ici en jeu la vie [du premier requérant], âgé de 16 ans, pour lequel en cas d'absence de ce traitement, suivi et infrastructure appropriés, un décès est annoncé par ses médecins (certificat du 21/10/2011 du Docteur [D.], certificat du 4 août 2015). Le Docteur [D.] met en évidence en cas d'arrêt du traitement « un risque vital », l'anémie chronique nécessite des transfusions, les infections sévère et crises vaso-occlusives nécessitent des hospitalisations (certificat du 4 août 2015). Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. [...] En conclusion, la partie adverse ne pouvait valablement considérer sur base des informations fournies dans la décision attaquée que l'intégralité du traitement médicamenteux, du suivi médical adéquat pluridisciplinaire (suivi par un médecin hématologue pédiatre, un cardiologue pédiatre et un néphrologue pédiatre) et nécessitant une infrastructure hospitalière particulière (bilan radiographique, prise de sang régulière et possibilité de transfusion et d'hospitalisation en urgence dans un centre prenant en charge la drépanocytose) requis par la pathologie [du premier requérant] sera disponible en cas de retour des requérants en Guinée ».

2.1.2.2 Dans un deuxième grief, elle fait valoir que « [q]uant à l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le [m]édecin de la partie adverse consacre une partie de son avis à « [l']accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine » dans lequel il fait essentiellement état d'éléments relatifs à l'accessibilité aux soins et suivi nécessaires sous le seul angle financier (voir infra). [...] Pourtant, à l'appui de leur demande, les requérants ont mis en évidence de multiples obstacles non financiers à l'accès aux soins nécessaires à sa [sic] pathologie, à savoir des obstacles structurels liés à l'insuffisance de ressources médicales en terme de quantité - insuffisance de médecins spécialistes ; énormes difficultés d'accès à l'Hydréa, approvisionnement irrégulier de médicaments et des poches de sang en raison du manque de donneurs- et de qualité - faible niveau de formation des médecins, inadéquation entre les compétences des agents et les fonctions qu'ils occupent, conditions particulièrement risquées des transfusions en l'absence de contrôle fiable et vétusté de la radiologie-. [...] Quant aux obstacles non financiers invoqués par les requérants, la partie adverse se contente d'affirmations générales, qui s'apparentent à des pétitions de principe. Le médecin fonctionnaire indique en effet : « les requérants peuvent 'choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles' (CCE n°31464 du 16.05.2011. Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, les requérants peuvent décider de vivre dans une autre région où ils peuvent être soignés (CCE n°57372 du 04.03.2011) ». Or comme il a été développé sous la première branche du moyen, ni le médecin fonctionnaire, ni la partie adverse ne démontre que le traitement médical requis, qui comprend notamment de l'acide folique et de l'hydréa, le suivi médical par trois médecins spécialistes et l'accès à

un centre prenant en charge la drépanocytose avec un centre de transfusion de qualité et la possibilité d'une hospitalisation en urgence seraient disponibles en Guinée, quel que soit l'endroit en Guinée. [...] En outre, le médecin fonctionnaire indique de façon théorique et peu claire que « les éléments invoqués par le requérant ont un caractère général et ne visent pas personnellement ce dernier (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette affection vivant en Guinée. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Aussi, le requérant peut prétendre à un traitement médical en Guinée ». Or, les requérants ont clairement invoqué des éléments liés à la situation particulière [du premier requérant] atteint de drépanocytose majeure, qui a besoin de soins médicaux spécifiques, soins qui ne sont pas suffisamment disponibles et accessibles en Guinée. Ils ont notamment déposé des rapports concernant le traitement de la pathologie dont est atteint [le premier requérant], l'accessibilité des médicaments particuliers dont il a besoin et des médecins spécialistes nécessaires.

- C'est ainsi qu'ils ont récemment déposé plusieurs documents relatifs à l'absence de gestion de la drépanocytose en Guinée : un article de guineematin.com, « Lutte contre la drépanocytose: la Guinée manque de centre de prise en charge », du 19 juin 2015 et un article intitulé « Santé: des ONG guinéennes se lèvent contre la drépanocytose [»]. Dans leur courrier du 13 août 2015, ils ont indiqué sur base de ces articles: « Le 19 juin 2015, le chef de cabinet du ministère de la santé guinéen a reconnu qu'il n'y avait pas de centre pour la prise en charge des patients drépanocytaires (...). A l'occasion de la journée mondiale de la drépanocytose le 19 juin 2015, plusieurs ONG guinéennes ont souligné le manque de matériels performants et de personnel qualifié pour traiter la drépanocytose en Guinée (...) »..

- En outre, ils ont déposé une attestation du Docteur [S.M.K.] du 29 novembre 2011 concernant la disponibilité de l'hydrea (annexe au courrier du 16 décembre 2011), médicament que doit prendre [le premier requérant], dans laquelle il indique « l'hydrea n'est pas officiellement commercialisée en guinée, son obtention est confrontée à d'énormes difficultés, beaucoup de nos malades meurent par défaut d'accessibilité à ce produit ». Dans ce même rapport, il dénonce également « l'absence de spécialiste en hémato-oncologie pédiatrique » dont a besoin [le premier requérant], qui implique que « la prise en charge de la drépanocytose est vraiment difficile en Guinée ». Il précise aussi que « les conditions de transfusions sanguines ne sont pas favorables ».

- Ils ont également déposé un courrier électronique de la société Bristol-Myers Suibb Belgium qui confirme que l'Hydrea n'est pas commercialisé en Guinée (annexe au courrier du 16 décembre 2011).

- Dans son rapport du 3 mars 2015, le Docteur [D.] souligne que si [K.] retourne dans son pays, «le suivi sera insuffisant et l'accès aux médicaments également pour lui permettre de vivre normalement», rappelant que «le pronostic des drépanocytoses en Afrique est effroyable» (annexe 4 au courrier du 13 août 2015).

- Dans son certificat du 20 octobre 2011, le Docteur [D.] a souligné le fait que « la prise en charge » est « non appropriée dans le pays d'origine ». Elle précise que les « pompes à PCA » ne sont pas disponibles, que l'hydroxyurée n'est pas disponible, la greffe de moelle est impossible, et la sécurité et disponibilité des transfusions très réduites.

- Les requérants ont cité plusieurs rapports de l'OMS et articles de presse confirmant les problèmes majeurs concernant les conditions de transfusions sanguines (voir courrier du 16 décembre 2011), et ce, alors que [le premier requérant] a régulièrement besoin de telles transfusions. Ainsi, il en ressort qu'en raison de l'absence de système de contrôle fiable lors des dons de sang, il existe un risque réel de transmission de maladies graves (VIH, Hépatite B et C, syphilis [sic]).

Le médecin conseil de la partie adverse ne pouvait donc valablement considérer que « les éléments invoqués par le requérant ont un caractère général et ne visent pas personnellement ce dernier ». Le médecin conseil se devait de répondre aux arguments essentiels et précis soulevés par les requérants quant à l'insuffisance d'accessibilité aux soins nécessaires, ce qu'il est resté en défaut de faire, violant son obligation de motivation adéquate. [...] Par ailleurs, il y a lieu de souligner que contrairement à ce qu'indique le médecin conseil de la partie adverse, la protection de l'article 9ter de la loi du 15 décembre est plus large que celle prévue par l'article 3 de la [CEDH] tel qu'interprété actuellement par la Cour européenne des droits de l'homme [(ci-après : la Cour EDH)]. [...] Le médecin conseil ne pouvait dès lors, sans violer l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, motiver sa décision par des affirmations selon lesquelles « le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en

Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D. c. Royaume-Uni du 2 mai 1987, §38) » ou encore que « 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 (arrêt du CCE n°81 574 du 23 mai 2013) » ».

2.1.2.3 Dans un troisième grief, elle explique qu' « [i]l ne peut être contesté que lors de l'examen de la possibilité concrète pour [le premier requérant] de bénéficier des soins nécessaires, il y a lieu de tenir compte notamment des critères financiers dans le pays d'origine. Lors de son audition au Parlement dans le cadre de l'adoption de l'article 9ter, le directeur général de l'Office des étrangers a d'ailleurs indiqué : « L'accessibilité effective de cette infrastructure et la possibilité matérielle de recevoir un traitement et des médicaments sont également pris en compte ». Ces critères financiers font en effet partie de la situation individuelle du requérant dont il y a lieu de tenir compte dans l'examen du caractère suffisamment accessible des soins nécessaires. [...] Quant à l'accessibilité d'un point de vue financier, la partie adverse note que : [...]

[...] La partie adverse note qu'il existe « un dispensaire octroyant des soins de santé primaires aux plus démunis » et renvoie au site internet suivant : « <http://www.fidescos-international.org/be/index.php/stories?story=26>. ». La page de ce site internet est inaccessible. Le message « erreur » apparaît en effet lorsque l'on insère le lien internet précité. Cette source ne peut donc valablement fonder la décision attaquée. Au dossier administratif figure un document intitulé « dispensaire pour les plus démunis en Guinée [»]. Toutefois, ce document ne renvoie nullement à l'adresse internet précitée, ni à une source vérifiable de sorte qu'il ne peut valablement fonder la décision attaquée. En toute hypothèse, la partie adverse ne démontre aucunement que l'ensemble des traitements et suivis particuliers que nécessite la drépanocytose majeure dont souffre [le premier requérant] constituent des « soins de santé primaires » pris en charge et fournis par ce dispensaire. Le document joint au dossier ne le précise pas non plus, se contentant d'indiquer de façon tout à fait générale que : [...] En outre, ce document est daté de 2008 sorte qu'il n'est pas démontré que ce dispensaire fonctionne actuellement. Ainsi, ce dispensaire ne vise que des soins de santé primaire dont il ne peut être nullement déduit d'une part, qu'ils couvrent le traitement particulier nécessité par [le premier requérant] et, d'autre part, que ce dispensaire fonctionne effectivement actuellement. Sans indication complémentaire, ce document ne peut valablement fonder la décision attaquée. Tout au plus y apprend-on qu'il s'agit d'un hôpital de jour, et que l'équipe compte un seul médecin (« médecin » est au singulier). La partie adverse ne tient nullement compte de la situation personnelle des requérants, notamment de la pathologie particulière dont souffre [le premier requérant], qui exige notamment une possibilité d'hospitalisation, de transfusion, l'accès à des médicaments spécifiques non génériques, à un médecin hématologue pédiatre, à un médecin cardiologue pédiatre et à un médecin néphrologue pédiatre. La partie adverse a motivé de façon inadéquate et insuffisante la décision attaquée.

