

Arrêt

n° 247 424 du 14 janvier 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J-P. KILENDA KAKENGI BASILA
Rue de Ganshoren, 42
1082 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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 mai 2018, 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, et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 5 avril 2018.

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 5 novembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 27 novembre 2020.

Entendu, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me MAKIADI MAPASI *locum tenens* Me J. KILENDA KAKENGI BASILA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *locum tenens* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante est arrivée en Belgique le 26 août 2006.

1.2. Le 22 décembre 2017, la partie requérante a 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. Cette demande a été complétée en date des 2 et 20 mars 2018.

1.3. Le 5 avril 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 17 avril 2018, 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)

« MOTIF :

L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 (R.D.), pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 03.04.2018, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que 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 pour sa vie ou son intégrité physique ou que 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.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif du requérant ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué)

« MOTIF DE LA DECISION :

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 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'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1.1. La partie requérante prend un premier moyen de la violation du « principe de bonne administration », du « devoir de minutie » et du « principe de prudence ».

2.1.2. Après avoir exposé des considérations théoriques relatives aux principes dont elle invoque la violation, la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas l'avoir pas examinée et de n'avoir pas requis la transmission d'attestations médicales récentes établies par son médecin traitant. Elle fait valoir que, si la partie défenderesse avait sollicité ces documents, elle aurait produit le certificat médical du 19 avril 2018 qu'elle annexe à sa requête et dont elle détaille le contenu en reprenant le diagnostic qui y est posé (Hernie inguinale, HTA, Hypertrophie prostatique, dyspicémie, « canal lombaire péroïl [sic] acquis sévère » et « claudication radiculaire [sic] ») ainsi que le traitement prescrit par son médecin traitant et l'indication qu'elle n'a pas pu poursuivre ses traitements pour des motifs financiers. Elle indique également qu'il ressort de ce certificat médical qu'elle souffre d'une affection chronique, irréversible et progressive et que l'arrêt des traitements agravera son état de santé et reproduit un extrait du point F de ce certificat.

Elle poursuit en reproduisant le contenu d'un rapport établi le 7 décembre 2017 par le Dr R. décrivant l'évolution de son état de santé depuis la consultation précédente. Elle reproduit également les termes de l'intitulé du point B du certificat médical type annexé à sa requête.

Elle fait valoir avoir produit un certificat médical émanant d'un médecin spécialiste et s'étonne en constatant que la partie défenderesse se fonde sur l'avis du fonctionnaire médecin dont la spécialité est inconnue et auquel elle reproche de remettre en cause et de contredire le diagnostic posé par son médecin traitant. Rappelant que son médecin traitant est un spécialiste en rhumatologie, a posé un diagnostic et décrit les conséquences d'un arrêt de traitement et soutient que c'est sans base scientifique sérieuse que le fonctionnaire médecin a conclu à l'inexistence d'un risque pour sa vie ou d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant alors qu'un renvoi vers son pays d'origine entraînera sans nul doute sa « déconnexion des soins vitaux pour sa vie et son intégrité physique ».

2.2.1. La partie requérante prend un deuxième moyen de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales (ci-après : la CEDH)

2.2.2. Après avoir exposé des considérations théoriques relatives à l'article 3 de la CEDH, la partie requérante fait valoir qu'elle avait sollicité d'être examinée par le fonctionnaire médecin et reproche à la partie défenderesse d'avoir ignoré totalement cette demande et de se fonder sur un avis médical complaisant affirmant à tort qu'elle ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

Elle soutient au contraire qu'il est patent que sa pathologie nécessite un traitement sérieux et représente un risque réel pour sa vie et une menace pour son intégrité physique. Elle estime qu'un retour dans son pays d'origine la mènerait droit vers la mort et que sa santé physique et psychologique risque d'en pâtir en raison de l'inaccessibilité des soins. Elle insiste à cet égard sur le fait que les structures sanitaires font cruellement défaut dans son pays d'origine et se base sur plusieurs sites internet (<http://radiookapi.net>, <http://www.msf-azg.be>, <http://www.msf.fr>) pour mettre en évidence un « taux d'accès aux soins de santé en RDC [qui] oscille entre 40 et 50% », le « délabrement des infrastructures sanitaires, construites pour la plupart à l'époque coloniale et peu après l'accession de la RDC à l'indépendance », une situation sanitaire critique, un manque d'investissement dans le système de santé, un manque d'infrastructure et de personnel médical ainsi que le fait que « La quasi-totalité des organismes internationaux de santé estiment que la situation sanitaire au Congo est toujours critique, l'accès aux soins de santé étant limité par manque d'investissement du gouvernement et l'état de guerre qui a duré plus d'une décennie ». Elle précise qu'il s'agit là d'un bilan récent et que la situation reste inchangée.

Elle expose ensuite des considérations théoriques relatives à l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 et à la notion de « traitement adéquat » et soutient qu'il existe un danger grave pour sa vie si elle est privée de son traitement et que sa pathologie constitue une menace directe pour son intégrité physique. Se référant à « larrêt de la Cour constitutionnelle du 13 juin 1997 », elle indique que le risque de subir un mauvais traitement doit s'apprécier par rapport à sa situation dans l'hypothèse où elle retournerait dans son pays d'origine et fait valoir qu'un retour en République Démocratique du Congo (ci-après : R.D.C.) ne lui permettra pas de poursuivre les soins entrepris en Belgique au vu de la situation sanitaire dans ce pays. Elle estime que la partie défenderesse aurait dû examiner les conséquences d'un éloignement compte tenu de la situation générale dans ce pays et des circonstances propres à son cas et soutient « qu'il est indéniable que le fait de priver une personne malade d'un traitement adéquat et de lui générer ainsi de graves souffrances physiques et morales doit être considéré comme un traitement cruel, inhumain et/ou dégradant ». Elle soutient que les circonstances propres à sa situation et celles relatives à la situation générale en R.D.C. démontrent qu'elle se trouve bien dans une situation telle qu'elle encourt un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans son pays d'origine et que sa situation pourrait fortement dégénérer si une prise en charge médicale n'était pas mise en place de manière adéquate. Elle en déduit l'existence manifeste d'un préjudice grave et difficilement réparable en cas de retour en R.D.C et, par conséquent, une violation de l'article 3 de la CEDH.

Elle se réfère ensuite à un arrêt du Conseil et soutient que la conclusion du fonctionnaire médecin quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins est des plus erronées. Elle s'attache ensuite à en démontrer l'inanité.

Elle critique tout d'abord le motif de l'avis médical selon lequel il n'appartient pas à la partie défenderesse de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni d'établir qu'il sont de qualité équivalente à ceux proposés en Belgique, ainsi que celui par lequel le fonctionnaire médecin a estimé que les documents produits ne la visent pas personnellement. Elle estime ces arguments fallacieux pour plusieurs raisons.

Elle soutient tout d'abord que ces motifs vont à contre-courant de la jurisprudence du Conseil d'Etat et se réfère à plusieurs arrêts de cette juridiction selon lesquels « *l'Office des étrangers a pour devoir de rencontrer de manière adéquate et satisfaisante les aspects particuliers de la situation médicale du requérant [...]* », « *Il appartient également à l'Office des étrangers, selon les principes de bonne administration, de statuer en pleine connaissance de cause et, dès lors, de procéder aux investigations nécessaires de manière à être pleinement informé tant de l'état de santé du requérant que des possibilités réelles dont il dispose* » et il appartient à la partie défenderesse « *de s'enquérir de la qualité des soins prodigués dans le pays d'origine pour le traitement de la pathologie en question, au besoin avec l'appui d'un médecin spécialiste, ainsi que de leur accessibilité pour le requérant* ».

Elle poursuit en reprochant à la partie défenderesse de faire référence au système de sécurité sociale en R.D.C. qui paierait une pension aux personnes âgées de plus de 65 ans et fait valoir n'être liée à aucun employeur dans son pays d'origine qui lui permettrait d'être éligible au régime de sécurité sociale. Elle ajoute que le système de sécurité sociale est purement et simplement théorique, elle le qualifie de « purement ornemental » et soutient qu'il ne fonctionne pas en réalité.

Critiquant le motif de l'avis médical relatif à l'existence de mutuelles en R.D.C., elle reproche à la partie défenderesse de ne pas mentionner exactement la qualité des membres de ces mutuelles et leurs formations médicales et de ne pas établir la liste exacte des formations médicales congolaises, leur dénomination, et le descriptif précis de leur matériel médical, des services qu'ils offrent pour montrer que le traitement du requérant est bien disponible et lui est accessible. Elle ajoute que la simple existence de ces mutuelles n'implique pas l'accessibilité et la disponibilité des soins et suivis.

Elle conteste ensuite le motif par lequel le fonctionnaire médecin a estimé qu'elle pouvait s'appuyer sur le soutien de ses huit enfants en qualifiant ce raisonnement de « hautement spécius » dès lors que l'existence d'une progéniture n'induit pas automatiquement la mobilisation des ressources financières pour subvenir aux besoins. Elle estime que l'avis médical n'est pas adéquatement motivé sur ce point.

Elle poursuit en critiquant le motif faisant état des activités du Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM) et relève tout d'abord que l'existence du programme quinquennal du gouvernement « Révolution de la modernité » qui s'est étalé de 2011 à 2016 ne démontre pas que ce programme a créé les structures médicales et les infrastructures nécessaires donnant accès à tous aux soins médicaux. Elle soutient que la réalité sociologique congolaise révèle que l'Etat congolais n'a rien mis en place dans le sens de garantir l'accès à tous aux soins médicaux. Elle fait encore valoir que ledit programme ne viserait que 20 000 bénéficiaires dans un pays de plus de 60 millions d'habitants.

Critiquant le motif par lequel le fonctionnaire médecin se réfère aux activités d'organisations étrangères en R.D.C, elle exprime sa surprise quant à ce motif dès lors qu'il évoque une situation générale des soins de santé primaire et n'aborde pas son cas précis et spécifique. Elle se pose également la question de savoir pourquoi les informations devraient émaner d'une base de données non publique, ce qui contraste avec le devoir de motivation de toute décision.

Elle qualifie ensuite de « brutale et hautement fallacieuse » la conclusion selon laquelle « Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Congo » (Rép. Dém.) ».

Elle poursuit en qualifiant de « curieux » le fait pour le fonctionnaire médecin de se fonder « sur des médecins locaux non autrement identifiés qui ont requis l'anonymat pour prétendue raison de sécurité et sur des institutions qui, en réalité, n'apportent aucune plus value sur la situation sanitaire en République Démocratique du Congo » et reproduit les termes de la note de bas de page n°1 de la page 2 de l'avis médical.

Elle indique, quant à cette note de bas de page, ne pas s'expliquer les raisons pour lesquelles les présumés médecins ont requis l'anonymat et estime que si les soins sont disponibles, ces médecins doivent être à même d'indiquer la localisation géographique et la dénomination exacte de toutes les

formations médicales qui prodiguerait les soins vantés. Elle relève ensuite que ces médecins sont sous contrat et en déduit qu'il reçoivent des sommes d'argent confortable qui leur permettent de subvenir confortablement à leurs besoins à la différence de leurs confrères qui plient sous un salaire de misère rarement payé par l'Etat congolais. Elle y voit la réunion de tous les ingrédients pour que lesdits médecins établissent des rapports de complaisance mensongers sur la disponibilité et l'accès aux soins. Elle estime enfin que cette note contraste avec les attestations médicales qu'établissent maints médecins congolais prestant sur place et qui recommandent leurs patients à des formations médicales belges pour les soins médicaux.

Soutenant que l'avis médical du fonctionnaire n'est pas crédible, elle fait valoir qu'il est difficile de comprendre les raisons pour lesquelles les médecins sous contrat avec la partie défenderesse presterait dans l'anonymat complet, mais avance toutefois l'explication suivante : « leurs rapports sont mensongers. Il s'agit de faux grossiers en écritures dont le but est de porter préjudice aux patients réellement souffrants ».

Elle conclut son argumentation en exposant que les ministres et tous ceux qui fréquentent le sérial présidentiel congolais se rendent dans des pays étrangers pour leurs soins médicaux et en indiquant que « Contrairement à ce qu'elle affirme, la partie adverse qui du reste délivre des visas de séjour à toutes ces personnes connaît parfaitement cette réalité ».

2.3.1. La partie requérante prend un troisième moyen de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

2.3.2. Après avoir exposé de larges considérations théoriques relatives à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, à la procédure d'introduction d'une demande fondée sur cette disposition et aux obligations incombant à la partie défenderesse dans le traitement d'une telle demande, la partie requérante soutient que « la qualité des soins prodigués par les formations médicales congolaises est au rabais au point où l'évacuation pour des raisons sanitaires est devenue la règle pour ceux des congolais financièrement nantis ».

A cet égard, se référant à trois sites internet, elle fait état de la situation de l'opposant congolais Monsieur Etienne Tshisekedi Wa Mulumba atteint de diabète et venu se faire soigner en Belgique en 2014, de la situation de Monsieur J.M.B, 1^{er} ministre des affaires étrangères congolais, mort en Belgique en 2014 alors qu'il y recevait des soins médicaux ainsi que de la situation de T.A.P, ancien ambassadeur de RDC en Belgique, mort en Belgique en 2012 alors qu'il y recevait des soins.

Estimant que ces exemples montrent la déliquescence des établissements hospitaliers en R.D.C., elle formule l'interrogation suivante : « Faut-il que le requérant rangé parmi le petit peuple en paie le prix alors que le droit aux soins médicaux est un droit fondamental de l'homme ? ».

Elle poursuit en soutenant qu'un retour dans son pays d'origine l'exposerait à un risque de conséquence létale certain et en déduit une violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Faisant valoir que la décision attaquée se fonde sur un avis médical des plus complaisants, elle cite un extrait de l'article 9ter précité et soutient que le recours facultatif à l'avis complémentaire d'un expert ne l'exclut pas pour autant et que ce recours est raisonnable pour un médecin qui ignore tout des réalités intra sociétales congolaises et qui ne fait que se fier à un rapport établi par le gouvernement hollandais.

Elle conclut en affirmant que le Conseil devrait « prendre des distances, mieux se méfier des avis médicaux émis par le médecin de l'Office des étrangers qui, manifestement, ne connaît pas du tout la République Démocratique du Congo où les populations vivent dans des conditions infra humaines ».

3. Discussion

3.1.1. Sur les trois moyens réunis, 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.

3.1.2. En l'occurrence, le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin daté du 3 avril 2018, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *canal lombaire étroit L2-L5, et claudication radiculaire* », d' « *HTA; dyslipidémie* » et d' « *hypertrophie prostatique (antécédent de hernie inguinale droit)* ». S'agissant de ces pathologies, le fonctionnaire médecin a estimé que les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour la vie ou l'intégrité physique de la partie requérante ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

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

3.2.1. Ainsi, sur le premier moyen, en ce que la partie requérante reproche au fonctionnaire médecin de ne l'avoir pas invitée à actualiser sa demande avant de prendre sa décision, le Conseil observe que le médecin fonctionnaire a donné un 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, et rappelle que 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 d'informer la partie requérante qu'elle devait mettre à jour sa demande. (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

3.2.2. S'agissant du certificat médical type du 19 avril 2018, dont la partie requérante invoque le contenu en termes de requête, le Conseil observe tout d'abord que le contenu de celui-ci ne diffère pas de celui du certificat médical type établi par le même médecin en date du 7 décembre 2017 et dont il ressort de l'avis médical du 3 avril 2018 qu'il a été pris en considération par le fonctionnaire médecin.

Le Conseil observe en outre que le certificat médical annexé à la requête a été établi postérieurement à la prise et à la notification des actes attaqués en sorte qu'il ne peut être reproché à la partie

défenderesse de n'avoir pas tenu compte d'éléments dont elle n'a pas été informée en temps utiles. A cet égard, 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'en égard aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que le fonctionnaire médecin examinerait la disponibilité et l'accessibilité, au pays d'origine, des soins récemment prescrits à la partie requérante en sorte qu'il lui appartenait d'informer la partie défenderesse de toute modification de son traitement. La partie requérante ne peut, dès lors, reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'informations dont elle s'était gardée de faire valoir la pertinence au regard de sa situation individuelle dans la demande de séjour introduite ou à tout le moins avant la prise de l'acte attaqué.

Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération les éléments susmentionnés en l'espèce.

3.2.3. Le Conseil observe également que l'argumentation par laquelle la partie requérante reproche au médecin fonctionnaire de remettre en cause le diagnostic posé par son médecin traitant manque en fait. Il découle en effet de l'avis médical du 3 avril 2018 que le fonctionnaire médecin a repris le diagnostic posé par le médecin traitant de la partie requérante ainsi que les traitements prescrits par celui-ci sans les remettre en cause. Il n'a pas davantage contesté les conséquences invoquées d'un éventuel arrêt des traitements, mais s'est attaché à démontrer la disponibilité et l'accessibilité de ces traitements dans le pays d'origine de la partie requérante. Ainsi, la conclusion dudit avis médical selon laquelle les pathologies de la partie requérante « *n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant* » est-elle subordonnée au constat selon lequel « *la prise en charge médicale est disponible et accessible au Congo (RDC)* ».

3.2.4. Partant, le premier moyen n'est pas fondé.

3.3. En ce qui concerne le grief - exposé dans les premier et troisième moyen - fait au fonctionnaire médecin de n'avoir pas examiné la partie requérante, le Conseil observe que celui-ci a donné un avis sur la situation médicale de cette dernière, sur base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Il rappelle que 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).

3.4. S'agissant de l'examen de la disponibilité des soins et suivis au pays d'origine de la partie requérante, le Conseil constate que celle-ci reproche principalement à la partie défenderesse de se référer à des informations issues de la base de données « MedCOI ».

3.4.1. En ce qui concerne le contenu de cette base de données, la partie requérante soutient que les médecins locaux y contribuant « *doivent être à même d'indiquer la localisation géographique et les dénominations exactes de toutes ces formations médicales qui prodigueraienr les soins vantés* ». Il ressort cependant de la lecture du dossier administratif que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages de cette base de données consultées. Le Conseil constate ainsi que, par exemple, la requête MedCOI « BMA 8493 » du 4 aout 2016 fait notamment état de la disponibilité d'un suivi par un neurologue, par un urologue, par un médecin spécialiste en « rehabilitation medicine » et par un anesthésiste, en précisant l'adresse des établissements où ceux-ci exercent et s'il s'agit de structures

publiques ou privées. Le même document indique notamment la disponibilité de médicaments tels que « Tramadol » et « morphine » en précisant les adresses des pharmacies dans lesquelles ils sont disponibles. Sur ce point, le Conseil rappelle que si la partie requérante désirait compléter son information quant aux considérations de fait énoncées dans la décision querellée, il lui 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.

3.4.2. En ce que la partie requérante critique le fait que les médecins alimentant la base de données MedCOI le font de manière anonyme et dans les liens d'un contrat, le Conseil observe que ces éléments sont sans aucune pertinence quant à la crédibilité dudit site internet dans la mesure où, comme indiqué en note subpaginale de l'avis du médecin conseil, ce projet est une initiative du service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, qu'il associe 15 partenaires, dont 14 pays européens et l'International Center for Migration Policy Development, et qu'il est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés.

Le Conseil ne peut en effet suivre le raisonnement de la partie requérante consistant à déduire de ces deux éléments que les rapports établis par les médecins établis en R.D.C. seraient « mensongers », constituerait des « rapports de complaisance » ou encore qu'il s'agirait de « faux grossiers en écritures dont le but est de porter préjudice aux patients réellement souffrants ».

Sur ce point, le Conseil constate que la partie requérante se présente comme disposant d'informations quant à l'existence et au fonctionnement d'un système qu'elle décrit comme un système dans lequel les médecins contribuant à la base de données MedCOI seraient engagés dans le but d' « aider à l'expulsion de leurs nationaux des pays étrangers » et n'hésiteraient pas, pour ce faire, à établir de faux rapports avec l'intention de nuire à des personnes souffrant. Le Conseil déplore cependant que la partie requérante s'abstienne de fournir le moindre élément concret de nature à démontrer ses affirmations, affirmations qui, si elles devaient être établies, se révèleraient être des révélations revêtant la plus haute importance. En se fondant sur des déductions douteuses et en se référant à des « attestations médicales qu'établissent maints médecins congolais prestant sur place en République Démocratique du Congo » qu'elle s'abstient de produire, il s'impose de constater que la partie requérante n'établit nullement la réalité des allégations par lesquelles elle remet en cause l'intégrité de médecins établis en R.D.C. et porte de graves accusations à l'encontre du projet MedCOI et de ceux qui y participent en leur prêtant des intentions malveillantes.

Enfin, à supposer établie l'affirmation selon laquelle les « ministres et tous ceux qui fréquentent le sérial présidentiel congolais se rendent dans des pays étrangers pour leurs soins médicaux », le Conseil n'aperçoit pas en quoi cette circonstance démontrerait que les traitements requis en l'espèce par la partie requérante ne seraient pas disponibles ou accessibles. Le Conseil observe également que la partie requérante ne soutient pas que les personnes qu'elle désigne seraient les seules personnes d'origine congolaise à bénéficier d'autorisations de séjour fondées sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.5.1. S'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins opéré par la partie défenderesse, le Conseil rappelle tout d'abord que, contrairement à ce que soutient la partie requérante, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement que le traitement et le suivi médical requis soient de niveau équivalent au pays d'origine et en Belgique, il suffit qu'un traitement et un suivi approprié soient possibles au pays d'origine.

Le Conseil rappelle également que la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après : la Cour EDH) a précisé, dans son arrêt du 13 décembre 2016 rendu dans l'affaire « Paposhvili c. Belgique », qu' « [...] en cas d'éloignement de personnes gravement malades, le fait qui provoque le traitement inhumain et dégradant et engage la responsabilité de l'État de renvoi au regard de l'article 3, n'est pas le manquement par l'État de destination à disposer d'infrastructures médicales. N'est pas davantage en cause une quelconque obligation pour l'État de renvoi de pallier les disparités entre son système de soins et le niveau de traitement existant dans l'État de destination, en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. La responsabilité sur le terrain de la Convention qui se trouve engagée dans des cas de ce genre est celle de l'État de renvoi du chef d'un acte, en l'occurrence l'expulsion, qui aurait pour résultat d'exposer quelqu'un à un risque de traitement prohibé par l'article 3.(§192) ».

Le Conseil constate ensuite que, contrairement à ce que semble affirmer la partie requérante, le fonctionnaire médecin a examiné les circonstances propres à la situation de celle-ci ainsi que celles relatives à la situation générale en R.D.C portées à sa connaissance afin d'établir l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la partie requérante.

A cet égard, 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).

3.5.2. Ainsi, en ce que la partie requérante invoque des informations issues de trois sites internet, le Conseil observe que celle-ci reproduit mot pour mot, dans sa requête, les termes de sa demande d'autorisation de séjour. Or, il y a lieu de constater que cette argumentation a été prise en considération par le fonctionnaire médecin dans son avis médical du 3 avril 2018, celui-ci ayant considéré ce qui suit :

« L'intéressé cite différents documents extraits de sites Web en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine. Rappelons d'emblée que l'article 9ter prévoit 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 ». Soulignons aussi qu'il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Il appartenait donc au requérant de fournir ces documents (ou à tout le moins les pages nécessaires) avec sa requête pour que l'administration de l'Office des Etrangers soit dans sa capacité de les consulter et de vérifier la véracité des informations citées.

Notons cependant que les éléments évoqués (faible taux d'accès aux soins, situation sanitaire critique, manque d'infrastructures et de personnel qualifié) ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, celui-ci se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant en RDC. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009) ».

Outre le fait que la partie défenderesse a valablement pu constater que les informations invoquées décrivent une situation générale, le Conseil constate quant à ce que la partie requérante ne conteste pas cette motivation, mais se borne à prendre le contre-pied de la décision querellée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis, 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.

Ainsi, à l'instar la partie défenderesse, le Conseil observe que la partie requérante se limite, dans sa demande, à évoquer l'ensemble de ces éléments en des termes généraux et reste en défaut d'indiquer et *a fortiori*, de démontrer concrètement en quoi sa situation personnelle serait affectée par ces circonstances.

3.5.3. En ce que la partie requérante conteste le motif par lequel le fonctionnaire médecin estime que « la R.D.C. propose un système de sécurité sociale prévoyant une pension pour les personnes âgées, de plus de 65 ans (pour les hommes) » et que « Rien n'indique que le requérant n'entrerait pas dans les conditions pour bénéficier de cette pension et pourrait ainsi, subvenir à ses besoins », le Conseil observe qu'elle se contente de soutenir n'être liée à aucun employeur en R.D.C. qui la rendrait « éligible au régime de sécurité sociale ». La partie requérante reste cependant en défaut de démontrer la nécessité de disposer d'un contrat de travail afin de bénéficier de la pension décrite par le fonctionnaire médecin dans son avis. L'affirmation selon laquelle le « système de sécurité sociale est purement et simplement théorique » et serait « un système ornemental qui ne fonctionne pas en réalité » n'est pas davantage étayée.

3.5.4. S'agissant de l'existence de mutuelles de santé en R.D.C., le fonctionnaire médecin a indiqué ce qui suit : « Par ailleurs, il existe en R.D.C. plusieurs mutuelles de santé permettant d'obtenir des soins médicaux à prix réduit par le paiement d'une cotisation. Des assurances privées existent également: plusieurs groupements du genre existent actuellement au Congo (plus ou moins 200) ».

Le Conseil constate d'une part que la partie requérante ne conteste ni l'existence de ces mutuelles ni le fait qu'elle pourrait y avoir accès en cas de retour dans son pays d'origine, mais se contente d'affirmer que leur existence n'établit pas l'accessibilité et la disponibilité des soins. Il convient toutefois de constater que ledit motif n'a nullement pour objet d'établir la disponibilité des soins. Quant à leur accessibilité, le fonctionnaire médecin, par ce motif, entend établir que ces mutuelles permettent « *d'obtenir des soins médicaux à prix réduit* », ce que la partie requérante ne conteste pas.

Le Conseil ne perçoit, d'autre part, pas la pertinence de l'argumentation par laquelle la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas mentionner « *la qualité des membres de ces mutuelles et les formations médicales qui leur assurerait des soins adéquats* ». Outre le caractère nébuleux d'une telle affirmation, le Conseil relève que la partie requérante reste en défaut d'indiquer en quoi le défaut de ces mentions serait de nature à invalider le motif reproduit ci-dessus.

3.5.5. Le Conseil constate également que la partie requérante reproduit et conteste, dans sa requête, un motif ne figurant ni dans le premier acte attaqué ni dans l'avis médical du 3 avril 2018. Les griefs formulés à l'encontre du « programme quinquennal du gouvernement « Révolution de la modernité » qui s'est étalé de 2011 à 2016 » sont, par conséquent, sans objet.

En outre, dans la mesure où il découle de la lecture de la requête que la référence audit programme quinquennal constitue l'unique critique relative au Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM), le Conseil constate que la partie requérante ne conteste nullement le motif de l'avis médical du 3 avril 2018 selon lequel elle « *peut également s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins avec un bon rapport qualité/prix* ».

En tout état de cause et à titre surabondant, le Conseil observe que l'argumentation de la partie requérante se fonde sur l'affirmation selon laquelle « *la réalité sociologique congolaise révèle que l'Etat congolais n'a rien mis en place dans le sens de garantir à tous l'accès aux soins médicaux* » qui n'est étayée par aucun élément concret mais constitue une simple allégation.

3.5.6. La partie requérante conteste en outre le motif selon lequel « *De nombreuses organisations [...] sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé* » en exprimant sa surprise et en relevant qu'il « *évoque une situation générale des soins de santé primaires et n'aborde nullement [son] cas précis* ».

Le Conseil ne perçoit cependant pas l'intérêt de la partie requérante à son argumentation dès lors que celle-ci ne prétend nullement qu'elle ne pourrait bénéficier de l'intervention desdites organisations internationales en cas de retour vers son pays d'origine. Il ne ressort pas davantage de la demande visée au point 1.2. du présent arrêt que celle-ci aurait invoqué ne pas pouvoir en bénéficier. Dans cette mesure, la partie requérante ne démontre pas que le motif contesté ne concerne pas sa situation.

Le Conseil constate enfin que ce motif n'est nullement fondé sur une base de données non publique, mais est étayé par les références suivantes : « CARITAS-CONGO ASBL, <http://www.caritasdev.cd/v3/index.php/caritas> », « Organisation mondiale de la Santé, Stratégies de Coopération avec les pays 2009-2013 : Rép. Dém. Congo » et « Enabel, <https://www.enabel.be/fr/content/que-fait-enabel-en-rd-congo> ».

3.5.7. Il découle de ce qui précède que la partie requérante ne formule aucune contestation utile quant aux motifs par lesquels le fonctionnaire médecin s'est prononcé quant aux sources invoquées par la partie requérante, a estimé que celle-ci pouvait faire appel à des mutuelles de santé, qu'elle pouvait s'adresser à différentes organisations (Caritas, OMS, Enabel, BDOM) et pouvait bénéficier d'une pension pour personne âgée de plus de 65 ans. Il s'ensuit que le motif selon lequel elle pourrait faire appel à l'aide de sa famille présente un caractère surabondant. Les observations formulées à son sujet ne sont donc pas de nature à entraîner une annulation du premier acte attaqué.

3.5.8. Quant à l'argumentation par laquelle la partie requérante affirme que « *la qualité des soins prodigués par les formations médicales congolaises est au rabais au point où l'évacuation pour des raisons sanitaires est devenue la règle pour ceux des congolais financièrement nantis* », outre le fait

qu'elle est invoquée pour la première fois en termes de requête, n'est fondée que sur trois exemples d'homme politique congolais venus se faire soigner en Belgique en 2012 et 2014.

La partie requérante estime que ces trois exemples « *montrent la déliquescence des établissements hospitaliers en RDC* ». Un tel raisonnement ne peut toutefois être suivi dès lors qu'il ne permet pas de comprendre les raisons qui poussent la partie requérante à tirer une telle conclusion quant à l'état des établissements de soins en R.D.C. en partant du constat que trois hommes politiques ont été soignés en Belgique. Ce raisonnement, par son caractère incomplet, relève tout au plus du paralogisme.

3.5.9. S'agissant, enfin, du grief transversal par lequel la partie requérante reproche à la partie défenderesse son manque de connaissance des « réalités intra sociétales congolaises », le Conseil ne peut que constater que ni le contenu de la demande d'autorisation de séjour ni celui de la requête introductory d'instance ne permettent d'établir que les informations sur lesquelles s'est fondée la partie défenderesse ne reflèteraient pas la réalité de la situation prévalant en R.D.C.. À cet égard le Conseil relève que la partie requérante se limite, tout au long de sa requête, à des affirmations péremptoires nullement étayées.

3.5.10. Par conséquent, dans la mesure où la partie requérante déduit une violation de l'article 3 de la CEDH de l'interruption de son traitement en cas de retour dans son pays d'origine et où il découle de ce qui précède que la partie défenderesse a procédé à un examen – non utilement contesté – de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements nécessaires à la partie requérante dans son pays d'origine, il ne peut être conclu à la violation de cette disposition .

3.6. Au vu de l'ensemble des éléments qui précédent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

3.7. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la partie requérante, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constituent le deuxième acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que la parties requérante n'expose ni ne développe aucun moyen pertinent à son encontre.

Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que, d'autre part, la motivation du deuxième acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

4. Débats succincts

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

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

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

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

Mme B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT B. VERDICKT