



Arrêt

n° 255 259 du 31 mai 2021
dans l'affaire X / III

En cause : 1. X,

2. X
X
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 le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

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

Vu la requête introduite le 7 juillet 2017, par X, agissant en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, avec X s'agissant des deuxième et troisième parties requérantes et avec X s'agissant de la quatrième partie requérante, qui se déclarent de nationalité congolaise (R.D.C) à l'exception de la quatrième partie requérante, de nationalité indéterminée, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire pris le 30 mai 2017.

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

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 8 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 8 avril 2021.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me L. de FURSTENBERG, avocat, qui comparait pour les parties requérantes, et Me K. de HAES *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1 D'après ses déclarations, la première partie requérante est arrivée en Belgique le 17 septembre 2011, accompagnée des deuxième et troisième requérants.

1.2. Le 3 novembre 2011, elle a introduit, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 en raison de l'état de santé de la deuxième requérante. Le 16 avril 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée. Par un arrêt n° 106 125 du 28 juin 2013, le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après « le Conseil ») a annulé la décision précitée. Le 30 septembre 2013, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré la demande précitée non fondée. Cette décision a été annulée par le Conseil dans un arrêt n° 131 874 du 23 octobre 2014.

1.3. Le 18 janvier 2013, la première requérante a introduit, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 17 décembre 2013, la partie défenderesse a déclaré ladite demande non fondée. Le 7 novembre 2014, le Conseil a annulé la décision précitée par un arrêt n° 132 884.

1.4. Le 14 janvier 2015, la partie défenderesse a déclaré les demandes visées aux points 1.2 et 1.3 non fondées et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Le 3 juillet 2015, ces décisions ont été annulées par le Conseil dans un arrêt n° 149 101. Le 3 septembre 2015, la partie défenderesse a à nouveau déclaré les demandes non fondées et a pris un ordre de quitter le territoire. Ces décisions ont été, une nouvelle fois, annulées par le Conseil dans un arrêt n° 180 942 du 19 janvier 2017.

1.5. Le 30 mai 2017, le fonctionnaire-médecin a rendu un rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la deuxième requérante.

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris une décision déclarant, une nouvelle fois, les demandes non fondées ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre des parties requérantes, qui leur ont été notifiés le 8 juin 2017.

Ces décisions constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant les demandes d'autorisation de séjour non fondées (ci-après « le premier acte attaqué ») :

« Le problème médical invoqué par la requérante ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de [la deuxième requérante] 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 République Démocratique du Congo (RDC)., pays d'origine des requérants.

Dans son avis médical remis le 30.05.2017, (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 à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de se déplacer et voyager, pourtant qu'elle soit accompagnée, au vu de son jeune âge et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour au pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en RDC.

Dès lors,

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette affection, bien qu'elle puisse être considérée comme une pathologie entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique si celle-ci n'est pas traitée de manière adéquate, n'entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en RDC.

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

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressée ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après « le deuxième acte attaqué ») :

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

L'intéressée n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Question préalable.

2.1 Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève une exception d'irrecevabilité quant au recours en ce qu'il est introduit par la première requérante agissant seule, au nom de ses enfants mineurs. Elle rappelle en substance qu'aux termes des articles 373 et 374 du Code civil, les parents exercent une autorité parentale conjointe sur les enfants, qu'ils vivent ensemble ou non, et notamment dans le cadre de l'introduction d'un recours administratif, et que la première partie requérante ne justifie pas être dans les conditions pour pouvoir accomplir seule cet acte au nom de ses enfants mineurs.

2.2. Il ressort toutefois d'une simple lecture de la requête, que l'argumentation de la partie défenderesse manque en fait. En effet, la requête indique expressément que la première partie requérante agit « en son nom propre et en tant que représentante légale de ses trois enfants » à savoir « sa fille, [la deuxième requérante] [...], représentée par son père, [C.M.] [...] », « son fils [le troisième requérant] [...] représenté par son père, [C.M.] [...] » et « sa fille [la troisième requérante] [...], représentée par son père, [P.M.] [...] ».

L'exception d'irrecevabilité soulevée par la partie défenderesse doit donc être rejetée.

3. Exposé du moyen d'annulation.

3.1. Les parties requérantes prennent un moyen unique 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 9^{ter} 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 ».

3.2. Dans une deuxième branche, elles reprochent au fonctionnaire-médecin et à la partie défenderesse à sa suite d'avoir notamment considéré que les soins requis par l'état de santé de la deuxième requérante sont disponibles au pays d'origine.

Les parties requérantes exposent, notamment, que « la drépanocytose est caractérisée par des crises douloureuses et des crises hématologiques exposant à un risque transfusionnel important et une forte susceptibilité aux infections. Ceci rend compte de la forte morbi-mortalité enregistrée chez les drépanocytaires et que 50 à 80% des enfants nés sur le continent africain n'atteindront pas l'âge de 5 ans ». Elles citent à cet égard divers articles médicaux.

Elles invoquent que le traitement des drépanocytaires nécessite « de pratiquer des échanges transfusionnels et d'assurer une sécurité transfusionnelle tant au point de vue des risques infectieux que des risques immunologiques (sangphénotypé, deleucocyté) » de sorte que la deuxième

requérante devra obligatoirement en cas de retour en RDC être suivi et son sang devra être analysé. Or, elles soutiennent qu'en RDC, il existe un risque réel de transmission de maladies lors de transfusion sanguine car les centres hospitaliers congolais n'offrent pas une sécurité transfusionnelle capable de traiter la maladie et de soulager les douleurs du patient lors de ses crises. Elle renvoie à cet égard à un extrait du manuel « Guide de Transfusion du CNTS en RDC » selon lequel : « *pour garantir la protection des receveurs, toutes les unités de sang destinées à la transfusion doivent passer par le schéma classique de la sécurité transfusionnelle. Malheureusement, aujourd'hui, très peu d'unités de sang suivent ce circuit (...) Parfois le sang ne subit même pas un seul test sérologique ou immuno-hématologique (...) Près de 80% d'unités de sang transfusées à travers le pays ne passent par aucune qualification biologique (immuno- hématologique) ».*

Elles indiquent que le médecin de la deuxième requérante avait indiqué dans une attestation transmise à l'appui de la demande d'autorisation de séjour ceci : « *Ook hier heb ik geen zicht en zekerheid op de kwaliteit van de Packed Cells enb de transfusie ervan. Het zou (spijtig genoeg) niet de eerste patient zijn die ik zie met een HIV of Hepatitis infectie ten gevolge van de transfusie »* (« *Traduction libre* » : « *Ici non plus je n'ai pas de certitude quant à la qualité de la transfusion de sang. Ce ne serait pas (et c'est bien dommage) la première fois que je vois un patient souffrant du virus du VIH ou du SIDA suite à une transfusion »* »). Elles soutiennent dès lors qu'il existe un risque de violation de l'article 3 de la CEDH dans la mesure où la deuxième requérante est « *fortement exposée à ce risque [ayant] besoin de transfusion de sang dans le traitement de sa maladie* ».

Elles estiment en conséquence que la partie défenderesse 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.

3.3. Dans une troisième branche, elles invoquent également qu'il ressort des certificats médicaux produits à l'appui de la demande que l'état de santé de la deuxième requérante nécessite un accès à un centre d'hématologie universitaire, des transfusions sanguines ainsi qu'un suivi pédiatrique. Or, selon elles, cette possibilité n'a pas été analysée et prise en compte par la partie défenderesse dans sa décision qui n'en fait aucune mention.

Elles soutiennent dès lors que la partie défenderesse a manqué à l'obligation de motivation, ainsi qu'aux obligations de soin et de minutie dans la préparation des actes de l'administration qui étaient les siennes.

4. Discussion.

4.1. Sur les deuxième et troisième branches du moyen unique, réunies, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ».

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

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant*

compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant 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 souligne que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer, 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 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 sont soumis.

Le Conseil rappelle également qu'en vertu de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, « *la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate* ».

L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. La décision doit, toutefois, faire 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. Cette obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le demandeur de l'autorisation de séjour, mais lui impose de répondre, par l'acte lui-même, aux arguments essentiels de ce dernier, fût-ce de façon implicite mais certaine.

4.2. En l'espèce, la partie défenderesse a adopté les actes attaqués après s'être fondée sur les conclusions du rapport du fonctionnaire-médecin, du 30 mai 2017, qui figure au dossier administratif et dont une copie a été remise sous pli fermé aux parties requérantes.

Les parties requérantes font grief notamment au fonctionnaire-médecin de ne pas avoir tenu compte des arguments contenus dans leurs demandes quant à la problématique des transfusions sanguines, auxquelles il est parfois nécessaire de recourir au besoin, et qui ne présentent pas des garanties suffisantes dans le pays d'origine.

A la lecture du dossier administratif, le Conseil relève que la pathologie active actuelle de la deuxième requérante n'est pas remise en cause par le fonctionnaire-médecin qui indique à ce propos que cette dernière souffre de « *Drépanocytose SS homozygote* ». Il indique qu'il est fait état d'antécédents de crises vaso-occlusives, dont certaines ont nécessité des transfusions en 2011, qu'ensuite les crises ont été gérées en ambulatoire et n'ont plus atteint d'organe noble, qu'une hospitalisation a été mentionnée en février 2012, et qu'un suivi médical et biologique régulier est conseillé.

Après avoir indiqué que les parties requérantes n'ont plus fourni de document médical depuis des années, et qu'il appartient à celles-ci d'actualiser leur demande, le fonctionnaire-médecin a indiqué qu'il est « *donc permis de conclure que la situation médicale de la requérante est actuellement stabilisée par le traitement administré antérieurement* ». Ensuite, il a indiqué que « *le traitement actif actuel* » consiste en la prise de : « *Hydrea (hydroxycarbamide), acide folique® (acide folique), vitamines (dont vitamine D), Amoxicilline® (amoxicilline)* », qu'il a indiqué qu'un « *suivi médical et biologique est conseillé* » et il a conclu enfin à la disponibilité du traitement requis par l'état de santé de la requérante au pays d'origine en indiquant ce qui suit :

« Hydroxycarbamide, acide folique, amoxicilline et vitamines (dont cholecalciférol) sont disponibles en Rép. dém. du Congo.

A noter que la vitamine D ne constitue pas « stricto sensu » un médicament essentiel pour la vie et/ou l'intégrité physique ; néanmoins, dans un souci d'exhaustivité dans ce dossier annulé par le Conseil du Contentieux par son arrêt n° 180 942 du 19 janvier 2017, la disponibilité de la vitamine D est démontrée en Rép. dém. du Congo.

Ces informations émanent de la banque de données MedCOI¹

Requête MedCOI du 22.03.2013 portant le numéro de référence unique BMA-4700

Requête MedCOI du 13.11.2014 portant le numéro de référence unique BMA-6133

Requête MedCOI du 09.03.2015 portant le numéro de référence unique BMA-6555

Requête MedCOI du 29.07.2015 portant le numéro de référence unique BMA-7088

Requête MedCOI du 08.06.2015 portant le numéro de référence unique BMA-6Q62

Requête MedCOI du 19.01.2017 portant le numéro de référence unique BMA-9098

Ainsi que des sources suivantes :

http://www.drepavie.org/drepanocytose_centres.htm

http://padiyathmedicitykinshasa.com/child_health_paediatric_surgery.php

http://www.new_cesamex.com/products.html

<http://conqopharma.org/products/antibiotiques>

<http://www.deberly.fr/pdf/rapport5.pdf>

<http://pafoved.net/association.html>

¹ Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une **base de données non publique** à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau Madsche Advisering BMA » * du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Refugee Fund.

Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucun droit, comme des revendications de responsabilité médicale, ne peut être tiré de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

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

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400 000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: www.allianz-globa1-assistance.com

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

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

Or, le Conseil relève qu'à l'appui de la demande d'autorisation de séjour du 18 janvier 2013, soit la plus récente à laquelle la partie défenderesse a entendu répondre par la première décision attaquée, les requérants ont expressément invoqué que « l'ensemble du traitement, tant médicamenteux que pluridisciplinaire n'est pas disponible en R.D.C. » et que « le système des soins de santé en RDC ne permet pas à ce jour de prendre en charge de manière satisfaisante la pathologie dont souffre [la deuxième partie requérante] tant du point de vue du traitement médical, des hospitalisations, des transfusions etc. ». Elle avaient notamment produit un certificat médical daté du 19 décembre 2012 établi par le docteur [T.] et le docteur [S.] duquel il ressort que l'état de santé de la deuxième requérante requiert un « *contrôle biologique et clinique tous les 2 mois* » et la « *poursuite du traitement par voie orale, au domicile, nécessaire* » et que la conséquence de l'arrêt du traitement pourrait entraîner une

« crise vaso-occlusive avec [...] neurologique lors d'épisodes de fièvre/déshydratation » et « récidives de crises sévères antérieurement décrites avec risque vital ». Le Conseil observe que les requérants ont transmis un certificat médical daté du 19 octobre 2011, établi par docteur [M.], lequel indiquait que la pathologie de la requérante nécessitait un traitement « à vie » et un « suivi dans un centre d'hématologie spécialisé ». Le Conseil observe également que dans une attestation datée du 14 octobre 2011, le docteur [V.] et le docteur [G.] indiquent que la deuxième requérante a été admise à l'hôpital en raison d'une crise grave nécessitant une transfusion sanguine ainsi que des analgésiques, un traitement antibiotique par voie intraveineuse, des examens radiologiques et des consultations avec d'autres spécialistes, et soulignent le fait que sa pathologie est grave et qu'elle a été déjà dû être hospitalisée auparavant. Le Conseil relève encore que dans une attestation du 3 mai 2012, le docteur [M.] a indiqué ceci: « *Indien zij toch desondanks een crisis zou doen en flink zou hemolysen is er naast hyperhydratie soms ook nodig om een bloedtransfusie te geven. Ook hier heb ik geen zicht en zekerheid op de kwaliteit van de Packed Cells en de transfusie ervan. Het zou (spijtig genoeg) niet de eerste patiënt zijn die ik zie met een HIV of Hepatitis infectie ten gevolge van de transfusie.* » (traduction libre : « *Si elle faisait néanmoins une crise et hémolysait considérablement, en plus de l'hyperhydratation, elle aurait parfois aussi besoin de faire une transfusion sanguine. Encore une fois, je n'ai aucune idée ni certitude quant à la qualité des cellules et de leur transfusion. Ce ne serait (malheureusement) pas le premier patient que je vois avec une infection par le VIH ou une hépatite à la suite de la transfusion.* »).

Le Conseil relève en outre que dans la demande d'autorisation de séjour datée du 18 janvier 2013, les parties requérantes avaient également insisté sur la nécessité pour la deuxième requérante « d'avoir accès à un centre d'hématologie universitaire et de transfusion et un suivi pédiatrique », et le fait que « lors de transfusion sanguine le risque de contracter l'hépatite C est très important ». Elles citaient à cet égard un extrait d'une attestation dressée par le Ministre Provincial de la Santé, Affaires sociales et Actions Humanitaires de la Ville-Province de Kinshasa dans laquelle celui-ci indiquait que « le système sanitaire de la République Démocratique du Congo en général et de la Ville de Kinshasa en particulier, ne peut prendre en charge [...] atteinte de la drépanocytose et de l'hépatite C [en raison notamment de] l'absence d'hôpitaux qualifiés pour la prise en charge de ces pathologies (drépanocytose et hépatite C) surtout couplées ».

Le Conseil constate à cet égard que certains des documents versés au dossier administratif en vue d'établir la disponibilité du traitement au pays d'origine mentionnent la présence de centres d'hématologie et de transfusion sanguine. Ainsi la requête MedCOI du 29 juillet 2015 portant le numéro de référence unique BMA-7088, fait mention de « *blood transfusion* », « *treatment and follow up by a hematologist* », et « *laboratory research/monitory of full blood count* », le document émanant du site http://www.drepavie.org/drepanocvtose_centres.htm dresse une liste de centres de lutte contre la drépanocytose dans le monde renseignant la présence de trois hématologues en R.D.C., le document provenant du site <http://pafoved.net/association.html> indique qu'il existe en R.D.C. un programme national de lutte contre la drépanocytose et des institutions et associations s'inscrivant dans la lutte contre cette pathologie et le document tiré du site http://padiyathmedicitykinshasa.com/child_health_paediatric_surgery.php fait mention de ce que l'hôpital en question comprend notamment une équipe médicale composée de pédiatres hématologistes et un laboratoire en hématologie et un service de transfusion sanguine. Toutefois, ni ces documents ni l'avis médical ne permettent de s'assurer que le fonctionnaire-médecin a pris en considération l'argumentation soulevée par les requérants selon laquelle il n'existe pas de garantie suffisante quant au risque de contamination en cas de transfusion sanguine au pays d'origine.

Il convient de préciser à cet égard qu'il n'est pas permis de savoir si l'indication selon laquelle « la situation médicale de la requérante est actuellement stabilisée par le traitement administré antérieurement » vise ou non, au vu du libellé de l'avis du fonctionnaire-médecin, à répondre à cet argument des parties requérantes.

Il convient également de préciser que le fait que le « traitement actif actuel » de la partie requérante consiste en la prise de médicaments ne signifie pas que son état de santé ne requiert pas qu'il soit recouru si nécessaire à des transfusions sanguines. Il ne saurait dès lors y être vu une réponse implicite mais néanmoins certaine à l'argument susmentionné des parties requérantes.

4.3. Le Conseil observe que la partie défenderesse n'aborde pas davantage cet argument dans sa note d'observations. Elle se borne en effet à invoquer que les parties requérantes ne contestent pas le traitement actuel repris dans l'avis médical, que selon le dossier médical, le traitement se compose des « médicaments suivants : *hydrea, acide folique, vitamines, amoxicilline* », que « le médecin fonctionnaire cite une série de sources sur base desquelles il a pu conclure que les médicaments, sous

leur forme actuelle ou équivalente, sont disponibles », que « sur base de documents issus de la banque de données MedCOI (qui figurent au dossier administratif), le médecin fonctionnaire a précisé que le traitement médicamenteux et le suivi médical sont disponibles au pays d'origine [ce qui] n'est pas vraiment contesté par l[es] partie[s] requérante[s] en termes de recours [dès lors qu'elle] se contente de reprocher au médecin conseil de ne pas mentionner dans quelles officines ouvertes au public les médicaments sont distribués » que « pour le surplus, la partie requérante conteste la disponibilité d'un suivi médical et biologique au pays d'origine » et que « [es] partie[s] requérante[s] reste[nt] manifestement en défaut d'apporter la preuve des éléments qu'elle[s] avance[nt], se contentant de critiquer les sources de la partie défenderesse » et de « prendre le contrepied de l'avis médical sans étayer ses affirmations par des éléments concrets et pertinents ».

4.4. Le Conseil constate dès lors, à l'instar des parties requérantes, que rien n'indique que la partie défenderesse ait pris en considération cet argument essentiel des parties requérantes, lorsqu'elle a adopté les actes attaqués à leur égard, en sorte que les deuxième et troisième branches du moyen unique sont, dans les limites décrites ci-dessus, fondées en ce qu'elles sont prises de la violation, par les actes attaqués, de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe général de bonne administration selon lequel l'autorité administrative doit prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause, ce qui doit conduire à l'annulation des actes attaqués.

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

5. Débats succincts.

5.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant la demande d'autorisation de séjour non fondée, prise le 30 mai 2017, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire, pris le 30 mai 2017, est annulé.

Article 3

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente et un mai deux mille vingt et un par :

Mme M. GERGEAY,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK,

greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY