



Arrêt

n° 256 447 du 15 juin 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître Y. TILQUIN
Rue Dejoncker 51/16
1060 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 4 décembre 2017, 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 et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 19 octobre 2017.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 5 décembre 2017 avec la référence X.

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 8 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 8 avril 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me Y. TILQUIN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le 17 novembre 2016, la partie requérante a introduit une demande de visa de court séjour pour raisons médicales, auprès du poste diplomatique belge à Kinshasa. La partie requérante avait joint à cette demande une attestation de transfert médical établie le 26 septembre 2016 par trois ophtalmologues congolais, qui indiquaient notamment que « *faute d'infrastructures spécialisées dans le pays pour une bonne prise en charge, il a été décidé de lui (sic) transférer à l'étranger en*

Belgique pour une prise en charge appropriée du patient et un suivi médical régulier par un médecin spécialiste ».

Ce visa lui a été accordé le 30 novembre 2016, en vue de réaliser une opération ophtalmologique au laser, dans un service spécialisé en ophtalmologie, mieux équipé.

La partie requérante est arrivée sur le territoire belge le 10 décembre 2016 munie de ce visa. Elle a été prise en charge essentiellement par l'hôpital Erasme, qui a mis en place une quadrithérapie.

Par un courrier recommandé daté du 3 février 2017, confié à la poste le 6 février 2017, 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. La partie requérante, s'appuyant sur des documents établis par le Dr [M.], indiquait être atteinte d'un « glaucome bilatéral + cataracte + insuffisance aortique, insuffisance mitrale et troubles de l'audition », qu'outre le traitement médicamenteux débuté en 2011, et complété depuis son arrivée en Belgique en décembre 2016, une intervention chirurgicale était prévue pour le 17 février 2017 et qu'elle nécessitera un suivi postopératoire à vie. La partie requérante avait notamment produit un certificat médical établi par le Dr [M.] le 21 janvier 2017, indiquant que la maladie de la partie requérante est « très grave », l'exposant à des traitements inhumains ou dégradants en cas d'arrêt du traitement, et qu'il était « préférable pour le patient de réaliser le suivi postopératoire en Belgique et qu'il n'existe pas de structure spécialisée en RDC pour une bonne prise en charge médicale » de la partie requérante. La partie requérante avait également produit un rapport établi le 20 janvier 2017 par le Dr [M.E.S] (hôpital Erasme) indiquant que la tension oculaire restait élevée malgré la quadrithérapie, et qu'une intervention chirurgicale consistant en une opération combinée de cataracte et de trabéculéctomie de l'œil gauche avait été proposée au patient, qui devait être réalisée le 17 février 2017.

La partie requérante insistait dans cette demande sur le contenu de ce certificat médical, mais invoquait également l'attestation médicale de transfert du 26 septembre 2016, qu'elle indiquait produire dès lors à nouveau, cette fois à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour.

Le 19 avril 2017, ladite demande a été déclarée recevable.

Cette demande a fait l'objet d'un complément, le 22 septembre 2017, à la suite d'une demande d'information émanant du fonctionnaire-médecin. A cette occasion, la partie requérante a également produit différents documents médicaux, établis par le Dr [M.] le 21 septembre 2017 et le Dr [E.] le 20 septembre 2017, dont il ressort notamment qu'une intervention pour la cataracte était prévue le 8 décembre 2017, qu'une autre devait encore être planifiée s'agissant du glaucome dont est atteinte la partie requérante, que celle-ci devait recevoir une surveillance post opératoire à vie, que les risques en cas d'arrêt du traitement sont « cécité + surdité totale+ dépression + risque réel de suicide + traitement inhumain fort probable » et que « le traitement inadéquat reçu en R.D. Congo a contribué beaucoup à l'aggravation de sa maladie ». La partie requérante y invoquait que selon le Dr [E.], « les trois pathologies (ndlr : glaucome, dépression, surdité) ont atteint un niveau de gravité très important et font courir un risque grave pour l'intégrité physique du patient. Il n'y a pas de traitement adéquat applicable au Congo » et que celle-ci devait faire l'objet d'une surveillance régulière à vie pour le glaucome. La partie requérante évoquait également le certificat médical du Dr [D.] du 18 septembre 2017, concluant qu'elle est un « patient monophthalme et glaucome agonique œil gauche. Compliance très médiocre au traitement ».

Le 18 octobre 2017, le fonctionnaire-médecin a rendu un rapport d'évaluation médicale concernant l'état de santé du requérant.

Le 19 octobre 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire qui ont été notifiés le 3 novembre 2017 à la partie requérante.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant la demande non fondée (ci-après « le premier acte attaqué ») :

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

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 18.10.2017, (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 (Rép. dém.).

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 elle séjourne*
- 3) -*

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après « le deuxième acte attaqué ») :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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^o 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 d'un passeport muni d'un Visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique *« de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 », « des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; du principe de bonne administration ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation ; de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme [ci-après « CEDH »] ».*

Elle soutient que la partie défenderesse n'a pas adéquatement motivé la décision attaquée en ce qu'elle a considéré que l'ensemble des traitements médicaux et le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine ; a violé le principe de bonne administration en prenant un acte contraire à une décision précédemment émise, à savoir l'octroi d'un visa pour raisons médicales ; n'a pas pris en compte l'ensemble des éléments invoqués et commet en cela une erreur manifeste d'appréciation et a violé l'article 3 de la CEDH en ne démontrant pas que le traitement adéquat est disponible et accessible au pays d'origine.

2.2. En ce qui s'apparente à une première branche, après avoir rappelé les motifs adoptés par le fonctionnaire-médecin dans son avis du 18 octobre 2017, la partie requérante invoque notamment que ces motifs sont contraires aux éléments présents dans son dossier. Elle reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble des éléments transmis à l'appui de sa demande. Elle invoque, d'une part, *« l'attestation médicale de transfert à l'étranger »* sur base de laquelle un visa d'une durée de trois mois lui a été délivré pour raisons médicales - et qu'elle indique avoir produit de nouveau à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour - rédigée par

trois ophtalmologues qui ont indiqué ce qui suit : « *Faute des structures spécialisées dans le pays pour une bonne prise en charge, il a été décidé de lui (sic) transférer à l'étranger en Belgique pour une prise en charge appropriée du patient et un suivi médical régulier par un médecin spécialiste* ». D'autre part, le certificat médical type et l'attestation du Docteur [E.] du 20 septembre 2017 desquels il ressort que « *les trois pathologies (ndlr : glaucome, dépression, surdité) ont atteint un niveau de gravité très important et font courir un risque grave pour l'intégrité physique du patient. Il n'y a pas de traitement adéquat applicable au Congo* » et que « *[s]a maladie n'a pas été suivie correctement au Congo et ne pourra l'être dans l'avenir par manque de structure appropriée au Congo* », ainsi que l'attestation du Docteur [B.] du 19 septembre 2017 qui indique que : « *Le patient est d'autant plus anxieux quant à son avenir qu'il appert que son traitement au Congo était inadéquat* ».

Elle conclut sa première branche en indiquant que la motivation de la décision attaquée, fondée sur le rapport insuffisamment probant de son médecin-conseil quant à la disponibilité et l'accessibilité des soins requis en R.D.C., est inadéquate au regard de l'article 9ter,  1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, qu'en ne tenant pas compte de l'ensemble des éléments de la cause, la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation, et violé les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980. Elle ajoute qu'en prenant cette décision, la partie défenderesse se contredit par rapport au visa médical précédemment octroyé et viole ainsi le principe de bonne administration. Elle invoque encore un risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine.

3. Discussion.

3.1. Sur la première branche 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, 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 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.

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 l'acte administratif concerné fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de ladite 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.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du fonctionnaire-médecin daté du 18 octobre 2017, dont il ressort, en substance, que le requérant souffre des pathologies suivantes : « *Monophtalme avec glaucome avancé à l'œil gauche ; cécité œil droit* », « *Surdité de perception* » et « *Dépression* ».

3.3. S'agissant de la disponibilité du traitement dans le pays d'origine, le Conseil observe que la partie requérante estime que le fonctionnaire-médecin n'a pas suffisamment tenu compte de certains éléments de son dossier médical, à savoir l'attestation médicale qui lui a permis d'obtenir un visa d'une durée de trois mois, afin d'être soignée en Belgique, suite aux indications de trois ophtalmologues congolais qui indiquaient l'absence de structures spécialisées en R.D.C. pour une prise en charge appropriée et un suivi médical régulier par un médecin spécialiste, ainsi que, notamment, le certificat médical établi le 20 septembre 2017, par un médecin belge, selon lequel ses trois pathologies ont « atteint un niveau de gravité très important », lui faisant courir un risque grave pour son intégrité physique en cas de retour dans son pays d'origine, dans lequel il n'y a pas de traitement adéquat, insistant sur le fait que la partie requérante n'y avait pas obtenu de suivi correct et qu'il en irait de même dans l'avenir, à défaut d'infrastructure appropriée.

Elle invoque un autre certificat médical selon lequel le traitement inadéquat reçu en R.D.C. a contribué beaucoup à l'aggravation de sa maladie.

Ces documents médicaux figurent au dossier administratif et ont été portés à la connaissance de la partie défenderesse dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour, y compris l'attestation de transfert qui avait déjà été produite à l'appui de la demande de visa.

Il ressort plus généralement des éléments médicaux invoqués par la partie requérante, et non précisément contestés par le fonctionnaire-médecin, que la partie requérante, monophtalme (cécité de l'œil droit), est atteinte d'un glaucome très avancé à l'œil gauche (déjà présent en 2011 et aggravé en 2016 par des gaz lacrymogènes), que son état de santé était d'une gravité particulière déjà en R.D.C, que les traitements administrés jusqu'alors en R.D.C. n'étaient pas suffisamment efficaces, et que tant les ophtalmologues congolais que belges estimaient que la partie requérante devait recevoir un suivi régulier ainsi qu'une prise en charge nécessitant des infrastructures spécifiques, inexistantes en R.D.C.

Il apparaît ensuite que le traitement reçu en Belgique consistait essentiellement en une quadrithérapie à l'hôpital Erasme, que ce traitement n'a toutefois pas eu les effets escomptés, les différents certificats médicaux témoignent de difficultés à cet égard (traitement modifié, des interventions étaient également envisagées), indiquant la gravité particulière de la situation médicale de la partie requérante, de son caractère délicat et de la nécessité d'un suivi régulier et spécifique.

Il convient de relever que le certificat médical du 20 septembre 2017 dressé par le Dr [E.], outre certaines indications reprises ci-dessus, renseigne que les pathologies peuvent connaître une amélioration modérée ou une stabilisation dans l'avenir, grâce au traitement administré en Belgique, mais qu'il n'y a pas de traitement adéquat au pays d'origine de la partie requérante, qui risque notamment de voir son glaucome évoluer vers une cécité totale.

Le fonctionnaire-médecin a indiqué, s'agissant de la disponibilité des soins requis, ce qui suit :
« La prise en charge du glaucome par des médecins spécialisés en en Ophtalmologie et le traitement médicamenteux anti-glaucomeux sont disponibles au Congo.

En effet différentes classes thérapeutiques pour le traitement du glaucome sont disponibles au Congo ; et selon le CBIP² : les analogues des prostaglandines et les b-bloquants sont un premier choix ; les autres médicaments peuvent être indiqués en cas de contre-indication ou de réponse insuffisante aux b-bloquants ou aux analogues de prostaglandines ;

Des analogues des prostaglandines (comme le latanoprost ou le travoprost) et les b-bloquants (comme le timolol, ou le betaxolol) seuls ou en association avec d'autres classes thérapeutiques comme les inhibiteurs d'anhydrase (ex : acetazolamide ou la brinzolamide) et des cholinomimétique (ex : la pilocarpine) ;

La bromonidine - un alpha-sympathicomimétique - n'est pas disponible ; elle peut être remplacée par les autres classes thérapeutiques citées plus haut.

Et si une adaptation thérapeutique est nécessaire, des médecins ophtalmologues, sont disponibles au Congo (RDC).

Par ailleurs des services d'ORL et de suivi psychologique, de même que des psychiatres sont disponibles au Congo (RDC).

Voir informations :

1° Provenant de la base de données non publique MedCOI¹

Requête Medcoi du 17.11.2016 portant le numéro de référence unique BMA- 8910

Requête Medcoi du 31.03.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7983

Requête Medcoi du 24.01.2017 portant le numéro de référence unique BMA- 9226

2° Et des sites :

<http://www.cliniquengaliema.org/?p=cat&i=2>

<http://www.deberlv.fr/pdf/rapport5.pdf>

<http://www.visionforall.ch/fr-3-32-kinshasa-republique-democratique-du-congo.html>

<http://acpcongo.com/acp/plus-30Q-personnes-ont-ete-prises-en-charge-contre-le-glaucome-a-la-clinique-de-la-vision-a-kinshasa/>

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des soins médicaux au pays d'origine, le Congo (RDC).

² CBIP- répertoire commenté des médicaments belges 2017 pp.566

¹ Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas. compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Asylum. Migration and Integration Fund (AMIF).

Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucuns droits comme des revendications de responsabilité ne peuvent médicale ne peuvent être tirés de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans tes services de santé et de sécurité, Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance. 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité

des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation:

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400.000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: www.allianz-lobal-assistance.com

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale.

Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA ».

La partie défenderesse invoque à ce sujet dans sa note d'observations que la banque de données Medcoi, utilisée par le fonctionnaire-médecin, indique qu'il existe bien des structures spécialisées dans le pays pour une bonne prise en charge médicale de la partie requérante et que, pour le reste, la partie requérante se contente de prendre le contre-pied de la partie défenderesse.

Le Conseil estime cependant qu'il ne ressort pas de son avis médical que le fonctionnaire-médecin ait eu égard à l'attestation établie par trois ophtalmologues congolais, déjà produite à l'appui de la demande de visa, lequel a été accordé, et qui était expressément invoquée par la partie requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour.

Plus généralement, il n'apparaît pas dudit avis que le fonctionnaire-médecin ait eu égard aux particularités susmentionnées du dossier médical de la partie requérante au vu desquelles, il ne pouvait se limiter, comme en l'espèce, à vérifier la présence en R.D.C. d'ophtalmologues, de psychiatres et de spécialistes ORL et la disponibilité en pharmacie du traitement médicamenteux requis, mais se devait de vérifier si les soins susceptibles d'être dispensés en R.D.C. étaient réellement appropriés à la situation médicale de la partie requérante, afin qu'elle n'y subisse pas des traitements inhumains ou dégradants liés à sa pathologie.

Il convient de relever à ce sujet que certaines requêtes Medcoi figurant au dossier administratif renseignent la présence d'ophtalmologues au sein des cliniques universitaires de Kinshasa et du centre médical de cette même ville, ainsi que la possibilité d'un suivi à cet égard mais se limitent à ces informations, et ne donnent le moindre renseignement sur la question de savoir si le suivi qui y est dispensé est approprié à l'état de santé de la partie requérante.

De même, si certains documents figurant au dossier administratif indiquent que des opérations ophtalmologiques (par exemple pour la cataracte) sont pratiquées en R.D.C., il n'est pas pour autant permis d'en conclure que la partie requérante y sera traitée de manière appropriée, compte tenu de son état de santé, étant rappelé que les médecins de la partie requérante ont insisté sur son caractère particulièrement grave et délicat à traiter, le fait que les traitements subis par la partie requérante dans son pays d'origine ont aggravé sa pathologie, et sur l'inexistence en R.D.C. d'un traitement approprié à celle-ci.

Il s'avère dès lors que la partie défenderesse, en se fondant sur cet avis médical du fonctionnaire-médecin, n'a pas suffisamment motivé sa décision au regard des arguments invoqués par la partie requérante.

En conséquence, le moyen unique est fondé en sa première branche, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes

administratifs et de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, en considération des exigences résultant de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ce qui doit conduire à l'annulation des actes attaqués.

3.4. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen unique qui, à les supposer fondés, ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

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 défenderesse.

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

Article 1^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 19 octobre 2017, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire, pris le 19 octobre 2017, est annulé.

Article 3

Il n'y a plus lieu de se prononcer sur la demande de suspension.

Article 4

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 juin deux mille vingt et un par :

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

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

M. GERGEAY