

## Arrêt

n° 250 960 du 15 mars 2021  
dans l'affaire X / III

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître S. SAROLEA  
Rue des Brasseurs 30  
1400 NIVELLES**

**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**

---

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 25 février 2020, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 7 janvier 2020.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 20 mars 2020 avec la référence X

Vu l'ordonnance du 26 octobre 2020 convoquant les parties à l'audience du 20 novembre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. VAN NIJVERSEEL *loco* Me S. SAROLEA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Me D. MATRAY, avocat qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause.**

Le 4 septembre 2019, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 19 décembre 2019, le fonctionnaire médecin a rendu un rapport d'évaluation médicale sur l'état de santé de la requérante.

Le 7 janvier 2020, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande précitée non fondée, qui lui a été notifiée le 28 janvier 2020.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

*« L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, 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'intéressée 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 de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 19.12.2019, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante 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 à la requérante 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 de la requérante 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'intéressée 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'intéressée 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 elle séjourne.*

*Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à 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 de la requérante ».*

Le même jour, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante.

## **2. Exposé du moyen d'annulation.**

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après « CEDH »), 1<sup>er</sup> à 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après « Charte »), 9ter de la loi du 15 décembre 1980, des obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 ainsi que des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et du principe de bonne administration, en particulier le devoir de minutie.

Elle expose ensuite des considérations théoriques et jurisprudentielles relativement aux dispositions et principes précités.

2.2. Dans une deuxième branche, elle estime qu'en considérant que l'accès aux soins de santé est facilité par des initiatives du gouvernement, la partie défenderesse a manqué à son devoir de minutie dans les informations avancées. Elle critique les constats posés par le fonctionnaire médecin s'agissant des mutuelles de santé au Congo, fondés sur un article de l'IPS, reprochant à ce médecin de ne pas indiquer si le « *Programme national pour la promotion des mutuelles de santé* » fonctionne encore actuellement dès lors que l'article date de 2013, de ne donner aucune

garantie quant au fonctionnement des dites mutuelles de santé, et de ne pas décrire les conditions d'adhésion ni les soins de santé couverts en ce compris ceux requis par elle.

Concernant l'exemple de la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa («MUSQUAP»), cité par le fonctionnaire médecin, elle soutient qu'aucune garantie n'est offerte s'agissant de la couverture des traitements par cette mutuelle. Elle soutient que le site internet «7sur7» utilisé comme source par le fonctionnaire médecin, renseigne que « *Les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée ; les examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; les hospitalisations de moins de 15 jours; les opérations de petite et moyenne chirurgie; les accouchements; les actes infirmiers; ainsi que les médicaments essentiels génériques* ».

Elle fait valoir qu'au sujet de la stratégie de coopération de l'OMS en RDC pour la période 2017-2021, il y est précisé que la « *loi prestation de services et de soins de santé est caractérisée par une faible couverture sanitaire (30% pour la couverture sanitaire globale, 76% pour les structures de première référence), une qualité insuffisante des services et des soins offerts, caractérisée par une prescription irrationnelle, le non-respect des procédures de prévention des infections et une hygiène hospitalière défectueuse. La continuité, l'intégration et la globalité des soins n'est pas garantie, suite à la politique de tarification des soins. En outre, les services disponibles sont faiblement utilisés; les structures de santé ne présentent pas une bonne résilience aux éventuelles épidémies, urgences et catastrophes; et la redevabilité publique des services de santé devant la communauté est modeste* ». Il semblerait dès lors selon elle que la politique congolaise en matière de soins de santé n'est dans la réalité pas si efficace, voire même pas du tout efficace. Elle invoque que la dite stratégie rapporte que « *[c]oncernant le financement de la santé, l'allocation des ressources publiques au secteur de la santé et le décaissement sont faibles. Les mécanismes de partage des risques sont presque inexistant (entre 5% et 7% de couverture) ; seul reste le paiement direct des soins, qui est la raison du faible accès aux soins, car le revenu de la population est faible. L'aide publique au développement reste fragmentée et inefficace. Selon le rapport des comptes nationaux de la santé, les ménages constituent la principale source et un acteur clé du financement des services et des soins de santé en RDC. Leur contribution s'élève à 42% des dépenses courantes de santé en 2014, dont 93 % en paiements directs* ».

Elle soutient que l'argument de la partie défenderesse « *n'est pas sérieux en ce qu'il n'offre pas la garantie d'un accès réel aux soins au-delà de programmes mis en place précisément pour pallier leur défaut* ».

2.3. Dans une troisième branche, elle reproche au fonctionnaire médecin de considérer que beaucoup d'ONG sur place contribuent et aident les populations atteintes du VIH, considérant que cet élément n'est pas suffisant. Elle soutient qu'il « *va de soi qu'il n'est pas possible pour des ONG de s'occuper de manière optimale de l'ensemble de la population atteinte surtout que ce n'est pas la seule maladie qui pose des difficultés en RDC. Les ONG, tels que médecins sans frontières, ou ONUSIDA, évoquent souvent les difficultés rencontrées sur places à cause du manque d'infrastructures, manque de soins, manque de personnel* ». Elle cite à cet égard de la jurisprudence du Conseil de céans et notamment l'arrêt n° 229 883 du 5 décembre 2019. A son estime, la seule présence des ONG ne permet pas d'assurer une disponibilité et une qualité de soins optimale pour la prendre en charge.

2.4. Dans une quatrième branche, elle invoque qu'elle a cinquante-trois ans, qu'elle n'a jamais travaillé, que c'est son mari qui s'occupait d'elle avant de décéder et qu'il est très peu probable voire impossible qu'elle trouve un emploi à son âge, le taux de chômage atteignant les 70% au Congo. Elle ajoute par ailleurs qu'avoir un emploi ne règle pas tout, 82% de la population congolaise vivant en-dessous du seuil de pauvreté et cite un article de presse indiquant que « *Les rémunérations dans la fonction publique sont parmi les plus faibles. Et il y a quelques années, ces rémunérations étaient même hypothétiques. Les fonctionnaires ont d'ailleurs été exclus du régime de sécurité sociale. C'est l'Etat qui leur assure la rente de survie tout au long de leur retraite. Et*

*faute de moyen financier, l'Etat congolais n'a pas envoyé des fonctionnaires à la retraite depuis plusieurs années. (...).*

Elle invoque l'existence de discriminations à l'emploi pour les personnes atteintes du sida. Elle fait valoir qu'elle a encore des vertiges, qu'elle ne dispose d'aucun moyen financier, que ses enfants et l'ensemble de son entourage l'ont rejetée suite à la découverte de sa séropositivité et que c'est sa nièce qui subvenait à ses besoins au Congo et lui a permis de se déplacer en Belgique. Elle avance que la position du fonctionnaire médecin quant à sa capacité financière est tout à fait hypothétique, ceci étant déduit du fait qu'elle a eu un visa pour rejoindre la Belgique alors qu'aucun élément ne permet d'étayer sa situation financière. Elle pose le même constat s'agissant de l'affirmation posée par le fonctionnaire médecin selon laquelle elle a de la famille au Congo, ajoutant que « *même si elle en disposait d'une, rien ne peut assurer que quelqu'un se chargera de supporter la charge de ses médicaments et de son suivi médical* ». Elle cite à cet égard de la jurisprudence du Conseil de céans. Elle estime dès lors que les motifs de la partie défenderesse ne répondent pas aux exigences de motivation et de minutie requises.

### **3. Discussion.**

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

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

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

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements 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 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.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

Le Conseil rappelle enfin que le but de la motivation formelle des actes administratifs est, notamment, de permettre aux intéressés d'exercer en toute connaissance de cause les recours que la loi met à leur disposition, que l'autorité administrative viole l'obligation de motivation en plaçant l'administré dans l'impossibilité de vérifier l'exactitude des motifs de la décision attaquée (C.E. arrêt n° 161.377 du 19 juillet 2006) et que, par ailleurs, tout acte administratif doit reposer sur des « *motifs matériels exacts, pertinents et admissibles en droit qui doivent ressortir du dossier administratif* » (C.E., arrêt n°143.064 du 13 avril 2005).

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée se fonde sur l'avis médical du 19 décembre 2019 rendu par le fonctionnaire médecin, dont il ressort que la partie requérante « *est malade du sida (diagnostic 2012, traitement 19.08.2019)* ».

Le Conseil relève que la partie requérante, dans les deuxième, troisième et quatrième branches du moyen unique de son recours, reproche au fonctionnaire médecin et à la partie défenderesse à sa suite d'avoir considéré que le traitement requis par son état santé est accessible dans son pays d'origine, estimant notamment que les sources sur lesquelles repose l'avis médical n'offrent pas suffisamment de garanties pour établir ladite accessibilité et critiquant les constats tenant à sa capacité financière. Elle estime que ce faisant, la partie défenderesse a manqué à son devoir de minutie et à son obligation de motivation formelle des actes administratifs.

Le Conseil relève que le fonctionnaire médecin, dans son avis médical, conclut à l'accessibilité du traitement requis par la requérante dans son pays d'origine en considérant ce qui suit :

« *La requérante apporte différents documents en vue d'illustrer des difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine. Notons que l'article du 03.09.2012 du journal Contrepoint et le rapport de l'OMS pour la période 2009-2013 sont relativement anciens et ne peuvent être considérés comme reflétant la situation actuelle en RDC. Il ne peut dès lors en être tenu compte. Elle joint néanmoins à sa demande d'autres documents plus récents (un rapport de l'OSAR de 19.06.2018, un article de travelsmag.fr, un rapport de l'UNAIDS du 22.05.2017, un rapport de MSF, un article de CathoBel.be du 04.10.2018, un article de la Libre Afrique du 29.03.2019 et un article de Libération du 18.07.2019).*

*Son conseil indique ainsi qu'il y aurait un sous-financement du secteur de la santé, un manque de spécialistes particulièrement en zone rurale et des équipements insuffisants. Il souligne également que les soins seraient de moindre qualité et qu'il y aurait des pénuries de médicaments en particulier les ARV. Il indique par ailleurs que l'accès aux soins serait largement théorique et ne concernerait qu'une petite minorité de la population car Il n'y a pas (encore) d'assurance maladie en RDC. Il rappelle aussi que le pays souffre toujours de l'impact de l'épidémie d'Ebola.*

*Notons d'emblée, concernant la rupture de stocks d'antirétroviraux, que l'article censé illustrer cette assertion concerne le Congo-Brazzaville.<sup>2</sup> Cette information est donc non pertinente puisque la requérante réside en RDC.*

*Soulignons aussi que les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale décrite et n'étaye*

en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). De plus, concernant l'accessibilité géographique et les éventuelles difficultés en zones rurales, le CCE affirme dans son arrêt 61464 du 16.05.2011 qu'un requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles ». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stocks ou non disponibilité temporaires des médicaments que le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné ». Par ailleurs, selon un rapport établi par le MEDCOI en date du 14.12.2018, le Fond Global fournit les soins contre le HIV gratuitement (inclus les ARV et les analyses en laboratoire) au travers du Programme national de lutte contre le SIDA<sup>3</sup>.

En outre, un article d'IPS<sup>4</sup> 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 sont de l'ordre de 4,5 dollars.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa<sup>5</sup> 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 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<sup>6</sup>. 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. Elle 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 mutualités chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas<sup>7</sup>, OMS<sup>8</sup>, Enabel<sup>9</sup> 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.

Notons aussi que l'intéressée est en âge de travailler et en l'absence d'une attestation reconnaissant une incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi au pays d'origine.

Signalons que l'intéressée est venue en Belgique munie d'un passeport revêtu d'un visa qui lui a été délivré par l'Ambassade de Belgique dans son pays d'origine (voir demande de visa du 10.03.2014). Or pour obtenir ce visa, l'intéressée a dû démontrer qu'elle disposait de moyens financiers en suffisance (notamment via la souscription à une assurance médicale Schengen et une assurance rapatriement et frais médicaux) et rien ne démontre qu'elle serait maintenant démunie lors de son retour au pays d'origine.

En outre, selon son dossier, l'intéressée a vécu de nombreuses années dans le pays d'origine. Il est ainsi raisonnable de penser qu'elle a de la famille ou des amis sur qui s'appuyer à son retour en RDC. Rien ne démontre qu'elle ne pourrait faire appel à ces personnes en vue d'obtenir une aide financière ou matérielle dans son pays d'origine.

Rappelons enfin qu'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 équivalents à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont

souffre l'intéressée sont disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Il apparaît donc que la requérante peut prétendre à un traitement médical en RDC. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus quo les soins sont accessibles au pays d'origine.

---

<sup>2</sup> Travelsmag.fr « Au Congo-Brazzaville les ruptures de stock d'ARV, un mal chronique » (pièce 3)

<sup>3</sup> Project MedCOI Belgian Immigration Office, Question & Answer BDA-20181009-CD-6906,14 December 2018

<sup>4</sup> Inter Press Service News Agency, Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles (RD Congo), 22 mars 2013, [http://ipsinternational.org/fr/\\_note.asp?idnews=7489](http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=7489)

<sup>5</sup> 7sur7.cd, Kinshasa : plusieurs familles adhèrent à la mutuelle de santé des quartiers populaires. 01/03/2016, <https://7sur7.cd/new/kinshasa>plusieurs-familles-adherent-a-la-mutuelle-des-des-quartiers-populaires/>

<sup>6</sup> L'Avenir, *RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC) - La loi sur les mutuelles de santé promulguée*, 17/02/2017, [www.lavenir.net/cnt/dmf20170216\\_00961261/la-loi-sur-les-mutuelles-de-sante-promulguee](http://www.lavenir.net/cnt/dmf20170216_00961261/la-loi-sur-les-mutuelles-de-sante-promulguee)

<sup>7</sup> CARITAS-CONGO ASBL, <http://www.caritasdev.cd/v3/Index.php/caritas>

<sup>8</sup>[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137160/ccsbrief\\_cod\\_fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137160/ccsbrief_cod_fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y), OMS Stratégie de Coopération. Maj en 2018

<sup>9</sup> Enabel, <http://www.enabel.be/fr/contentque-fait-enabel-en-rd-congo>.

Or, force est de constater que le dossier administratif n'a pas été transmis au Conseil de sorte qu'il est dans l'incapacité de vérifier avec certitude les motifs de la décision querellée et, en particulier, les constats posés par le fonctionnaire médecin dans son avis du 19 décembre 2019 concernant notamment l'accessibilité du traitement requis dans le pays d'origine.

La partie défenderesse n'ayant pas non plus déposé de note d'observations, celle-ci reste en défaut de pallier à l'absence du dossier administratif à cet égard, de sorte que le Conseil ne peut vérifier la légalité des motifs de la décision attaquée.

Le Conseil rappelle quant à ce que s'il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée dans le cadre de son contrôle de légalité, son contrôle consiste néanmoins à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

Par conséquent, le moyen unique, en ses deuxième, troisième et quatrième branches et dans les limites décrites ci-dessus, est fondé, ce qui doit conduire à l'annulation de l'acte attaqué.

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

#### **4. Débats succincts.**

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

4.2. La décision attaquée étant annulée par le présent arrêt, 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 défenderesse.

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

## **Article 1<sup>er</sup>**

La décision déclarant la demande d'autorisation de séjour non fondée, prise le 7 janvier 2020, est annulée.

## Article 2

La demande de suspension est sans objet.

## **Article 3**

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

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

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK,greffier.

Le greffier,

Le président,

## A. IGREK

M. GERGEAY