[...] Le [m]édecin de la partie adverse motive également son avis sur l'existence du site internet « Social Security Online » selon lequel « la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles et sert les prestations familiales ». Le [m]édecin de la partie adverse renvoie au site www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/africa/guinea.pdf. Le document qui apparaît sur ce site internet est joint au dossier administratif. [...] Force est de constater que la partie adverse n'a nullement vérifié l'effectivité de ce régime de protection sociale. Or, pour rappel, la motivation de la décision doit démontrer que la partie adverse a vérifié l'effectivité des systèmes dont elle fait état, puisqu'il s'agit de déterminer si les soins de santé seront « suffisamment accessibles » en pratique au requérant en tenant compte de sa situation personnelle [...]. Le document joint au dossier est une simple description de textes législatifs anciens mais n'aborde pas l'application pratique de ces textes pour [le premier requérant] ni leur effectivité. Par conséquent, la partie adverse ne pouvait se contenter de faire référence à ce site internet et à cette législation pour fonder la décision attaquée. En se fondant uniquement sur de telles informations théoriques, issues de la loi guinéenne, la partie adverse a méconnu les obligations qui lui incombent. [...] Il en est d'autant plus ainsi que les informations disponibles à cet égard mettent justement en évidence le manque d'effectivité de ce régime de sécurité sociale en Guinée. Le requérant a ainsi joint, en annexe 18 du recours introduit le 3 août 2012 auprès [du] Conseil, un rapport dressé par B. KOUCHNER, T. T. MINH, M. CAMARA publié en 2009 sous la direction du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique de Guinée, intitulé « De la

nécessité de mise en place d'un système national d'assurance maladie en République de Guinée », disponible sur

http://www.coopami.org/fr/countries/other_countries/guinea/social_protection/pdf/social_protection01.pdf

. Il est souligné dans ce rapport que la branche maladie de la Caisse nationale de sécurité sociale rencontre de nombreuses difficultés actuellement en raison de « l'effet combiné de la récession économique et des conséquences de programmes d'ajustement structurel » (rapport précité page 6). [...] Le rapport dresse un état des lieux plutôt sombre de la Caisse nationale de sécurité sociale : [...] Ainsi, la réalité guinéenne est loin des textes législatifs.

La partie adverse dépose d'ailleurs au dossier administratif un document intitulé « Social Protection Building social protection floors and comprehensive social security systems » qui confirme l'absence d'effectivité de ce système de protection sociale. Ce document nous apprend que : [...] Et que [...] [...] Par ailleurs cette législation indique que, pour avoir droit à une protection, le bénéficiaire doit avoir travaillé comme salarié trois mois avant la constatation médicale de la maladie. En l'espèce, la constatation médicale sera forcément antérieure aux trois mois de travail, puisqu'elle a déjà eu lieu. Rien ne permet de penser que [le premier requérant] pourra bénéficier de ce système de protection sociale. De plus, rien ne permet de garantir que [la requérante] aura un travail dans le secteur formel à son retour (cfr infra). En outre, rien ne permet de démontrer que les requérants auront droit au remboursement total des soins médicaux, puisqu'aucun élément du dossier ne permet de conclure qu'il s'agirait d'une maladie totalement prise en charge, ni que les frais pharmaceutiques seraient automatiquement remboursés en totalité par la Caisse. Il est indiqué au contraire que : [...] Ainsi à défaut d'indications complémentaires, ce document ne peut suffire à établir que les requérants auront accès financièrement dès leur retour en Guinée aux traitements et suivis nécessaires [au premier requérant]. Pour rappel, [le premier requérant] a besoin d'un traitement et suivi spécifique de façon ininterrompue, soit dès leur arrivée en Guinée et non après trois mois d'un éventuel travail comme salarié qu'obtiendra sa mère. La motivation de l'acte attaqué est donc irrégulière.

[...] La partie adverse note ensuite que « le site internet de l'International Labour Organization (ILO) indique que plusieurs institutions et organisations (à titre d'exemple : Essentiel international) ont joué un rôle important dans la mise en place de programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité (dans le cadre de la protection sociale de l'économie informelle) notamment via la mise en place et le développement de mutuelles et organisations mutualistes ». Le site internet auquel renvoie la partie adverse www.social-protection.org/gimi/gess/ShowCountryProfile.action?id=351 correspond au document joint au dossier administratif intitulé « Social Protection Building social protection floors and comprehensive social security systems ». Comme déjà souligné, ce document nous apprend que : [...] Et que [...] Si certes ce document indique que face à ces difficultés, « Plusieurs institutions et organisation ont joué un rôle important dans la mise en place de programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité », aucune information n'apparaît sur les conditions pour bénéficier de ces programmes, les résultats concrets de ces programmes, leur couverture, etc. A défaut d'informations complémentaires et face aux éléments du dossier révélant des difficultés sérieuses en termes d'accès à des soins de santé de qualité en Guinée, le fait que des organisations jouent un rôle important dans la mise en place de programme favorisant l'accès à des soins de qualité est une information insuffisante pour affirmer que les requérants auront accès, d'un point de vue financier, aux soins médicaux nécessaires [au premier requérant].

Le document joint au dossier administratif sur l'Association Essentiel confirme d'ailleurs ces difficultés. Cette association constate que : [...] Si certes, la volonté de l'association Essentiel est d'améliorer l'accès à la santé en Guinée notamment par le renforcement des mutuelles de santé, rien n'indique que cet objectif a été atteint. En l'absence d'indications complémentaires précises, rien ne permet de considérer que les requérants pourront bénéficier d'une mutuelle qui prendrait en charge financièrement les soins de santé [du premier requérant]. A défaut de précisions complémentaires, ce rapport et ces informations sur lesquelles se fondent la partie adverse ne peuvent valablement fonder l'acte attaqué. La partie adverse a motivé de façon inadéquate et insuffisante l'acte attaqué. Cette motivation déficiente atteste de la méconnaissance de la situation personnelle et concrète des requérants.

[...] Enfin, la partie considère que les requérants auront, d'un point de vue financier, suffisamment accès aux soins adéquats pour [le premier requérant] dès leur arrivée en Guinée au motif que la mère peut travailler : « La mère de l'enfant est en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Dès lors, en l'absence de contre-indication au travail, rien ne démontre que l'intéressée ne

pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi les besoins médicaux de son enfant malade ». [...] En considérant que « Rien ne démontre que l'intéressée ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi les besoins médicaux de ses enfant malades », la partie adverse fonde sa décision sur base de simples supputations, qui apparaissent insuffisantes au regard des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des éléments de la cause, en particulier la situation personnelle de [la requérante], arrivée en Belgique en 2009, qui est une femme seule, dont deux enfants souffrent d'une maladie grave, du contexte économique en Guinée, et du coût élevé des soins nécessaire à l'état de santé de [K.] et [du premier requérant]. L'on relèvera que l'un des documents joint par la partie adverse au dossier administratif met en évidence le fait qu'en Guinée, « 40% de la population vit sous le seuil de pauvreté » (Document intitulé « Dispensaire pour les plus démunis en Guinée »). De plus, il ne peut être ignoré par la partie adverse que le chômage est très élevé en Guinée et touche particulièrement les femmes. Les requérants avaient déjà mis en évidence ces éléments dans le cadre de leur recours introduit le 3 août 2012 ; la partie adverse en avait donc nécessairement connaissance. [...] L'affirmation selon laquelle [la requérante] ne démontre pas une incapacité de travail et, dès lors, « pourrait avoir accès au marché de l'emploi » n'implique pas pour autant que sur ce marché de l'emploi, elle puisse obtenir un emploi. Le marché de l'emploi est le marché où se rencontrent l'offre et la demande de travail, l'offre de travail est constituée par les salariés et les personnes en recherche d'emploi tandis que la demande de travail par les besoins des entreprises. Ainsi, une chose est de remplir les conditions pour avoir accès au marché de l'emploi, soit en l'espèce être une personne capable de travailler en recherche d'emploi, et une autre chose est d'obtenir un éventuel emploi. L'accès au marché de l'emploi n'engendre malheureusement pas nécessairement l'obtention d'un emploi et ce, d'autant plus dans le contexte économique de la Guinée où le taux de chômage est très élevé, particulièrement à l'égard des femmes. Compte tenu de ce contexte et de la situation personnelle de la requérante, la probabilité qu'elle trouve un emploi est très faible. La partie adverse avait ou devait avoir connaissance de l'ensemble de ces éléments, qu'il s'agisse de la situation personnelle de la requérante qui ressort expressément du dossier administratif ou du contexte économique en Guinée, qui est un élément notoire. Il en découle que la partie adverse ne pouvait valablement déduire du fait que [la requérante] « pourrait avoir accès au marché de l'emploi », le fait que « rien ne démontre que l'intéressée ne pourrait financer ainsi les besoins médicaux de son enfant malade ». [...] Il en est d'autant plus ainsi que la partie adverse n'a nullement tenu compte du coût des traitements et soins multiples dont ont besoin [K.] et [le premier requérant], ni du revenu moyen en Guinée dont la partie adverse ne peut ignorer qu'il est faible. Cette question du coût se pose avec acuité dès lors que les requérants ont indiqué à cet égard dans leur courrier du 14 août 2015 que : [...] Ainsi, il appartenait à tout le moins à la partie adverse de vérifier ces coûts avant de considérer que « rien ne démontre que l'intéressée ne pourrait financer ainsi les besoins médicaux de son enfant malade » La partie adverse ne peut se contenter de considérer que [la requérante] pourra financer les besoins médicaux en obtenant un emploi, sans vérifier le coût des besoins médicaux comparé au revenu moyen en Guinée qui est très faible. En effet, il appartient à la partie adverse de déterminer notamment si concrètement, les requérants auront suffisamment accès d'un point de vue matériel aux soins médicaux nécessaires. [...] En toute hypothèse, force est de constater qu'en cas de retour en Guinée, [la requérante], qui a quitté le pays il y a sept ans, y sera, à son arrivée, dépourvue d'emploi et, partant n'aura pas de revenus. Or, son enfant nécessite un traitement médicamenteux multiple ininterrompu ainsi qu'un suivi chez un hématologue pédiatre, un cardiologue pédiatre, un néphrologue pédiatre avec possibilité de radiologie, de prises de sang, de transfusion et d'hospitalisation selon son état de santé. Ainsi, compte tenu du fait que le traitement ne peut être interrompu, il ne peut être question de se fonder sur l'obtention d'un emploi qu'elle n'aura forcément pas à son arrivée en Guinée. En l'absence de revenus à leur arrivée, la requérante se trouvera dans l'impossibilité de faire face matériellement aux coûts, par ailleurs, élevés des traitements et soins nécessaires à son enfant ».

2.2 La partie requérante prend **un second moyen** de la violation des articles 9ter, 13, alinéa 2, et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du « principe général de droit imposant à l'administration de statuer en prenant en considération tous les éléments de la cause et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation » et du « principe de prudence ou de minutie ».

Elle fait valoir que « [J]e 30 janvier 2015, les requérants ont sollicité de la partie adverse une autorisation de séjour illimitée sur base de l'article 13 alinéa 2 de la [loi du 15 décembre 1980], lequel dispose que : [...] Les requérants invoquaient à l'appui de cette demande le fait qu'ils ont introduit leur demande d'autorisation de séjour les 28 novembre 2009 et 18 janvier 2010, il y a donc plus de cinq ans ; que cette demande a été déclarée recevable et qu'ils se sont donc vu délivrer une autorisation de séjour pour une durée limitée ; et que partant cette autorisation de séjour doit à présent devenir illimitée, et ce conformément à l'article 13 alinéa 2 de la loi du 15 décembre 1980. [...] Les requérants estiment qu'en adoptant l'acte attaqué, la partie adverse a violé l'article 13 alinéa 2 de la loi du 15 décembre 1980. En effet, plus de cinq ans après l'introduction de la demande, il ne pouvait être question pour la partie adverse de la rejeter et de retirer le titre de séjour aux requérants, les requérants ayant acquis, à tout le moins dès le 18 janvier 2015, un droit subjectif au séjour illimité garanti par l'article 13 alinéa 2 de la loi du 15 décembre 1980 ».

3. Discussion

3.1 A titre liminaire, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué.

Le Conseil constate qu'en l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son premier moyen, de quelle manière la décision attaquée violerait l'article 2 de la CEDH, les articles 3 et 4 de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration et le « principe général de droit lié au respect des droits de la défense ». Il en résulte que le premier moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions et ce principe.

De même, la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son second moyen, de quelle manière la décision attaquée violerait le « principe de prudence ou de minutie ». Il en résulte que le second moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces principes.

3.2 Sur le reste du **premier moyen**, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 septembre 2006), ayant inséré l'article 9^{ter} dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n°

2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.3.1 En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur un rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 1^{er} avril 2016, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que le premier requérant souffre d'une « *drépanocytose homozygote* », pathologie pour laquelle le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le médecin conseil de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé d'« *acide folique* », d'« *Hydrea* » et de « *vitamine D* ».

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.3.2 Sur la première branche du premier moyen, le Conseil rappelle que, concrètement, l'article 9^{ter} 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. C.E., 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

Il ressort d'une simple lecture de la décision attaquée, qui précise que « *le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi nécessaires sont disponibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, la Guinée* » et conclut qu'« *il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne* », que la partie défenderesse a choisi la deuxième « hypothèse », selon les termes de la partie requérante.

Il en va de même en ce qui concerne le fonctionnaire médecin qui a précisé que « *Du point de vue médical, nous pouvons conclure qu'une drépanocytose en traitement médical n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que son traitement est disponible et accessible en Guinée* ». Le simple fait que le fonctionnaire médecin ait mentionné que « *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* » ne suffit pas à estimer qu'il ait choisi la première « hypothèse », au vu de l'ensemble de son raisonnement.

Le Conseil rappelle enfin que le rapport du fonctionnaire médecin ne constitue nullement une décision attaquable au sens de l'article 39/1, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, étant précisé qu'il ne s'agit que d'un avis qui, bien qu'essentiel et constituant généralement le fondement déterminant d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ne lie toutefois pas la partie défenderesse lorsqu'elle est amenée à statuer dans ce cadre. Il ne peut donc être reproché à la partie défenderesse d'avoir « méconnu une partie de l'avis de son médecin conseil ».

La première branche du premier moyen n'est pas fondée.

3.3.3 Sur le premier grief de la deuxième branche du premier moyen, qui concerne la disponibilité du traitement et du suivi nécessaires au premier requérant, le Conseil estime que les critiques de la partie requérante ne sont pas fondées.

En effet, tout d'abord, il constate que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées sur la base de données MedCOI et le site internet <http://www.uraca.org/drepanocytose/carnet-adresses.htm> et de les ajouter au dossier administratif. Le grief formulé à cet égard par la partie requérante est donc inopérant.

Ensuite, la requête MedCOI numéro GN-3144-2013 [lire : 2014], dont la réponse date du 14 janvier 2014, concerne un cas dont la description est la suivante : « Patient aged 7, suffering from homozygous sickle-cell anaemia with frequent paincrises and thrombocytopathy. Medecines : Hydroxyurea ».

Il ressort de ce document que les traitements médicamenteux suivants sont disponibles : « Hydroxycarbamide (Litalir® or hydroxyurea, siklos, hydrea) [...] [;] NSAID medication like Diclofenac or Naproxen [...] [;] Analgesics like Ibuprofen [sic], Paracetamol/tramadol [...] [;] Amoxiciline (Clamoxyl®) [...] [;] Peniciline [...] [;] Folic acid (vitamine B11, Folvite®) [...] [;] Morphine [...] ».

De même, le suivi indiqué est disponible, aussi bien dans des établissements privés que publics : « outpatient medical treatment and follow up by a pediatrician or internal specialist [...] [;] clinical treatment (including intensive care during sickle cell crises) by a pediatrician or internal specialist is available for this patient [...] [;] outpatient treatment and follow up by a hematologist is available for this patient [...] [;] regular and safe blood transfusions [...] [;] pulmonary function testing [...] [;] X- Ray [...] [;] an echocardiography [...] [;] continuous monitoring of ventilatory status and oxygen saturation in a clinical setting (such as ex.TOSCA-monitoring) ».

De même, il ressort de la requête MedCOI numéro GN-3342-2014, dont la réponse du 30 mai 2014 fait suite à une requête complémentaire à la réponse du 14 janvier 2014 susmentionnée, que sont disponibles : « treatment of pulmonary infections by Pediatrician [...] [;] treatment of pulmonary infections by Pulmonolgist [...] [;] monitoring by chest x-rays [...] [;] monitoring of saturation [...] [;] blood transfusions on indication [...] [;] intensive care with respirators, oxygen monitoring, transfusion [...] [;] CT scan of the brain [...] [;] echocardiography [...] abdominal echo [...] », de même que des antibiotiques à large spectre (ceftriaxone, amoxi+ac clav, ofloxacin, gentamycin, etc).

A ce sujet, le Conseil observe qu'à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.3, qui fait l'objet de la décision attaquée par le présent recours, les requérants ont déposé :

- un certificat médical destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers, établi par le docteur [M.-F. D.] le 4 août 2015, qui indique sous la rubrique « Traitement médicamenteux / matériel médical » « acide folique[,] Hydréa 2 x 500 mg[,] vitamine D 1 comp/semaine » et sous la rubrique « Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ? » « proximité d'un centre compétent en prise en charge de la drépanocytose et centre de transfusion » ;
- un certificat médical circonstancié, établi par le docteur [C.E.I.] le 12 décembre 2009, mentionnant sous la rubrique « Description du traitement », « Médicaments : Ac Folique 1mg/j [-] Le début d'Hydre® sera envisagé selon l'évolution » ; « Le suivi régulier d'un médecin (spécialiste) est-il nécessaire ? Dans l'affirmative, quelle spécialité est-elle nécessaire ? » « Oui – pédiatrie – hématologie » ; « Est-ce que la proximité d'un hôpital est nécessaire ? Si oui, de quel équipement cet hôpital doit-il disposer ? » « Oui, équipe habitué [sic] à la prise en charge des patients drépanocytaires » et « Durée du traitement » « à vie » ;
- un certificat médical, établi par le docteur [C.E.I.] le 12 décembre 2009 mentionnant comme traitement « Ac Folique ; Hydre® selon évolution [;] autre selon évolution » ;

ainsi que différents certificats médicaux relatant le suivi du premier requérant (les rapports médicaux établis par le docteur [M.-F. D.] les 14 janvier 2016, 16 juillet 2015, 20 juin 2014, 30 janvier 2014 ; le rapport médical établi par le docteur [J.L.] le 11 septembre 2014 ; le rapport médical établi par le docteur [G.R.] le 10 septembre 2014 et le certificat médical établi par le docteur [O.G.] le 21 août 2013).

Pour autant que de besoin, le Conseil fait remarquer que le certificat médical destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers, établi par le docteur [M.-F. D.] le 28 octobre 2011 ; le certificat médical circonstancié établi par le docteur [M.-F. D.] le 21 octobre 2011 ; le certificat médical établi par le docteur [M.-F. D.] le 20 octobre 2011 ; le certificat médical destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers, établi par le docteur [F.S.] le 27 octobre 2011 ; le rapport médical établi par le docteur [O.G.] le 11 août 2011 et les rapports médicaux établis par le docteur [M.-F. D.] les 26 août 2011 et 16 septembre 2011 ont été déposés dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour introduite le 10 novembre 2011, visée au point 1.6. Or, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée le 22 juin 2012 et a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante et le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions dans son arrêt n°208 682 du 4 septembre 2018. Il n'appartient donc pas au Conseil, saisi d'un recours contre une décision de la partie défenderesse visant une autre demande, de prendre en compte ces différents documents médicaux.

Dès lors, contrairement à ce que le prétend la partie requérante, les certificats médicaux déposés ne mentionnent pas de « suivi régulier par plusieurs médecins spécialistes (un hématologue pédiatre, un cardiologue pédiatre et un néphrologue pédiatre) », de sorte qu'elle ne peut faire grief au fonctionnaire médecin de ne pas les envisager. Par ailleurs, si le certificat médical établi par le docteur [M.-F. D.] le 4 août 2015 mentionne bien « proximité d'un centre compétent en prise en charge de la drépanocytose et centre de transfusion », le Conseil constate, tout d'abord, au vu des réponses aux « requêtes MedCOI » que des transfusions sont bien disponibles. De même, il estime, au vu de l'ensemble des suivis disponibles qui sont mentionnés dans les réponses aux « requêtes MedCOI », que la partie requérante n'établit pas que la partie défenderesse aurait fait une erreur manifeste d'appréciation dans son analyse du suivi disponible en Guinée, au vu de la généralité dudit certificat médical, qui ne précise nullement ce qu'il entend par « centre compétent en prise en charge de la drépanocytose ».

Enfin, il résulte des considérations qui précèdent que l'argumentation de la partie requérante sur l'AGLUD est inutile.

Le premier grief de la deuxième branche du premier moyen n'est pas fondé.

3.3.4 Sur les deuxième et troisième griefs de la deuxième branche du premier moyen, qui concernent l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires au premier requérant, le Conseil estime que les critiques de la partie requérante ne sont pas fondées.

3.3.4.1 En ce qui concerne les griefs relatifs aux « obstacles non financiers à l'accès aux soins », il ressort de la lecture des compléments des 30 janvier 2015 et 14 août 2015, visés au point 1.9, dont la teneur est reprise en substance en termes de requête, que la partie requérante a essentiellement renvoyé aux documents déposés dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour introduite le 10 novembre 2011, visée au point 1.6 (à savoir le « certificat du 20 octobre 2011 » établi par le docteur [D.], le « certificat du 21/10/2011 » établi par le docteur [D.], les « nombreux rapports déposés par [la requérante] dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9ter le 9 novembre 2011 », l'attestation du Docteur [S. M.K.] du 29 novembre 2011, le rapport du 3 mars 2015 du docteur [D.] concernant [B.K.], et deux articles de presse).

A ce sujet, tout d'abord, et contrairement à ce que le prétend la partie requérante, la partie défenderesse et le fonctionnaire médecin ont établi la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires au premier requérant. Dès lors, son argumentation relative à la réponse du fonctionnaire médecin « *en cas de rupture de stock des médicaments* » et aux questions de disponibilité du traitement et du suivi nécessaires au premier requérant est inopérante.

De plus, la partie requérante n'établit pas en quoi la réponse opérée par la partie défenderesse aux « obstacles non financiers à l'accès aux soins », ne serait pas suffisamment individualisée. En effet, l'argumentation de la partie requérante se résumait en substance, dans ses compléments des 30 janvier 2015 et 14 août 2015, visés au point 1.9, à faire valoir que la prise en charge du premier requérant au pays d'origine ne serait pas appropriée et à critiquer le niveau des traitements et du suivi du pays d'origine des requérants (formation des médecins, radiologie vétuste, manque de centre pour la prise en charge des patients drépanocytaires, manque de matériels performants et de personnel qualifié pour traiter la drépanocytose, notamment).

A ce sujet, le Conseil rappelle qu'il ne découle pas du prescrit de l'article 9ter de loi du 15 décembre 1980 ou de son commentaire que la dimension qualitative des soins est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation des soins et suivis nécessaires. De même, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'un traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine et il suffit qu'un traitement approprié soit possible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique.

Enfin, si le fonctionnaire médecin a indiqué dans son rapport que « *Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38)* » ou que « *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 n'établit pas, en quoi, concrètement, il aurait limité la portée de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 au seul risque vital et à l'article 3 de la CEDH tel qu'il est interprété par la Cour EDH.

3.3.4.2 En ce qui concerne les griefs relatifs aux « critères financiers » quant à l'accessibilité aux soins, le Conseil observe tout d'abord que tous les documents sur lesquels s'est basé le fonctionnaire médecin se trouvent en version imprimée dans le dossier administratif.

Ensuite, le Conseil estime que la partie requérante se borne à prendre le contre-pied de la décision attaquée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis en l'absence de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

En effet, le Conseil observe que l'examen de l'accessibilité réalisé par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse est suffisamment individualisé, compte tenu des éléments invoqués par les requérants à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour. Ils mentionnaient en effet dans la demande d'autorisation de séjour du 18 janvier 2010, visée au point 1.3, que « [l]es soins nécessités par l'état de santé de l'enfant étant de surcroît indisponibles dans son pays d'origine, et pour le peu qui soit impossible d'accès à sa personne ». Dans les compléments des 30 janvier 2015 et 14 août 2015, visés au point 1.9, le fait qu'« [i]l existe également des obstacles financiers (liés à l'absence de système de « mutuelle » et aux coûts prohibitifs des soins nécessaires) empêchant un accès suffisant pour [K.] et [le premier requérant] aux soins médicaux appropriés à leur pathologie, en cas de retour en Guinée, le Docteur [S. M.K.] soulignant « les conditions socio-économiques de la population » et Monsieur [B.], pharmacien, mettant en évidence le trafic de sang au centre national de transfusion sanguine de Conakry. Il apparaît qu'« un cas grave de drépanocytose nécessiterait plus de 20.000 euros pour le traitement. » (Afriqueinfos, "Guinée, Un adulte sur 5 souffre de la drépanocytose", 12 février 2012), ce qui est extrêmement cher et sera inaccessible à [la requérante] et ses enfants. Mes clients se réfèrent aux développements fournis dans leur courrier du 16 décembre 2011 et aux rapports déposés dans le cadre de la demande du 9 novembre 2011 ».

Le Conseil estime que les termes très généraux de l'argumentation de la partie requérante ne suffisent pas à contester l'effectivité de l'accessibilité du traitement et des soins nécessaires au premier requérant, en sorte qu'il ne saurait être reproché au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir eu égard à la situation individuelle de ce dernier. En effet, le Conseil estime que la partie requérante est restée, dans sa demande d'autorisation de séjour et ses compléments - en particulier celui du 14 août 2015 -, en défaut de les mettre en perspective par rapport à la situation individuelle des requérants, en sorte qu'il ne saurait être reproché au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne s'être référé qu'au régime de sécurité sociale guinéen, au « dispensaire octroyant des soins de santé primaires aux plus démunis » et à la mise en place et au développement de mutuelles.

De plus, en ce que, pour établir le « manque d'effectivité de ce régime de sécurité sociale en Guinée », la partie requérante fait référence à un article annexé au recours introduit le 3 août 2012 contre les décisions visées au point 1.6, le Conseil observe que les éléments annexés au recours précité ne figurent pas au dossier administratif, seule la requête introductive d'instance ayant été transmise à la partie défenderesse. Il ne peut donc être reproché ni à celle-ci ni au fonctionnaire médecin de ne pas les avoir pris en compte, lors de la prise de la décision attaquée.

En outre, quant à la capacité de la requérante à travailler, contestée en termes de requête, le Conseil constate que cet élément n'a jamais été invoqué dans la demande d'autorisation de séjour des requérants et ses compléments. Par ailleurs, si cet élément a été évoqué dans le recours introduit le 3 août 2012 contre les décisions visées au point 1.6, dans des termes presque identiques à ceux développés dans le présent recours, le Conseil rappelle que c'est à la partie requérante, qui a introduit une demande d'autorisation de séjour, d'apporter la preuve des éléments qu'elle allègue, tandis que l'administration n'est, quant à elle, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des circonstances dont celle-ci se prévaut sous peine d'être placée dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (voir, notamment, C.E., n°109.684 du 7 août 2002 et C.C.E., n° 10.156 du 18 avril 2008 et n° 27 888 du 27 mai 2009). A ce sujet, la partie requérante reste en définitive en défaut d'exposer quelles circonstances précises empêcheraient la requérante d'avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine.

Enfin, s'agissant de l'argumentation aux termes de laquelle la partie requérante fait valoir le fait que le traitement du premier requérant « ne peut être interrompu », le Conseil rappelle que la partie défenderesse a démontré la disponibilité et l'accessibilité du traitement et du suivi requis par ce dernier dans son pays d'origine, ce qui implique que le premier requérant ne risque pas d'interruption de son traitement en cas de retour en Guinée. Dès lors, l'argumentation de la partie requérante ne peut être suivie sur ce point.

3.3.4.3 Les deuxième et troisième griefs de la deuxième branche du premier moyen ne sont pas fondés.

3.4 Sur le reste du **second moyen**, le Conseil estime que la partie requérante n'y a pas intérêt.

En effet, si la demande d'autorisation de séjour introduite par les requérants a été déclarée recevable le 26 juillet 2010, elle n'a jamais été déclarée fondée, seule décision qui aurait pu les autoriser au séjour. Le Conseil renvoie à cet égard aux termes de l'article 13, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi du 15 décembre 1980 qui précise que « L'autorisation de séjour donnée pour une durée limitée sur la base de l'article 9^{ter} devient illimitée à l'expiration de la période de cinq ans suivant la demande d'autorisation » (le Conseil souligne).

Le fait que les requérants soient, depuis le 26 juillet 2010, en possession d'attestations d'immatriculation n'implique pas qu'ils aient été autorisés au séjour depuis cette date. En effet, une attestation d'immatriculation n'est qu'un document de séjour provisoire, uniquement valable le temps de l'examen d'une demande de séjour ou de protection internationale. Le Conseil renvoie à ce sujet à l'article 1^{er}/3 de la loi du 15 décembre 1980.

3.5 Par ailleurs, s'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour EDH a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, *N. contre Royaume-Uni*, §§ 42-45).

En l'occurrence, la partie requérante n'établit pas l'existence des considérations humanitaires impérieuses requises et, partant, la partie défenderesse n'a pas porté atteinte à cette disposition en adoptant la décision attaquée.

En tout état de cause, dans la mesure où c'est à juste titre que la partie défenderesse a considéré que la maladie alléguée ne consistait pas à une maladie telle que prévue à l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, la partie requérante ne saurait faire utilement valoir que l'éloignement des requérants vers leur pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH au regard dudit état de santé.

3.6 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans ses moyens, de sorte que ceux-ci ne sont pas fondés.

4. Débats succincts

4.1 Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

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

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

Article unique

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-quatre septembre deux mille vingt par :

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

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT