



Arrêt

**n° 243 901 du 10 novembre 2020
dans l'affaire X**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ANDRIEN
 Mont Saint Martin 22
 4000 LIEGE**

contre:

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 27 février 2014, par X, qui déclare 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, prise le 21 janvier 2014.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 9 juin 2020 convoquant les parties à l'audience du 14 juillet 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me HAEGEMAN *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *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 4 novembre 2010, le requérant est arrivé sur le territoire.

1.2. Il a introduit plusieurs demandes de protection internationale dont aucune n'a eu une issue positive, il s'est vu délivrer des ordres de quitter le territoire.

1.3. Par courrier daté du 6 mai 2013, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 30 septembre 2013.

1.4. Le 20 janvier 2014, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un avis.

1.5. Le 21 janvier 2014, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt, il s'agit de l'acte attaqué qui est motivé comme suit :

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

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

Dans son avis médical remis le 20.01.2014, (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 lors qu'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.

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

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique : *« (...) de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que des principes de minutie et prescrivant le respect des droits de la défense et du contradictoire. »*

2.2. Dans un premier grief, elle rappelle la portée des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée; elle ajoute *« qu'il ne peut être fait référence à des éléments dont le destinataire ne peut avoir connaissance avant ou, au plus tard, au moment de la notification de la décision. L'obligation de motivation formelle a pour objet d'informer l'administré, alors même qu'une décision n'est pas attaquée, des raisons pour lesquelles l'autorité administrative l'a prise, ce qui lui permet d'apprécier s'il y a lieu d'introduire les recours qui lui sont offerts. En imposant la motivation formelle, la loi est de nature à renforcer le contrôle juridictionnel sur les actes administratifs, consacré par l'article 159 de la Constitution et organisé par l'article 14 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat (Cour d'arbitrage, arrêt 55/2001 du 8 mai 2001). Motiver une décision, c'est extérioriser dans son corps même ses prémisses logiques, en droit comme en fait ; c'est, de la part de l'auteur de l'acte, faire apparaître à l'intention des intéressés la justification de la mise en oeuvre de sa compétence en fonction d'une situation déterminée (Doc. parl., Sénat, n° 215.1 (S.E. 1988), p. 2). En l'espèce, la décision consiste en une motivation par double référence : un rapport de son médecin et divers sites internet. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés (Cons.État (13e ch.), 17 juin 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130). Tel n'est pas le cas en l'occurrence ; la décision fait une simple référence à des sites internet sans que le passage pertinent ne soit cité et reproduit. En raison de ces lacunes, la décision méconnaît les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, ainsi que les articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980. »*

2.3. Dans un second grief, elle invoque les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980 quant au traitement adéquat. Elle expose que : « Le requérant présente les pathologies suivantes :

- Le virus HIV

- HTA.

- Insuffisance rénale.

D'une part, l'avis médical ne tient nul compte de l'insuffisance rénale évoquée dans plusieurs documents médicaux lui soumis ; pas plus qu'elle ne se penche a fortiori sur l'accessibilité des soins qui seront nécessaires afin d'y palier, alors que cette insuffisance est de nature à limiter les possibilités thérapeutiques (CM 28.11.13) ; en cela, la décision n'est pas adéquatement motivée.

D'autre part, l'avis médical révèle des a priori négatifs qui affectent l'objectivité de son auteur : « 30.08.13... « Demande d'asile pour raisons médicales en cours » (sic)...

28.11.13... « Or cette information est primordiale pour s'assurer de l'efficacité du traitement à long terme. Très peu de médicaments sont disponibles au Congo pour traiter le sida » (sic)...

La demande de séjour sur base de l'article 9ter est une forme de demande de protection subsidiaire et s'apparente bien à une demande d'asile médical ; aucune erreur d'orthographe n'est relevée dans les deux citations reproduites. L'usage répété du (sic) par le médecin fonctionnaire dès le stade du simple résumé des documents médicaux produits (résumé qui se veut par essence objectif), sans que ces (sic) ne correspondent à des erreurs d'orthographe, laissent penser que pour le médecin, dès ce stade, le sort à réserver à la demande ne pouvait qu'être défavorable au requérant ; c'est comme si un expert faisait déjà part de son opinion alors qu'il n'est qu'au stade de ses constats préliminaires ; ce manque flagrant d'objectivité et de partialité affecte la suite du raisonnement et donc la décision elle-même qui est constitutive d'erreur manifeste. Enfin, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et méconnaît les dispositions visées au moyen en retenant la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi requis dans le pays d'origine du requérant. ». Elle constate que le médecin conseil se fonde sur la base de données MedCOI, laquelle n'est accessible qu'aux professionnels de la santé. Elle en conclut que : « Les informations sur lesquelles se fonde la partie adverse sont donc impossibles à vérifier en méconnaissance des principes généraux de droit prescrivant le respect des droits de la défense et du contradictoire. Elles sont d'autant plus invérifiables que l'anonymat des médecins est protégé ; ce qui signifie que le requérant ne pourrait les interroger sur leurs sources ni donc les contredire. Se fondant sur un document dont les sources sont anonymes et invérifiables, la décision méconnaît les droits de la défense et du contradictoire et est entachée d'une irrégularité substantielle (par identité de motif avec l'article 26 de l'AR du 11.07.2013 – Conseil d'Etat, arrêts n°221.622 du 04.12.2012 et n° 223.434 du 07.05.2013). De plus, l'avis médical adverse précise que : « l'information fournie est limitée à la disponibilité du traitement médical, habituellement dans une clinique/institution de santé ». Affirmer que les médicaments sont disponibles dans un hôpital ne peut pas prouver la disponibilité des traitements nécessaires au Congo. En effet, cet unique hôpital ne saurait fournir en médicaments tous les Congolais. De plus, « la base de données ne fournit pas d'information concernant l'accessibilité du traitement ». Quant aux autres sources, elles datent de 2007, 2009 et 2011, alors que le médecin adverse relève que les références bibliographiques produites par le requérant sont des « (documents consultés le 19 décembre 2012) » (en gras dans le texte). En réalité, l'essentiel des sources citées datent de 2013. Se référant à des sources antérieures à celles invoquées par le requérant, la décision ne les conteste pas utilement et ne peut être tenue ni pour légalement ni pour adéquatement motivée au regard des articles 9ter et 62 de la loi en ce qu'elle soutient l'accessibilité des soins au Congo. Ainsi qu'exposé par le requérant dans son complément du 12 septembre 2013, il n'aura pas d'accès aux soins qui lui sont nécessaires : Médecins Sans Frontière , 25 janvier 2012 , « 85% des malades du SIDA privés de soins en RDC » : « Les conditions d'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA en RDC sont catastrophiques. Au Centre Hospitalier de Kabinda (CHK) à Kinshasa, MSF voit arriver un nombre bien trop élevé de malades avec des complications graves, dues à l'absence de traitement, et dont la condition trop avancée entraîne des souffrances inacceptables. » « On estime actuellement à plus d'un million le nombre de séropositifs en RDC et à 350 000 le nombre de personnes qui devraient bénéficier d'un traitement antirétroviral. Or seuls 44 000 patients sont effectivement sous traitement. Cela représente un taux de couverture en antirétroviraux (ARV) de moins de 15%, soit l'un des plus bas au monde (tout comme la Somalie et le Soudan pour le continent africain). » Source : MSF – SIDA <http://www.msf-azg.be/fr/nouvelle/85-des-malades-du-sida-priv%C3%A9s-de-traitement-en-rdc> Article de Médecins Sans Frontière – Unité d'analyse et de plaidoyer Bruxelles de juillet 2012 , « République démocratique du Congo : Le traitement VIH inaccessible pour la grande majorité des personnes éligibles » : « Le Fonds mondial (FM), qui reste à ce jour le principal pourvoyeur de fonds en faveur du traitement antirétroviral (ARV) dans ce pays, ne doit pas seulement faire face à une pénurie de moyens financiers. Il connaît également de graves problèmes de gestion et de décaissement en RDC qui limitent sa capacité à assurer la poursuite des traitements et

l'accès aux ARV aux patients qui en ont besoin. Ces problèmes de financement ont déjà privé les patients d'un accès gratuit aux ARV en RDC.» « Le traitement ARV n'est disponible que dans 444 centres de santé du pays, ce qui ne représente que 11% des infrastructures de santé ciblées par le plan national de développement sanitaire. » « Mais les problèmes d'accès aux tests et aux traitements ne sont pas les seuls défis dans ce pays. Les pénuries régulières de préservatifs, de tests de laboratoire, d'ARV et de médicaments contre les maladies opportunistes nuisent également aux efforts de prévention et de traitement du VIH/sida. » Source :

http://www.msf.lu/fileadmin/WEBLibrary/3_Organisation/MSF/Progress_under_Threat.pdf
Données collectées au cours du premier semestre 2013 par la Dr Rémy DEMEESTER, centre de référence SIDA de Charleroi sur la République Démocratique du Congo :

- Superficie : 2 344 858 km² (1)
- Population : 67 758 000 habitants (1)
- PNB/an/habitant (2010) : 180 \$ (1)
- PNB/an/habitant PPA (Parité du Pouvoir d'Achat) : 320 \$ (1)
- Nombre d'habitants pour un médecin : 9090 habitants (<> 7454 médecins pour le pays) (1)
- Estimation de la prévalence du VIH dans la population générale :
- 2,57% (= 1 741 380 habitants) (3)
- 1,3% (en 2007) (= 880 854 habitants) (5)
- Estimation du nombre de personnes infectées (2011) : 1 272 150 (4)
- Nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral (2011) : 436 361 (3)
- Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral (2011) : 53 554 (3)
- Couverture en ARV parmi les personnes à un stade avancé de la maladie : 12,3% (3)
- Estimation du nombre de nouvelles infections en 2012 (incidence) : 85 066 (3)
- Estimation du nombre de décès dus au SIDA (2012) : 76 243 (3)
- Première ligne de traitement retenue en RDC : AZT+3TC+NVP (6)
- 2ème ligne de traitement recommandé en RDC : ddi+ABC+LPV/r (6) (...)

Le centre hospitalier Kabinda a organisé du 7 au 8 août 2012, en marge de son dixième anniversaire, une table ronde, avec le soutien toujours de MSF, intitulée " table ronde et pistes des solutions pour la prise en charge des PVV". Plusieurs acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA ont pris part à cette table ronde qui avait comme objectif principal de; " dégager une réflexion et des pistes de solutions pour des centaines de milliers de PVV congolais toujours privés de traitement ". C'était donc un cadre propice pour les participants " de partager leurs expériences respectives afin de dégager les pratiques les plus prometteuses et les défis qui restent à relever. Ils ont aussi réfléchi ensemble sur les alternatives rendues possibles par les découvertes scientifiques récentes et leurs possibles applications dans un contexte tel que la RDC ". Ainsi, à ce jour il y a encore beaucoup à faire dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA en RDC. Moins de Congolais victimes de VIH/SIDA ont accès au traitement et; il existe peu des centres hospitaliers de prise en charge en ARV sur l'ensemble du territoire congolais. " Moins de 15 pourcent des patients ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale en bénéficient, seuls 11 pourcent des centres de santé offrent un traitement et moins de 6 pourcent des mères séropositives ont accès aux services permettant de prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME) » communiqué de presse de MSF ». http://www.congojet.com/la_societe_congolaise/1756-lutte-contre-le-vhi-sida-en-rdc-le-taux-de-mortalite-des-pvv-est.html).

En ce qui concerne la disponibilité et l'accès des soins, la documentation récente démontre que 85% des malades du SIDA sont privés de soins en RDC et que le traitement VIH est inaccessible pour la grande majorité des personnes éligibles. Ces rapports étant publics, la partie adverse devait en tenir compte avant de prendre sa décision (arrêt MSS vs. Belgique, 21 janvier 2011, § 352), d'autant plus qu'ils sont plus récents que les informations sur lesquelles elle s'est basée dans sa décision.

Au vu de ces éléments, la partie adverse, qui admet que les maladies dont souffre le requérant peuvent être considérées comme entraînant un risque réel pour sa vie et son intégrité, n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni violer les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 CEDH, décider que le requérant, compte tenu son état de santé et des suivis particuliers dont elle a besoin, ne serait pas soumis à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour en Congo. »

3. Discussion.

3.1. Sur les deux branches réunies du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1er, alinéa 1er, de la Loi, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 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 rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre aux destinataires 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 aux destinataires 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre 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 établis 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 (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

3.2. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis médical, établi par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, le 20 janvier 2014, sur la base des éléments médicaux produits par les requérants.

Après avoir constaté que le requérant souffre d'une infection VIH et d'une hypertension, l'avis conclut que *«Du point de vue médical, nous pouvons conclure qu'une infection HIV et une hypertension artérielle en traitement médicamenteux, accompagnées d'une discrète insuffisance rénale (non traitée) n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Rép. dém. du Congo. D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.»*.

L'avis mentionne ce qui suit quant à la disponibilité des soins et du suivi au Congo :

«Pharmaceutiques

Le traitement antirétroviral constitué par l'association abacavir + lamivudine ainsi que la névirapine est disponible en Rép. dém. du Congo.

L'amlodipine est également disponible en Rép. dém. du Congo.

Le suivi par un spécialiste en infectiologie est disponible en Rép. dém. du Congo.

Il en est de même en ce qui concerne le suivi biologique, en particulier en ce qui concerne le dosage des CD4 ainsi que l'évaluation de la charge virale, point plus particulièrement soulevé par le médecin en charge du patient.

Ces informations toutes récentes sont issues de la banque de données MedCOI :

• *Requête MedCOI du 29.04.13 portant le numéro de référence unique BMA-4770 Inti. SOS 3PAR018012 ;*

♦ *Requête MedCOI du 30.07.13 portant le numéro de référence unique BMA-4934 Inti. SOS 4PAR001742.*

Le projet Med-COI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine ; le projet Med-COI est une initiative du Service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, il associe 17 partenaires (16 pays européens et l'International Centre for Migration Policy Development) et est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés. Disclaimer : l'information fournie est limitée à la disponibilité du traitement médical, habituellement dans une clinique/institution de santé, dans le pays d'origine ; la base de données ne fournit pas d'information concernant l'accessibilité du traitement. International SOS est une entreprise internationale de soins de santé, de l'assistance médicale et des services de sécurité. Elle est propriétaire de cliniques dans plus de 70 pays différents et dispose d'un réseau mondial de centres d'urgence. International SOS est sous contrat pour fournir des informations sur la disponibilité de traitements médicaux dans les pays à travers le monde.

Ainsi que de la source suivante : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/q/>.

Rép. dém. du Congo, Ministère de la Santé Publique : Liste nationale des médicaments essentiels (révision mars2010)».

En ce qui concerne le suivi par un spécialiste en infectiologie et les analyses biologiques pour les CD4, le Conseil constate que l'avis du médecin conseil se réfère à des requêtes MEDCOI.

La partie requérante soutient qu'il s'agit d'une motivation par double référence et qu'elle n'a pas accès au site Internet, celui-ci n'étant accessible qu'aux professionnels de la santé.

A la lecture de l'extrait précité, le Conseil observe que la motivation de l'acte attaqué procède d'une double motivation par référence dès lors que, d'une part, la partie défenderesse s'est référée à l'avis médical du fonctionnaire médecin, et d'autre part, celui-ci s'est référé à des « informations provenant de la base de données non publique MedCOI » et à un site Internet.

En l'occurrence, la question qui se pose donc est celle de savoir si cette double motivation par référence satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle découle de la loi du 29 juillet 1991, dont la violation des articles 2 et 3 est invoquée par la partie requérante.

3.3. A cet égard, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions : « Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif, Ed. La Charte, 2005, p. 44-45, n°50). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001 ; C.E., arrêt n° 174.443 du 13 septembre 2007 ; C.E., arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 ; C.E., arrêt n° 228.829 du 21 octobre 2014 ; C.E., n° 230.579 du 19 mars 2015 ; C.E., CCE 216 576 arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016 ; C.E., arrêt n° 235.763 du 15 septembre 2016 ; C.E., arrêt n° 237.643 du 14 mars 2017 ; C.E., arrêt n° 239.682 du 27 octobre 2017).

3.4. En l'espèce, le Conseil estime qu'il ne peut être considéré que l'avis du fonctionnaire médecin, susmentionné, satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne la disponibilité des suivis requis au Congo, à tout le moins.

En effet, le fonctionnaire médecin s'est référé à des « informations provenant de la base de données non publique MedCOI », précisant la date de la « Requête Medcoi » et son numéro de référence. Il indique que cette « requête » démontre «*Le suivi par un spécialiste en infectiologie est disponible en Rép. dém. du Congo. Il en est de même en ce qui concerne le suivi biologique, en particulier en ce qui concerne le dosage des CD4 ainsi que l'évaluation de la charge virale, point plus particulièrement soulevé par le médecin en charge du patient. Ces informations toutes récentes sont issues de la banque de données MedCOI :*

Requête MedCOI du 29.04.13 portant le numéro de référence unique BMA-4770 Inti. SOS 3PAR018012
Requête MedCOI du 30.07.13 portant le numéro de référence unique BMA-4934 Inti. SOS 4PAR001742.».

Le Conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé dudit document, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses à la requête MedCOI citée. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation

formelle des actes administratifs. En effet, la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles, il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du suivi requis. Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses à la « requête MedCOI », sur lesquelles s'est fondé le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public, comme le relève la partie requérante sans être contesté formellement par la partie défenderesse. En conséquence, entendant motiver son avis par référence à ce document, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de le résumer, ou encore de l'annexer audit avis. A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses à la « requête MedCOI », sur lesquelles le fonctionnaire médecin a fondé son avis, et ainsi en vérifier la pertinence. (En ce sens, Conseil d'Etat, n° 246 984, le 6 février 2020)

Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète, afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester.

Il découle de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même de l'acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse s'est référée à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée.

Le Conseil d'Etat a ainsi souligné que « l'obligation de motivation formelle, imposée par la loi, offre une protection aux administrés contre l'arbitraire en leur permettant de connaître les motifs justifiant l'adoption des actes administratifs. Cette protection ne peut leur être ôtée sous prétexte qu'ils seraient censés connaître les motifs d'un acte bien que l'autorité administrative ne les ait pas exprimés. Une atteinte à cette protection, résultant de l'absence de motivation formelle d'une décision, est de nature à affecter les administrés, tout comme ils peuvent l'être par un défaut de motivation matérielle d'un tel acte » (C.E., arrêt n° 230.251, du 19 février 2015).

L'acte attaqué viole donc les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.5. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt.

3.6. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique, ainsi circonscrit, est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner le reste des développements du moyen unique, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts

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

4.2. L'acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 21 janvier 2014, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix novembre deux mille vingt par :

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme E. TREFOIS,

greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

C. DE WREEDE