



Arrêt

n° 257 131 du 24 juin 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

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

Contre :

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

LA PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 27 novembre 2019, par X et X, qui déclarent être de nationalité congolaise (R.D.C.), 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 13 septembre 2019.

Vu le titre I^{er} 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 6 mai 2021 convoquant les parties à l'audience du 27 mai 2021.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendus, en leurs observations, Me A.-S. PALSTERMAN *loco* Me E. HALABI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Les requérants sont arrivés en Belgique le 7 juin 2018, munis d'un visa de type « C » pour raisons médicales.

1.2. Par un courrier daté du 6 septembre 2018, ils ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. En dates des 20 octobre 2018 et 14 novembre 2018, ils ont complété la demande susmentionnée. Le 13 septembre 2019, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée ainsi que deux ordres de quitter le territoire (annexes 13). Ces décisions, notifiées le 31 octobre 2019, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« Motifs :

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

M. [M.E.M.] 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 Evaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (RDC), pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 06.09.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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'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 ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du premier requérant (ci-après : le second acte attaqué) :

« **MOTIF DE LA DECISION :**

REDEN VAN DE BESLISSING:

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 :

Het bevel om het grondgebied te verlaten wordt afgegeven in toepassing van artikel van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en volgende feiten:

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

***Krachtens artikel 7, eerste lid, 1°** van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een paspoort voorzien van een geldig visum ».*

2. Questions préalables.

2.1. Interrogée à l'audience sur l'objet exact du recours, la partie requérante mentionne l'existence de deux ordres de quitter le territoire respectivement pour le premier et pour la seconde requérante. Or, le Conseil constate, à la lecture de la requête, que cette dernière n'a entendu visé dans celle-ci que l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du premier requérant et qu'elle n'a joint à son recours que celui-ci. Il faut donc constater, au regard de l'article 39/69 de la loi du 15 décembre 1980, que le Conseil n'est saisi du présent recours qu'en ce qu'il vise l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du premier requérant.

2.2.1. Par un courrier daté du 23 décembre 2020, les requérants ont fait parvenir au Conseil un certificat médical circonstancié du 14 décembre 2020, un article de « Science Direct » intitulé

« Recommandations françaises de prise en charge de la drépanocytose de l'adulte : actualisation 2015 », un certificat médical type du 14 décembre 2020, et un rapport de consultation du 2 novembre 2020.

2.2.2. Le Conseil rappelle que dans le cadre de son contrôle de légalité prévu par l'article 39/2, §2, de la loi du 15 décembre 1980, il est tenu d'apprécier la légalité d'un acte administratif en fonction des éléments dont l'autorité avait connaissance au moment de statuer (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002). Il convient donc d'écarter ces nouvelles pièces des débats.

3. Exposé des moyens d'annulation.

3.1. Les requérants prennent un premier moyen, quant à la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, de la violation des articles 9^{ter}, §1^{er}, 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 (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), de l'article 2 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980, de l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, des articles 119 et 124 du Code de la déontologie médicale, des articles 5 et 11^{bis} de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients, des « formes substantielles de la procédure instituée par l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 », de la « foi due aux actes, en particulier les certificats médicaux émis par des médecins agréés », du « principe général de précaution, et du devoir de minutie, du principe général de droit « Audi alteram partem », du devoir d'entendre, du devoir de collaboration procédurale, du devoir de minutie et du devoir de bonne foi », ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

3.1.1. Dans une première branche, ils soulignent que le certificat médical et le certificat médical circonstancié du 14 octobre 2019, établis par le Docteur [B.], démontrent que le premier requérant souffre d'une forme sévère de drépanocytose homozygote SS, ainsi que de calculs vésiculaires depuis décembre 2018 et d'ostéonécrose bilatérale de la tête du fémur. Par ailleurs, selon le rapport de consultation du 4 novembre 2019 du Docteur [B.], le premier requérant souffre encore de parotidite aiguë, et nécessite une prothèse totale de la hanche gauche, pour laquelle une intervention est programmée en décembre 2019. Ils ajoutent que le développement physique du premier requérant est fortement altéré par sa maladie mal soignée en RDC, et déclarent qu'en « *plus d'un traitement par Hydréa et Folavit, d'une cure de vitamine D, de l'acide folique et du carbonate de calcium ainsi que de plusieurs antidouleurs, le requérant nécessite de nombreuses hospitalisations et de suivis médicaux au vu de l'état avancé de sa maladie* ». Ils rappellent que le premier requérant est venu en Belgique en 2018 dans le but de se faire poser une prothèse de la hanche droite car cette technique n'existe pas en RDC, qu'il a dû être une nouvelle fois hospitalisé en août 2018 en raison de nouvelle complication hématologique, et qu'il a donc dû être hospitalisé de nombreuses fois entre juillet 2018 et octobre 2019. Ils font valoir que le rapport médical des médecins spécialisés en hématologie précise que son état est en bonne évolution « *avec traitement à l'hôpital* », et rappellent que selon le rapport médical de septembre 2018 du Docteur [M.] un suivi en hématologie et rhumatologie est requis. De plus, ils relèvent que le même médecin signale « *une ostéomyélite, une hépatopathie et une encéphalopathie, simplement réfutés par le médecin conseil sous prétexte que les rapports médicaux des médecins universitaires n'en font pas état* », et estiment que le médecin conseil aurait dû ausculter le premier requérant pour s'en assurer. En outre, ils affirment que le Docteur [M.] préconise un suivi neurologique et psychiatrique, ce que le médecin conseil réfute de manière totalement arbitraire et, à nouveau, sans auscultation préalable, alors même que le certificat médical et le certificat médical circonstancié du Docteur [B.] indiquent qu'un suivi neurologique est requis, et considère qu'on ne saurait juger de la situation psychiatrique d'un patient sans au moins le consulter. Ils se réfèrent ensuite à un rapport explicatif de la drépanocytose relatif aux conséquences de la maladie sur la vie au quotidien, et estiment qu'au vu de sa situation socio-économique précaire, de sa maladie douloureuse, et du suivi inadéquat dans son pays d'origine, le premier requérant pourrait bel et bien nécessiter un suivi psychiatrique. Ils soulignent que le Docteur [M.] évoque aussi un suivi cardiologique, réfuté par le médecin conseil, alors même que le Docteur [B.] l'évoque bel et bien dans son certificat médical. Ils précisent également qu'en septembre 2018, le Docteur [E.] avait préconisé un examen ophtalmologique, que ce même médecin avait dû faire en septembre 2018 une demande d'aide médicale urgente en faveur du premier requérant suite à une nouvelle crise vaso-occlusive drépanocytaire douloureuse, et que le requérant fut apaisé de sa douleur seulement grâce à de la morphine. Ils affirment que le certificat médical du Docteur [E.] d'octobre 2018 établit que le requérant souffre de nombreuses complications et qu'il a subi de multiples hospitalisations. Par ailleurs, ils font valoir que selon le Docteur [B.] le suivi du premier requérant est multiple, qu'il s'agit d'une maladie incurable car chronique, que des échanges transfusionnels peuvent

être mis en place mais que ces derniers sont risqués en RDC à cause de la présence du paludisme et du VIH. Ils relèvent que le Docteur [B.] précise encore que sans traitement approprié, le premier requérant serait confronté à un risque accru de mortalité, qu'au vu de son état de santé il doit bénéficier de personnes proches et de confiance (telle que sa mère), et que le requérant a la capacité de travailler mais seulement dans des conditions précises. Ils en déduisent que l'état de santé du requérant est « *dans un état de gravité élevé nécessitant de bénéficier de soins adéquats afin de ne pas subir des traitements inhumains et dégradants, voire de ne pas mettre son pronostic vital en danger* », et arguent que le Docteur [B.] précise qu'en cas de retour, ce dernier subirait un risque accru de mortalité en raison du manque d'accès à un suivi médical optimal.

3.1.2. Dans une deuxième branche, quant à la capacité de voyager, les requérants soutiennent que le médecin conseil ne se base sur aucune preuve, ou document, et suppose simplement que le requérant est en mesure de voyager puisqu'il a déjà voyagé. A cet égard, ils soulignent que ce dernier est arrivé en Belgique dans un très mauvais état de santé et dans le but de se faire poser une prothèse de la hanche. Ils relèvent que le certificat médical circonstancié du Docteur [B.] précise que le patient peut voyager « *sous réserve qu'il est en dehors de toute crise douloureuse* », et estiment qu'il est « *notoire que les voyages en avion sont à envisager avec précaution pour les drépanocytaires, surtout en ce qui concerne les avions non ou mal pressurisés, les destinations dans des pays à risques sanitaires fortement touchés par le paludisme (dont la RDC) qui sont déconseillés à cause du sur-risque infectieux et que pour les longs trajets* ». Ils se réfèrent ensuite à un article intitulé « *aviation, space and environnemental* » - dont elles citent un extrait – et concluent au fait qu'un voyage n'est pas aisé à entreprendre, qu'il faut l'organiser bien à l'avance avec l'aide d'un médecin, et que dans ces conditions, la partie défenderesse ne saurait exiger du premier requérant qu'il respecte l'ordre de quitter le territoire.

Quant à la disponibilité de soins et du suivi dans le pays d'origine, ils observent que le médecin conseil se réfère au site internet MedCOI pour affirmer que les traitements sont disponibles dans le pays d'origine. A cet égard, ils font valoir que cette base de données est non publique, de telle sorte qu'il est impossible d'en vérifier les informations, et que ce projet est critiquable en ce qu'il « *se dégage de toutes responsabilités concernant l'accessibilité au traitement* ». Ils estiment que la partie défenderesse ne pouvait se baser sur une source unique sans confronter plus rigoureusement les données qu'ils ont fournies avec des informations plus spécifiques. En ce sens, ils se réfèrent à un arrêt du Conseil de céans, est soutiennent que la partie défenderesse « *aurait dû donc faire preuve de plus de diligence afin de motiver formellement sa décision en se basant sur d'autres sources matérielles prouvant la disponibilité des soins en R.D.C.* ». Ils considèrent que la motivation du premier acte attaqué est insuffisante et qu'elle ne leur permet pas de comprendre le raisonnement de la partie défenderesse s'agissant de la disponibilité des traitements. De plus, ils déclarent que la « *disponibilité des soins de santé en RDC est problématique compte tenu de la situation post-conflit de ce pays, encore marqué par des conflits et par la présence d'un grand nombre de maladies* ».

Quant à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, les requérants affirment que le médecin du premier requérant avait déjà fait état en juillet 2018 du manque d'accessibilité des soins, et soutiennent que les nouveaux certificats médicaux, établis le 14 octobre 2019, ainsi qu'un rapport médical datant du 4 novembre 2019, démontrent qu'un retour en RDC impliquerait un risque accru de mortalité en l'absence d'accès à un suivi médical optimal. Ils se réfèrent à l'arrêt « *Paposhvili* » de la Cour européenne des droits de l'homme, à l'article 23 de la Constitution, à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : la CEDH), et rappellent, successivement, plusieurs considérations jurisprudentielles relatives à la prise en compte de la situation individuelle de l'intéressé. Ils estiment qu'en cas de retour au pays d'origine, il est certain que l'état du premier requérant se dégraderait et exposerait ce dernier à un risque de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH. Ils renvoient aux certificats du Docteur [B.], du 14 octobre 2019, aux diverses hospitalisations suivies, et à son état physique fortement altéré par la maladie. Ils rappellent que le premier requérant est arrivé en Belgique en tant qu'enfant mineur, et font référence à un arrêt du Conseil dans un cas qu'ils estiment similaire, à savoir un mineur congolais souffrant de drépanocytose.

Les requérants exposent ensuite le contexte particulier en RDC, s'agissant de la situation démographique, post-conflit, sanitaire et de l'accès aux services de santé, et relèvent que le médecin conseil de la partie défenderesse se base simplement sur un article de presse datant de 2013 relatif à la promotion des mutuelles. Sur ce point, ils affirment que les systèmes de mutuelle ne sont pas efficaces et effectifs en RDC, qu'on ne saurait les considérer comme suffisants pour prendre en charge un traitement aussi lourd, et renvoient au « *Plan National de Développement Sanitaire de 2016-2020* », à celui de 2011-2015, à une étude spécialisée sur les mutuelles de soin de santé en RDC réalisée par

l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, et estiment qu'on ne saurait se baser sur le système général des mutuelles, assurances et de la sécurité sociale en RDC pour conclure à l'accès aux soins de santé. En outre, ils rappellent qu'ils se trouvent dans une situation sociale et financière précaire.

Par ailleurs, les requérants font valoir que de nombreux articles scientifiques font montre de carences concernant l'accessibilité et la disponibilité du traitement, notamment au sujet de la drépanocytose. Ils font ensuite référence, successivement, à divers articles : l'éditorial des « Annals of African Medicine » ; l'« Etude analytique des facteurs d'aggravation de la maladie drépanocytaire au Congo » qui affirme que le paludisme reste un grand problème et qu'il existe davantage de risques transfusionnel en RDC, passés sous silence par le médecin conseil ; et le « deuxième symposium international de la drépanocytose en Afrique Centrale ». Ils renvoient également à des articles faisant référence à la sécurité transfusionnelle en RDC, et à un arrêt du Conseil de céans du 3 juin 2019. A cet égard, ils soutiennent que la transfusion n'est pas un geste anodin, dès lors qu'une seule transfusion peut suffire pour contaminer et condamner une personne, et précisent que les facteurs infectieux dont le paludisme jouent un rôle majeur dans la survenance des anémies sévères. De plus, ils rappellent que les voyages en avion comportent un risque élevé d'exacerbation des crises dues à une baisse en oxygène en haute altitude. Ils se réfèrent également à un article intitulé « Les Complications habituelles de la drépanocytose chez l'enfant en Afrique », listant ainsi les complications neurologiques, infectieuses et liées aux transfusions, susceptibles de survenir, et considèrent que « *l'ensemble des difficultés à prendre en charge démontre l'inexistence d'une prise en charge adéquate des drépanocytaires en RDC en général et au centre médical Monkole en particulier* ». Ils précisent que le Centre Hospitalier de Monkole est un centre de niveau secondaire, situé à la périphérie de la ville de Kinshasa, et qui est difficile d'accès, surtout en saison pluvieuse. Ils observent qu'il s'agit d'un des seuls centres soignant la drépanocytose en RDC, et que ce centre semble être confronté à énormément de difficultés pratiques.

En outre, les requérants affirment que s'il existe un programme national de lutte contre la drépanocytose en RDC, ce dernier n'est pas effectif. Ils se réfèrent au programme susmentionné, ainsi qu'à un article intitulé « Drépanocytose : la RDC accusée d'abandonner les malades », et estiment « *qu'il ressort à suffisance des éléments développés que le Programme National de lutte contre la drépanocytose et que les moyens de prise en charge adéquate et nécessaire pour les drépanocytaires n'existent pas en RDC* ».

Quant au risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine, ils se réfèrent à un arrêt du Conseil et précisent que le risque de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 constitue une disposition autonome par rapport à l'article 3 de la CEDH. Ils estiment que l'article 9^{ter} susmentionné est une disposition « *plus protectrice en ce qu'elle ne se limite pas à exiger un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie* » et qu'à côté du risque vital, le risque pour l'intégrité physique et le risque de traitement inhumain et dégradant sont envisagés. Ils considèrent que l'argumentation du médecin conseil ne peut être retenue dès lors que « *dans le cas d'espèce, il n'y va pas d'une « situation dans ce pays (qui) serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique* » », et affirment que le risque de mauvais traitement est attesté par le dossier médical, notamment par le certificat médical du 10 octobre 2019 et par le rapport médical du 4 novembre 2011. Ils estiment que les allégations concernant la situation sanitaire en RDC sont corroborées par d'autres éléments de preuves, à savoir la spécificité de sa pathologie et l'inaccessibilité du traitement au pays d'origine. Dès lors, au vu des éléments mentionnés précédemment et établissant l'indisponibilité et l'inaccessibilité du traitement, et au vu du risque de mortalité en cas d'arrêt dudit traitement, la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation et a violé les dispositions relatives à la motivation formelle des actes administratifs en estimant qu'un retour au pays d'origine n'entraînerait pas de traitement inhumain ou dégradant dans le chef du premier requérant. De plus, ils soutiennent que, comme démontré dans le certificat établi par le Docteur [B.], le premier requérant a besoin de sa mère, qui sera à même de l'aider en cas de crise et de lui donner un soutien important et nécessaire.

3.1.3. Dans une troisième branche, relative à la déontologie médicale et aux droits des patients, les requérants reproduisent tout d'abord les articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale. Ils font valoir que le médecin conseil, qui n'a pas examiné le premier requérant, s'est donc uniquement basé sur son dossier médical pour estimer que sa maladie n'entraînait pas de risque de traitement inhumain ou dégradant, alors même que lorsque l'état de santé de l'intéressé ne peut pas être suffisamment établi, un examen par le médecin conseil est indiqué. En ce sens, ils se réfèrent à un arrêt du Conseil de céans, estiment que, dans ce cas précis, il ne s'agit pas seulement d'une faculté mais bien d'une

obligation, et qu'il revenait au médecin conseil de demander des renseignements supplémentaires ou, à tout le moins, d'entrer en contact avec le médecin traitant du premier requérant.

Par ailleurs, ils observent que « *le Conseil national de l'Ordre des médecins, doutant de l'indépendance des médecins conseils de l'Office des Etrangers, a lui-même suggéré, dans un avis du 16 novembre 2013, d'ajouter une annexe au contrat de travail des médecins actifs à l'Office des Etrangers* ». Ils développent des considérations théoriques relatives à la déontologie médicale, ainsi qu'à l'indépendance des médecins, et considèrent que les médecins de la partie défenderesse ne remplissent pas leur mission en toute indépendance vis-à-vis du mandant. Ils renvoient au « Livre blanc sur l'autorisation du séjour médical », à l'avis n°65 du 9 mai 2016 du Comité de Bioéthique, ainsi qu'au rapport du médiateur fédéral du 29 juillet 2016, et affirment que « *dans la mesure où le respect de la déontologie médicale relève d'une obligation légale, son non-respect entraîne l'illégalité de l'avis ainsi émis ; Qu'à ce titre, l'acte pris en violation de la déontologie médicale ne pourrait avoir de valeur juridique et servir de fondement à la décision prise par la partie adverse* ». Dès lors, ils estiment que l'avis rendu par la partie défenderesse, sans avoir vu le patient et sans avoir tenu compte des informations fournies par ses différents médecins, ne permet pas d'établir l'absence de danger pour le premier requérant en cas de retour au pays d'origine.

En outre, les requérants rappellent que les médecins sont soumis au serment d'Hippocrate, en sorte qu'il convient d'accorder foi à leur diagnostic ainsi qu'aux certificats médicaux établis. Ils font valoir que le Conseil d'Etat accorde une grande importance au caractère précis et circonstancié des rapports figurant au dossier, ainsi qu'à la spécialisation ou non des médecins les ayant établis, et affirment qu'en présence d'avis divergents, le Conseil d'Etat tend à privilégier celui qui émane du plus pointu d'entre eux. A cet égard, ils déclarent que le médecin conseil n'expose nullement « *les raisons pour lesquelles il choisit d'écarter les conclusions de son confrère, conclusions qu'il passe en outre totalement sous silence, de sorte que la décision attaquée viole la foi due aux actes* ». Ils soutiennent que tant la demande que les certificats médicaux y annexés font état d'un risque d'aggravation de la maladie en cas de retour au pays d'origine, argument que la partie défenderesse a totalement passé sous silence. En ce sens, ils se réfèrent à un arrêt du Conseil, et arguent que la partie défenderesse fait preuve d'une erreur manifeste d'appréciation en considérant qu'un retour en RDC n'est pas contre-indiqué et que le premier requérant peut voyager.

3.2. Les requérants prennent un deuxième moyen, quant à l'ordre de quitter le territoire, de la violation de l'article 23 de la Constitution, des articles 3 et 13 de la CEDH, ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

Ils considèrent qu'en alléguant que la maladie du premier requérant n'entraîne pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique et en lui délivrant un ordre de quitter le territoire, la partie défenderesse l'expose à un risque de traitement inhumain et dégradant et viole l'article 3 de la CEDH. Ils exposent ensuite des considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à l'article 3 de la CEDH, et soutiennent qu'au vu du risque de crise causé par un voyage en avion, il appartenait à la partie défenderesse de prendre sa décision avec la plus grande prudence. Ils se réfèrent à l'article intitulé « Aviation, Space, and Environnemental », et relèvent que l'article mentionne clairement les dangers d'un voyage en avion en raison du risque élevé d'exacerbation des crises dues à une baisse en oxygène. Dès lors, ils affirment qu'un voyage devrait faire l'objet de nombreuses précautions préalables, et que dans ces conditions, la partie défenderesse ne saurait exiger du premier requérant qu'il respecte l'ordre de quitter le territoire. Ils se réfèrent à nouveau à l'arrêt « Paposhvili », et déclarent qu'étant donné l'indisponibilité et l'inaccessibilité d'un traitement adéquat en RDC, le retour du premier requérant dans son pays d'origine l'exposerait inévitablement à un risque de traitement inhumain et dégradant. Ils estiment avoir transmis toutes les informations nécessaires permettant d'établir un tel risque et renvoient aux arguments développés *supra* démontrant l'absence de garantie quant à l'accès aux soins. Ils affirment qu'il ressort du dossier administratif que « *non seulement, il n'a pas été procédé à cet examen particulier afin de déterminer la situation du requérant avant et après un renvoi éventuel, mais qu'en outre, le médecin conseil de la partie adverse s'écarte des conclusions du médecin spécialiste, - lequel affirmait que le renvoi du requérant est contre-indiqué -, et ce sans justification suffisante et adéquate* ». En tout état de cause, ils observent que l'ordre de quitter le territoire, constituant l'accessoire de la décision de refus de séjour, il convient de l'annuler également.

4. Discussion.

4.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle à titre liminaire que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat et du Conseil, 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 la décision attaquée (cf. notamment C.E., 8 novembre 2006, n° 164.482 et C.C.E., 29 mai 2008, n° 12 076).

Le Conseil constate en l'occurrence que, dans leur premier moyen, les requérants s'abstiennent d'expliquer de quelle manière le premier acte attaqué violerait l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les articles 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients, et le principe général de droit « Audi alteram partem ».

Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ce principe et des articles précités.

4.2.1. Sur le reste du premier moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

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.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

4.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 6 septembre 2019, lequel indique, en substance, que le premier requérant souffre de « *Drépanocytose homozygote SS, avec nombreuses crises vaso-occlusives et antécédents de transfusions [...] Ostéonécrose aseptique tête fémorale gauche* », pour lesquels les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à

l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

Cette motivation n'est pas utilement contestée par les requérants, qui se bornent à cet égard à prendre le contre-pied de la décision querellée et tentent 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, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard, *quod non* en l'espèce. Partant, la première décision attaquée doit être considérée comme suffisamment et valablement motivée.

4.2.3. A titre liminaire, sur l'ensemble du premier moyen, le Conseil rappelle que le fait d'apporter une pièce pour la première fois à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de telles pièces est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande.

Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits (cf. également en ce sens : CE 8 août 1997, n° 67.691 ; CCE 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'eu égard aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que les requérants étaient dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de leur demande, que la partie défenderesse pourrait leur refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de leur situation, qu'ils peuvent bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans leur pays d'origine.

4.2.4. Quant à la première branche du premier moyen, et plus particulièrement au grief fait au fonctionnaire médecin de réfuter la nécessité d'une ostéomyélite, une hépatopathie, d'une encéphalopathie et d'un suivi neurologique et psychiatrique, sous prétexte que les rapports médicaux n'en font pas état, et sans auscultation préalable, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin a valablement pu considérer qu' « *A noter, signale une «ostéomyélite», diagnostic qui n'est pas étayé par le moindre résultat d'examen probant ni rapport d'un spécialiste. Le requérant est bien suivi en milieu universitaire et on note qu'aucun spécialiste universitaire n'évoque une telle affection. Cette affection n'est pas reprise dans les diagnostics des rapports d'hospitalisation. Cette mention fantaisiste ne peut par conséquent être retenue comme reflétant la réalité de la situation médicale du requérant.*

A noter signale une «hépatopathie», diagnostic qui n'est pas étayé par le moindre rapport d'un spécialiste. Le requérant est bien suivi en milieu universitaire et on note qu'aucun spécialiste universitaire n'évoque une telle affection. Cette affection n'est pas reprise dans les diagnostics des rapports d'hospitalisation. Cette mention ne peut par conséquent être retenue comme reflétant la réalité de la situation médicale du requérant.

A noter signale une «encéphalopathie», diagnostic qui n'est pas étayé par le moindre rapport d'un spécialiste. Le requérant est bien suivi en milieu universitaire et on note qu'aucun spécialiste universitaire n'évoque une telle affection. Cette affection n'est pas reprise dans les diagnostics des rapports d'hospitalisation. Cette mention ne peut par conséquent être retenue comme reflétant la réalité de la situation médicale du requérant.

A noter la nécrose aseptique de la tête fémorale droite a été opérée en 07/2018 et n'est donc plus une affection actuelle active. Ce médecin signale un suivi en orthopédie, suivi qui n'est plus requis selon les rapports médicaux des spécialistes universitaires: pas de complication post-opératoire signalée ni documentée, seul un suivi en hématologie et en rhumatologie est requis et réalisé.

A noter signale un suivi en neurologie et en psychiatrie ainsi qu'un traitement médicamenteux pour troubles psychiques. Rien de tout cela n'est repris dans les rapports détaillés des spécialistes

universitaires, pas de traitement médicamenteux pour troubles psychiques requis, pas un seul document étayant la réalité d'un suivi régulier en psychiatrie et/ou neurologie documenté dans ce dossier (même pas un simple avis). Ces mentions fantaisistes ne peuvent par conséquent être retenues comme reflétant la réalité de la situation médicale du requérant.

A noter évoque un suivi en cardiologie. Cela n'est pas repris dans les rapports détaillés des spécialistes universitaires. Il n'y a pas un seul document étayant la réalité d'un suivi régulier en cardiologie dans ce dossier. Cette mention fantaisiste ne peut par conséquent être retenue comme reflétant la réalité de la situation médicale du requérant ».

Par ailleurs, force est de constater que tant le certificat médical que le certificat médical circonstancié, établis par le Docteur [B.], sont datés du 14 octobre 2019 et sont par conséquent postérieurs à la prise de l'acte attaqué. A cet égard, le Conseil estime qu'il ne pourrait y avoir égard dans le cadre de la présente procédure et renvoie aux développements tenus au point 4.2.3. du présent arrêt.

Quant à l'argumentation selon laquelle *« on peut s'imaginer que vivant une maladie grave et douloureuse, difficile à vivre, depuis la naissance et étant dans une situation socio-économique précaire, oscillant entre un suivi inadéquat dans son pays d'origine et un suivi pouvant être adéquat dans un pays où il demande à bénéficier d'une aide, le requérant pourrait bel et bien nécessiter d'un suivi psychiatrique »*, le Conseil estime que l'argumentation des requérants relève de l'hypothèse et ne permet pas de renverser le sens du constat posé par la partie défenderesse.

En outre, concernant l'absence d'auscultation préalable du premier requérant par le fonctionnaire médecin, le Conseil rappelle que ce dernier n'est nullement tenu d'interroger la partie requérante ou de l'examiner. Il a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un autre médecin (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

4.2.5. S'agissant du grief fait au fonctionnaire médecin de supposer simplement que le premier requérant est en mesure de voyager puisqu'il a déjà voyagé, le Conseil relève que le certificat médical circonstancié du Docteur [B.], ainsi que l'article intitulé *« aviation, space and environnemental »* sont invoqués pour la première fois en termes de requête et renvoie aux considérations visées au point 4.2.3. du présent arrêt.

4.2.6. S'agissant de l'examen de la disponibilité des traitements nécessaires au pays d'origine, en ce que les requérants critiquent la référence à la base de données MedCOI dès lors que celle-ci n'est pas publique et qu'ils n'y ont pas accès, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soins d'imprimer les pages consultées sur ces sites, de telle sorte que les requérants sont en mesure d'y avoir accès. Si ces derniers désiraient compléter leurs informations quant aux considérations de fait énoncées dans la décision querellée, il leur était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, dossier qu'ils ne démontrent pas avoir sollicité ni que cette demande leur ait été refusée.

Par ailleurs, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin a résumé dans son rapport la teneur des informations recueillies sur base des données MedCOI en exposant que *« Tous les principes actifs prescrits au requérant sont disponibles dans le pays d'origine:*

- Hydroxycarbamide = Hydréa (qui était déjà son traitement habituel dans le pays d'origine avant de venir en Belgique);*
- Acide folique (qui était déjà son traitement habituel dans son pays d'origine avant de venir en Belgique);*
- Carbonate de calcium;*
- Vitamine D.*

On notera aussi la disponibilité d'antidouleurs divers (dont le principe actif Oxycodone prescrit lors de la dernière hospitalisation, et bien d'autres) et de laxatifs conseillés en cas de constipation (dont le principe actif Macrogol).

Un suivi en médecine interne/hématologie avec focus sur la drépanocytose (sickle cells) est disponible dans le pays d'origine, avec examens de labo, gestion des crises vaso-occlusives en hôpital et transfusions sanguines. On appellera que le requérant est bien connu du service spécialisé de sa ville

d'origine où il était pris en charge et que l'opération de la hanche droite qui avait motivé son séjour provisoire en Belgique a été réalisée avec succès et sans complication il y a plus d'un an ».

Quant aux griefs relatifs aux informations provenant de la base de données MedCOI utilisée par la partie défenderesse et dont les requérants critiquent la fiabilité, le Conseil constate qu'ils se bornent à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par l'état de santé du premier requérant ne serait pas disponible et accessible, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité.

4.2.7. S'agissant de l'examen de l'accessibilité des traitements au pays d'origine, le Conseil observe que les nombreuses sources, relatives à la situation générale en RDC, au système des mutuelles et au traitement de la drépanocytose en RDC, citées par les requérants sont apportées pour la première fois en termes de requête. Dès lors, il renvoie aux développements tenus sous le point 4.2.3. du présent arrêt.

Par ailleurs, quant aux dangers allégués de la transfusion et au risque élevé d'exacerbation des crises dues à une baisse d'oxygène en cas de voyage en avion, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence constante, c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen de sa situation administrative qu'il incombe d'en informer l'administration qui, pour sa part, ne saurait être tenue de procéder à des investigations, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 109.684, 7 août 2002).

En outre, l'avis médical, daté du 6 septembre 2019, relève également que « *Si l'intéressé est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, il peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés ainsi qu'en terme de couverture territoriale. Le réseau du BDOM assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants à Kinshasa, ce qui représente un cinquième de la population kinoise. Il couvre, approximativement, 25 % des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa* » ; constats qui n'apparaissent pas contestés par les requérants. La contestation par ces derniers des autres éléments de la motivation relative à l'accessibilité des soins et suivis requis au pays d'origine, ne peut dès lors suffire à démontrer l'illégalité du premier acte attaqué, à cet égard.

Pour le surplus, le Conseil constate que les requérants restent en défaut de contester les considérations selon lesquelles la seconde requérante est encore en âge de travailler, rien ne démontrant qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi et ainsi financer les traitements médicaux de son fils. En outre, même à considérer que son éventuel salaire ne couvrirait pas les frais médicaux, les requérants ne contestent pas qu'ils « *ont donc vécu la majeure partie de leur vie au Congo RDC. Rien n'indique qu'ils n'y auraient pas tissé des liens familiaux et amicaux. Dès lors, ceux-ci pourraient, le cas échéant, venir en aide aux requérants* ».

Quant aux critiques relatives au centre Hospitalier de Monkole, le Conseil constate qu'en tout état de cause, les requérants restent en défaut d'établir qu'ils ne pourraient s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles et accessibles.

4.2.8. S'agissant de l'absence d'examen du premier requérant et des considérations selon lesquelles « *il revenait au médecin conseil de demander des renseignements supplémentaires et d'examiner le requérant ou, à tout le moins, d'entrer en contact avec le médecin traitant du requérant – spécialiste de sa pathologie* », le Conseil rappelle, ainsi que mentionné *supra*, que le fonctionnaire médecin n'est nullement tenu d'interroger la partie requérante ou de l'examiner. Il a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un autre médecin (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010) ou de recourir à un expert. Par ailleurs, en dehors du fait que le fonctionnaire médecin ne s'est pas écarté des constats les plus récents, et antérieurs au premier acte attaqué, des médecins du premier requérant, le fait qu'il soit un généraliste et non un spécialiste ne peut en tout état de cause lui être reproché tant qu'il justifie à suffisance sa position, ce qui est le cas en l'occurrence.

Quant aux articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins, dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *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* ».

4.3. Quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle, en tout état de cause, que la Cour européenne des droits de l'Homme (ci-après : la Cour EDH) a établi, de façon constante, que « *[I]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 militant contre l'expulsion sont impérieuses* », et que « *[I]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* » (Cour EDH, 27 mai 2008, N / Royaume-Uni, §§42-45).

Le Conseil observe que l'enseignement de l'arrêt Paposhvili / Belgique (rendu en Grande chambre par la Cour EDH, le 13 décembre 2016) a clarifié et étendu celui de l'arrêt N / Royaume-Uni, (également rendu en Grande chambre par la même Cour, le 27 mai 2008) à d'autres « cas exceptionnels » afin de rendre les garanties prévues par la CEDH « concrètes et effectives » (§181) et en redéfinissant le seuil de gravité de l'article 3 de la CEDH.

En l'espèce, le Conseil relève que la partie défenderesse a déclaré non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé du premier requérant sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant. Le Conseil souligne enfin que l'aspect du moyen se rattachant à l'article 23 de la Constitution n'appelle pas de réponse spécifique dès lors que la partie requérante ne formule pas, en termes de requête, de développement différencié par rapport à l'article 3 de la CEDH qui a été examiné ci-avant.

4.4. Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin a pu conclure que le premier requérant est capable de voyager et que le traitement médicamenteux et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine. En outre, rien dans les éléments médicaux fournis à l'appui de la demande ne démontre une aggravation de la maladie en cas de retour en RDC dans de telles circonstances. En conséquence, la partie défenderesse a pu, en référence à l'avis de ce médecin, rejeter la demande des requérants, sans violer les dispositions et principes visés aux moyens ni commettre une erreur manifeste d'appréciation.

4.5. Quant à la seconde décision entreprise, soit l'ordre de quitter le territoire, il s'impose de constater que celui-ci est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation qu' « En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable », laquelle ne fait l'objet d'aucune remise en cause.

4.6. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, les requérants ne démontrent pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'ils visent dans leurs moyens, de sorte que ceux-ci ne sont pas fondés.

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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS