

Arrêt

n° 248 873 du 10 février 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. DESWAEF
Rue du Congrès, 49
1000 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 PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 2 octobre 2020, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.),
tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant recevable mais non fondée une
demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 9 juillet 2020.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 15 octobre 2020 avec la référence X

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 2 décembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 6 janvier 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me A. DESWAEF, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et
Me P. HUYBRECHTS *loco* 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 Le 21 février 2019, le requérant a introduit, auprès de l'ambassade de Belgique à Kinshasa, une
demande visa court séjour. Le 26 juin 2019, le visa sollicité a été octroyé.

1.2 Le 1^{er} avril 2019, le requérant a été mis en possession d'une déclaration d'arrivée (annexe 3),
valable jusqu'au 30 mai 2019. Le 7 juin 2019, la partie défenderesse a prolongé la durée de son visa
jusqu'au 27 août 2019.

1.3 Le 25 septembre 2019, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant.

1.4 Le 2 janvier 2020, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.5 Le 9 juillet 2020, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour de la demande visée au point 1.4 et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 2 septembre 2020, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour (ci-après : la première décision attaquée) :

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

Le requérant invoque à l'appui de sa demande de régularisation de plus de trois mois, des problèmes de santé pour lesquels des soins médicaux seraient nécessaires en Belgique.

Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 06.07.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine le Congo.

Dès lors,

1) il n'apparaît pas 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

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

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : la seconde décision attaquée) :

« 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 :

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. Le requérant n'est pas en possession [sic] d'un visa valable ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : la CEDH), des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), du « principe général de bonne administration, en particulier du devoir de minutie et de l'erreur manifeste d'appréciation », ainsi que des « enseignements tirés des arrêts rendus par le CCE, notamment l'arrêt n°211.356 du 23.10.2018, l'arrêt n°218.231 du 14.03.2019, l'arrêt n°218.233 du 14.03.2019, l'arrêt n°219.170 du 29.03.2019, l'arrêt n°239.123 du 29.07.2020 et l'arrêt n°239.256 du 30.07.2020 ».

Après des considérations théoriques sous un point « 1. Sur le droit applicable et les principes en cause », elle fait valoir, sous un point « 2. Application au cas d'espèce des dispositions visées au moyen », dans une première branche, que « [l']avis du médecin-conseil, auquel se réfère la décision querellée du 9.07.2020, mentionne toute une série de réponses à des requêtes MEDCOI pour

démontrer que les soins nécessaires pour soigner les pathologies du requérant sont disponibles en RDC. Le médecin-conseil précise que ces « références citées dans les rapports médicaux de MedCOI le sont uniquement au titre d'exemples prouvant la disponibilité de l'objet de la requête dans le pays concerné et ne sont pas limitatives, il ne peut donc en aucun cas être déduit que la disponibilité soit limitée à ces seules références ». Ainsi, en ce qui concerne l'examen de la disponibilité des soins nécessaires pour traiter les pathologies dont souffre le requérant, le médecin-conseil fonde son constat uniquement sur des informations provenant de la base de données non publique MedCOI. Le médecin-conseil a joint des tableaux reprenant des informations provenant de ces données non publique MEDCOI ». Elle fait des considérations théoriques sur l'obligation de motivation et poursuit : « [c]e même raisonnement prévaut en l'espèce. La décision de refus d'autorisation de séjour pour raisons médicales fait état d'une motivation par double référence : d'une part, cette décision fonde sa motivation sur l'avis du médecin-conseil de [la partie défenderesse], et, d'autre part, cet avis du médecin-conseil se fonde sur des données MedCOI non publiques.

Pour démontrer la disponibilité des soins nécessaires pour soigner les pathologies du requérant en RDC, le médecin-conseil mentionne ceci :

- Les consultations de néphrologie sont disponibles au Congo (cf. BMA-12143) ;
- L'hémodialyse est disponible au Congo (cf. BMA-12143) ;
- Amlodipine est disponible au Congo (cf. BMA-13175) ;
- Irbesartan est disponible au Congo (cf. BMA-11918) ;
- L'acide acétylsalicylique est disponible au Congo (cf. BMA-12893) ;
- Rosuvastatine est disponible au Congo (cf. BMA-13175) ;
- Carbonate de calcium est disponible au Congo (cf. BMA-11328) ;
- Epoétine B est disponible au Congo (cf. BMA-13531) ;
- Fer IV est disponible au Congo (cf. BMA-13531).

Le médecin-conseil a cependant joint les réponses à ces requêtes MedCOI dans son avis médical. Ces réponses sont formalisées dans un tableau renseignant les informations suivantes lorsqu'elles portent sur le suivi médical : « Required treatment according to case description », « Availability », « Example of facility where treatment is available ». En ce qui concerne les informations portant sur le traitement médicamenteux, celle-ci sont répertoriée dans un tableau comportant les points suivants : « Medication », « Medication Group », « Type », « Availability ».

Les réponses aux requêtes MedCOI sont établies comme suit :

- « Requête MedCOI du 6/07/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11328, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Congo et qui confirme la disponibilité de Carbonate de calcium :

Medication	Calcium carbonate
Medication group	Calcium and phosphate metabolism : calcium suppletion
Type	Current medication
Availability	available

- Requête MedCOI du 3/01/2019 portant le numéro de référence unique BMA-11918, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Congo et qui confirme la disponibilité de Irbesartan :

Medication	Ibersartan
Medication group	Cardiology : anti-hypertension; angiotensine 2 antagonist
Type	Alternative medication
Availability	Available

- Requête MedCOI du 12/03/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12143, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Congo et qui confirme la disponibilité de consultations de néphrologie et de l'hémodialyse :

Required treatment according to case description	Nephrology : chronic hemodialys [sic]
Availability	Available
Required treatment according to case description	Outpatient treatment and follow up by a nephrologist
Availability	Available

Requête MedCOI du 8/11/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12893, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Congo et qui confirme la disponibilité de l'acide acétysalicylique [sic]:

Medication	Acetylsalicylic acid (Aspirin)
Medication group	Cardiology : anti-blood clotting; antiplatelet aggregation
Type	current Medication
Availability	Available

• Requête MedCOI du 13/01/2020 portant le numéro de référence unique BMA-13175, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Congo et qui confirme la disponibilité de l'Amlodipine et Rosuvastatine :

Medication	Amlodipine
Medication group	Cardiology : anti-hypertension; calcium antagonist
Type	Alternative medication
Availability	Available
Medication	Rosuvastatin
Medication group	Cardiology: Lipid modifying/ cholesterol inhibitors
Type	Alternative Medication
Availability	Available

• Requête MedCOI du 28/04/2020 portant le numéro de référence unique BMA-13531, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Congo et qui confirme la disponibilité de Epotéine B et du Fer IV:

Medication	Ferrioxodesaccharate (ferric saccharate-intravenous iron) - Venofer
Medication group	Hematology : against anemia; iron deficiency
Type	Alternative medication
Availability	Available
Medication	Epoetin beta
Medication group	Nephrology : hematopoietic growth factor; for anemia due to renal problems
Type	Alternative Medication
Availability	Available

Il ne s'agit-là ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le médecin conseil de la partie adverse a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI précitées... Dans le cas où [le] [C]onseil devait juger que ces tableaux consistent en la « reproduction d'extraits », il y a lieu de relever que ces tableaux ne permettent, dans tous les cas, aucunement au requérant de comprendre les raisons pour lesquelles ce médecin a considéré que ces informations démontraient la disponibilité des suivies [sic] médicaux et traitements médicamenteux requis en RDC. Le 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 au requérant qui n'a aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester. Par conséquent, cette motivation par référence ne respecte pas la condition selon laquelle le document auquel se réfère l'acte administratif doit lui-même être pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991. Partant, conformément aux enseignements tirés de l'arrêt n°211.356 du 23.10.2018, de l'arrêt n°218.231 du 14.03.2019, de l'arrêt n°218.233 du 14.03.2019 et de l'arrêt n°219.170 du 29.03.2019, tous rendus par [le] [C]onseil, la motivation par double référence de la décision de refus d'autorisation de séjour pour raisons médicales prise le 3.04.2019 [sic] n'est pas conforme aux exigences de la loi du 29.07.1991. Partant, les décisions querellées doivent être annulées ».

2.2 Dans une deuxième branche, elle estime que « [l]e certificat médical circonstancié du Dr [C.] atteste à suffisance de droit que le requérant souffre de pathologies telles qu'elles entraînent des conséquences fatales en cas d'arrêt d'hémodialyse ou une survie globale diminuée en cas d'absence de transplantation rénale [...]. La décision querellée du 9.07.2020, se fondant sur l'avis du médecin-conseil du 6.07.2020, énonce que les soins nécessaires pour traiter les pathologies du requérant sont

disponibles en RDC. La motivation en termes de disponibilité des soins de santé nécessaires pour soigner les pathologies du requérant se fonde uniquement sur les requêtes MedCOI. Or, dans sa demande de régularisation pour raison médicales, le requérant avait démontré que ces soins n'étaient, au contraire, pas disponibles en RDC.

[citation *in extenso* des points A.1) Indisponibilité des soins de santé de manière générale en République Démocratique du Congo et A.2) Indisponibilité des centres de dialyse et absence de la pratique de greffer rénale en République Démocratique du Congo de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4]

Le Professeur [N.], chef du service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale de l'hôpital Erasme ainsi que médecin du requérant, confirme que : « imposer un retour forcé du patient dans son pays d'origine eut rainerait une détérioration majeure de son état vu les conditions sanitaires et socio-économiques déplorables des programmes de dialyse au Congo. sans oublier une mise en quarantaine obligatoire au péril de sa vie » (nous soulignons) [...]. Au vu des éléments précités, en cas de retour en RDC, [le requérant] ne pourra pas bénéficier d'un traitement en dialyse adéquat - même le centre de dialyse le plus moderne du pays ne fonctionne pas régulièrement. Il ne pourra pas, en outre, bénéficier d'une greffe rénale — ou, le cas échéant, d'un suivi post-greffe rénale adéquat. A vu de ces informations objectives précitées, les soins nécessaires pour traiter l'insuffisance rénale terminale [du requérant] ne sont pas disponibles en République Démocratique du Congo. Au vu de ces éléments, la décision querellée du 9.07.2020, fondée sur l'avis du médecin-conseil du 6.07.2020, est fondée sur une erreur manifeste d'appréciation dès lors que le traitement en dialyse n'est de toute évidence pas disponible en RDC. Si la partie adverse avait respecté le devoir de minutie et donc recueilli toutes les données utiles de l'espèce et les avait examinées soigneusement, elle n'aurait pu parvenir à un autre constat que celui précité. Le non-respect du devoir de minutie a entraîné la commission d'une erreur manifeste d'appréciation et, partant, un défaut de motivation. Ce défaut de motivation est d'autant plus grave que le requérant avait démontré, dans sa demande de régularisation, que le traitement en dialyse n'était pas disponible au Cameroun [sic]. La requérante [sic] a, pour appuyer ce constat, déposé une série de documents. Or, [la partie défenderesse], ainsi que l'avis du médecin conseil sur lequel [elle] se base, ne répond à aucun des arguments avancés par la requérante [sic] à cet égard. Ce faisant, la partie adverse a violé le principe général de bonne administration qu'est le devoir de minutie, l'article 9^{ter} et 62 de la loi du 15.12.1980, et les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 ».

2.3 Dans une troisième branche, elle soutient que « [b]ien que le traitement nécessaire au requérant ne soit pas disponible en RDC et que la décision querellée doit, pour ce seul motif, être annulée, nous tenons à démontrer que, dans tous les cas, le requérant n'aurait pas accès aux soins dans son pays d'origine. La partie adverse ne conteste pas ni la réalité ni la gravité de la pathologie invoquée. La discussion porte essentiellement sur l'absence ou non de traitement adéquat dans le pays d'origine du requérant, à savoir en RDC, conformément aux dispositions de l'article 9 *ter* la loi du 15 décembre 1980 tel que modifié. Le requérant conteste clairement l'accessibilité prétendue des soins adéquats en RDC telles que rapportées dans la décision querellée. En premier lieu, le requérant rappelle que la décision contestée ne répond en rien aux arguments et rapports sur la situation médicale en RDC tels que détaillés dans les [sic] demandes d'autorisation de séjour complétées. En outre, il souligne que la motivation de la décision contestée sur le plan médical est une motivation qui apparaît très générale et théorique. Il en résulte que la partie adverse n'a pas personnalisé l'examen fait de la demande de santé et de l'accès aux soins en cas de retour, ce qui est contraire aux textes en vigueur (traitement adéquat, risque réel). Or, chaque affirmation du médecin de [la partie défenderesse] en termes d'accessibilité aux soins de santé en RDC est en totale contradiction avec les éléments invoqués et étayés par le requérant dans sa demande de régularisation. Pour rappel, il ressort de la demande d'autorisation de séjour du requérant que les mutuelles de santé à but non-lucratif en RDC ne couvrent que 0,7 % de la population. Selon un rapport de l'OSAR, en RDC, il n'y a pas de compagnie d'assurance maladie publique ni de mutuelle de santé qui prendrait en charge les soins de santé. « La seule compagnie d'assurance maladie existante dans le pays, la SONAS (Société Nationale d'Assurance) est privée et payante et elle n'est pas accessible à la majorité de la population. Le système de sécurité sociale assure, quant à lui, une protection uniquement aux personnes employées dans le secteur officiel du marché de l'emploi, qui est très réduit (uniquement le 2,8 % du marché se fait dans l'économie dite formelle): la majorité de la population n'a donc pas accès à ce système. Il n'existe pas non plus dans le pays d'assistance financière spécifique pour les personnes de retour de l'étranger. Les coûts des soins de santé, des médicaments, des traitements, des aliments, du linge de lit, ainsi que le paiement de suppléments au personnel sanitaire, sont donc exclusivement à la charge du patient ou de sa famille. Par conséquent,

l'accès aux traitements est très limité ». Ainsi, la motivation de la décision querellée n'est pas adéquate en ce qu'elle ne répond pas aux éléments invoqués par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour et qu'elle invoque, en outre, des informations générales ne permettant aucunement de démontrer que le requérant aurait effectivement accès aux soins de santé nécessaires pour soigner ses pathologies. Ce faisant, la partie adverse a violé le principe général de bonne administration qu'est le devoir de minutie, l'article 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980, et les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991. Partant, les décisions querellées doivent être annulées ».

2.4 Dans une quatrième branche, elle allègue que « [l]e requérant invoque, en tout état de cause, également un risque de violation des articles 3 CEDH et 2 CEDH[.] Au vu des éléments précités, les soins de santé en RDC sont plus qu'insuffisants pour permettre au requérant de faire l'objet d'un traitement en dialyse et d'une transplantation rénale. En effet, le mauvais accès aux soins de santé en RDC, l'impossibilité de traiter une insuffisance rénale terminale, et l'absence de couverture sociale ne laissent aucun doute sur la difficulté que rencontrera le requérant dans le suivi de ses traitements. Le requérant se trouve donc dans l'impossibilité totale de quitter la Belgique. Non seulement les soins de santé nécessaires pour le requérant ne sont pas disponibles en RDC, mais les soins de santé ne sont, en outre, pas accessibles au requérant vu son profil particulier. Ainsi, un renvoi du requérant vers la RDC ne pourra se faire sans qu'il soit porté atteinte à sa vie ou à son intégrité physique ou qu'elle [sic] subisse un traitement inhumain ou dégradant ce qui contreviendrait aux articles 3 et 2 de la CEDH, visés au moyen. Il apparaît ainsi que toutes les conditions sont réunies pour que le requérant puisse bénéficier d'une autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ».

3. Discussion

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

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

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 septembre 2006), ayant inséré l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement

« appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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

3.2.1 En l'espèce, la motivation de la première décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 6 juillet 2020, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'« *[i]nsuffisance rénale chronique terminale sur néphroangiosclérose hypertensive traitée par hémodialyse* », d'« *[h]ypertension artérielle* » et d'« *[h]ypertrophie bénigne de la prostate non traitée* », pathologies pour lesquelles le traitement médicamenteux et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé d'« *Amlodipine (= dénomination [sic] commune internationale)* », d'« *lbersartan (= dénomination [sic] commune internationale)* », d'« *Asaflow® (= acide acétylsalicylique)* », de « *Crestor® (= rosuvastatine)* », de « *[c]arbonate de calcium (= dénomination commune internationale)* », de « *Mircera® (epoestine β)* » et de « *[f]er IV (= dénomination commune internationale)* ». Il indique également que le requérant a besoin d'« *[h]émodialyse* ».

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

3.2.2 Sur la première branche du moyen unique, 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 P. JADOUL et S. VAN DROOGHENBROUCK (coord.), *La motivation formelle des actes administratifs*, Bruxelles, La Charte, 2005, p. 44-45). 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., 2 octobre 2001, n° 99.353 ; C.E., 13 septembre 2007, n° 174.443 ; C.E., 25 juin 2009, n° 194.672 ; C.E., 21 octobre 2014, n° 228.829 ; C.E., 19 mars 2015, n° 230.579 ; C.E., 23 juin 2016, n° 235.212 ; C.E., 15 septembre 2016, n° 235.763 ; C.E., 14 mars 2017, n° 237.643 ; C.E., 27 octobre 2017, n° 239.682).

Le Conseil estime, en l'espèce, 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 du traitement médicamenteux et du suivi médical en RDC. En effet, le Conseil constate que pour démontrer cette disponibilité, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse s'est basé sur des informations tirées de la banque de données MedCOI versées au dossier administratif qui révèlent la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical. De plus, le fonctionnaire médecin a, dans son avis, reproduit les extraits des éléments des requêtes MedCOI permettant de démontrer ladite disponibilité. Le Conseil constate dès lors qu'il ne peut être considéré que le contenu du document auquel il est fait référence, à savoir les requêtes MedCOI, ne serait pas connu du requérant. Par ailleurs, la partie requérante n'explique pas en quoi les deux autres conditions que doit remplir une motivation par référence valable ne seraient pas remplies.

Dès lors, contrairement à ce que la partie requérante prétend en termes de requête, l'avis du fonctionnaire médecin permet de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical en RDC. Cette motivation quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical en RDC doit dès lors être considérée comme suffisante et adéquate.

3.2.3 Le Conseil estime que la deuxième branche du moyen unique n'est pas fondée.

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

Ensuite, en ce qui concerne les ruptures de stock mentionnées dans la demande d'autorisation de séjour du requérant, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a précisé que « *Le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné » (CCE n°57372 du 04.03.2011). De plus il ressort des articles fournis par le requérant lui-même que le professeur Nazaire Nseka, médecin directeur d'un centre de dialyse a dit "cette carence n'est que provisoire, elle sera décantée d'ici là" ».* Or, la partie requérante ne critique nullement ce motif.

De plus, le certificat médical destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers, établi par le docteur [A.-L.C.] le 23 octobre 2019, indique sous la rubrique « B/ Diagnostic : description détaillée de la nature et du degré de gravité des affections sur base desquelles la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'[a]rticle 9^{ter} est introduite » « Patient éligible pour une transplantation rénale » et sous la rubrique « C/ Traitement actuel et date du début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B [-] Durée prévue du traitement nécessaire » « Indéterminée (Durée d'attente pour la greffe rénale cadavérique indéterminée) ».

À ce sujet, le fonctionnaire médecin a précisé que « *Notons ici au sujet de l'éligibilité pour une greffe rénale dont parle le médecin certificateur ne concerne que l'aspect médical ; en effet, du point de vue administratif, le requérant ne dispose pas de la nationalité de l'un des pays faisant partie d'Eurotransplant »* et que « *Notons ici que l'hémodialyse est LE traitement adéquat de l'insuffisance rénale terminale ; elle peut sans aucun problème médical se poursuivre sur des années à condition d'un suivi correct par un néphrologue, ce qui est tout à fait réalisable au Congo. La greffe rénale est un autre traitement qui, il est vrai, rend une certaine autonomie au patient, mais le soumet aussi aux effets secondaires des médicaments immunosuppresseurs qui peuvent être redoutables !* ». Le Conseil constate que la partie requérante ne critique pas ces motifs.

Enfin, s'agissant de l'attestation médicale établie le 1^{er} octobre 2020 par le docteur [J.N.], qui reprend le parcours médical du requérant en RDC et notamment le fait qu'à son arrivée en Belgique, le 1^{er} mars

2019, « l'état clinique [du requérant] était très précaire, le patient étant sous-dialysé dans le pays d'origine (seulement 2 séances par semaine) via une voie d'accès infectée ayant occasionné un état septique sévère et ayant dû être ôtée avant son départ du Congo », le Conseil constate que cet élément est invoqué pour la première fois en termes de requête.

Il rappelle que les éléments qui n'avaient pas été invoqués par la partie requérante en temps utile, c'est-à-dire avant que l'autorité administrative ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris » (en ce sens, notamment : C.E., 23 septembre 2002, n° 110.548).

Par ailleurs, il rappelle que le fait d'apporter de nouveaux éléments dans une requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de nouveaux éléments qui sont pour la première fois invoqués dans la requête 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 : C.E., 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 9^{ter}, § 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 la demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de la situation du requérant, que celui-ci peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays, et qu'elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'une information dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de la situation individuelle de celui-ci, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou, à tout le moins, avant la prise des décisions attaquées. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération les éléments susmentionnés en l'espèce.

3.2.4 Sur la troisième branche du moyen unique, qui concerne l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaire au requérant, le Conseil estime que les critiques de la partie requérante ne sont pas fondées.

Tout d'abord, le Conseil observe que la partie requérante prétend que « la décision ne répond en rien aux arguments et rapports sur la situation médicale en RDC tels que détaillés dans les [sic] demandes d'autorisation de séjour complétées ». Or, à la lecture du rapport du fonctionnaire médecin, cette affirmation ne se vérifie nullement dans les faits. En effet, ce dernier a précisé qu'« Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Congo, le conseil de l'intéressé joint à la demande plusieurs documents repris dans l'annexe des pièces de la demande de la pièce n°5 au n° 13.

À la lecture de ces rapports/articles, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au manque de financement, à la faible accessibilité géographique, à la pauvreté, au coût des médicaments/soins, à l'instabilité politique, économique et sécuritaire dans l'est du pays...

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant. (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En outre l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

En effet, un manque d'infrastructures adaptées, l'absence de qualité des soins ou un manque de financement ne suffisent pas à démontrer une inaccessibilité des soins. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable au requérant.

Le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné » (CCE n°57372 du

04.03.2011). De plus il ressort des articles fournis par le requérant lui-même que le professeur Nazaire Nseka, médecin directeur d'un centre de dialyse a dit « cette carence n'est que provisoire, elle sera décaignée d'ici là ».

Notons que l'intéressé a obtenu un Visa Schengen auprès de notre ambassade à Kinshasa le 25.02.2019. Il ressort de sa demande de visa que le requérant est prêtre dans la congrégation religieuse de Scheut et que celui qui s'est porté comme garant est le Président du Conseil d'Administration. Afin de démontrer les moyens financiers des missionnaires de Scheut il a fourni une attestation KBC et relevé de compte, solde au 02.01.2019 : 207179€. Le requérant apporte également différents documents pour l'estimation des frais en Belgique : pour un total de 51170€, et une avance payée de 7675€.

Dès lors, il est raisonnable de penser que si le requérant retourne au Congo, sa congrégation dispose de suffisamment de moyens pour lui venir en aide sur le plan financier ainsi que le logement.

Un article d'IPS nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisations sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles données en exemple sont de l'ordre de 4,5 dollars.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts.

Afin de mieux réglementer le système de mutuelles, la loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité» a été promulguée le 9 février 2017 . Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. Il prévoit la prise en charge des soins médicaux par la méthode du tiers payant ou par l'assurance directe dans les établissements de soins des mutuelles. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

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, elle 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 et 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.

Notons que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Il n'en reste pas moins que l'intéressé peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rép. dém.). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume-Uni du 02 mai 1997, §38) ».

Ensuite, la partie requérante n'établit pas en quoi la réponse opérée par la partie défenderesse ne serait pas suffisamment individualisée à la situation du requérant. En effet, la seule circonstance que les informations issues des rapports généraux et/ou sites internet que le requérant a fait valoir, à l'appui de sa demande, soient différentes de celles émanant des informations dont la partie défenderesse fait état, ne suffit pas pour conclure, ainsi que le fait la partie requérante, que la partie défenderesse aurait omis de prendre en considération l'ensemble des éléments portés à sa connaissance, et violé les dispositions et principes invoqués à l'appui du moyen.

Enfin, les critiques opérées par la partie requérante à l'encontre des mutuelles de santé doivent être lues en parallèle avec la présence en RDC du BDOM, le requérant pouvant s'y adresser s'il « *est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées* », motif que la partie requérante ne critique pas. Il en va de même en ce qui concerne le motif selon lequel « *Notons que l'intéressé a obtenu un Visa Schengen auprès de notre ambassade à Kinshasa le 25.02.2019. Il ressort de sa demande de visa que le requérant est prêtre dans la congrégation religieuse de Scheut et que celui qui s'est porté comme garant est le Président du Conseil d'Administration. Afin de démontrer les moyens financiers des missionnaires de Scheut il a fourni une attestation KBC et relevé de compte, solde au 02.01.2019 : 207179€. Le requérant apporte également différents documents pour l'estimation des frais en Belgique : pour un total de 51170€, et une avance payée de 7675€. Dès lors, il est raisonnable de penser que si le requérant retourne au Congo, sa congrégation dispose de suffisamment de moyens pour lui venir en aide sur le plan financier ainsi que le logement* ».

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

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

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

Enfin, quant à la violation, alléguée, de l'article 2 de la CEDH, force est de constater qu'elle n'est pas établie, le fonctionnaire médecin ayant indiqué, dans son avis du 6 juillet 2020, que la pathologie invoquée n'entraînait aucun risque vital dans le chef du requérant, constatation qui n'est pas valablement contestée par la partie requérante.

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

3.4 Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue la seconde décision attaquée par le présent recours, le Conseil observe que la partie 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 de la seconde décision attaquée 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 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.

4.2 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.

5. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

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

Article 1^{er}

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Article 2

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

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

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

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT