



## Arrêt

**n° 259 446 du 19 août 2021  
dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile :     au cabinet de Maître J. KILENDA KAKENGI  
                                  Rue de Ganshoren 42  
                                  1082 BRUXELLES**

**Contre :**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la  
Simplification administrative et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la  
Migration**

---

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

Vu la requête introduite le 4 avril 2018, 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 15 février 2018.

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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 15 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 7 avril 2021.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me J. KILENDA KAKENGI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *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.**

Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 16 mars 2002. Le 18 mars 2002, il a introduit une demande d'asile. Le 9 juillet 2003, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil d'Etat dans un arrêt n° 164.572 du 9 novembre 2006. Le 7 août 2003, un ordre de quitter le territoire a été délivré au requérant.

Le requérant a déclaré avoir quitté le territoire et y être revenu le 14 avril 2011. Le 15 avril 2011, il a introduit une nouvelle demande d'asile. Le 23 décembre 2011, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt du n° 78 901 du 6 avril 2012. Le 18 juin 2012, un ordre de quitter le territoire a été délivré au requérant.

Par un courrier du 15 février 2017, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 15 février 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, qui lui ont été notifiées en date du 22 mars 2018, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant du 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.

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

Dans son avis médical remis le 13.02.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.).

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

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.

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

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

- S'agissant du second acte attaqué :

« 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un VISA valable ».

## **2. Exposé des deuxième et troisième moyens d'annulation.**

2.1. La partie requérante prend un deuxième moyen de la violation « de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH) ».

Elle fait valoir des considérations théoriques sur cette disposition et indique « qu'il est patent que la pathologie dont souffre le requérant nécessite un traitement à vie, et cas (sic) de déconnexion du matériel médical et du masque dont il se sert chaque nuit, comporte un risque d'atteinte évident à l'article 3 CEDH. [...] Qu'en cas de retour dans son pays d'origine, le requérant n'aura pas accès à son matériel médical et par conséquent à un traitement adéquat. Ce retour dans son pays d'origine est vivement déconseillé où les soins appropriés qu'exigent son état de santé font cruellement défaut. Dans le certificat médical établi par le médecin traitant du requérant il fait clairement ressortir que la durée de traitement est à vie. Le risque notamment d'un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) fait partie des conséquences et complications éventuelles d'un arrêt de traitement. [...] Or, en raison de l'inaccessibilité aux soins (matériel médical) dont il va certainement pâtir en cas de son retour forcé dans son pays d'origine, le requérant court droit vers la mort. Que sa santé physique et psychologique risque d'en pâtir compte tenu du diagnostic effectué par son médecin traitant. Le requérant met particulièrement en exergue le fait que les structures sanitaires font cruellement défaut dans son pays d'origine ; Qu'il ressort des informations sur le pays du requérant que la situation sanitaire ne permet de garantir les soins médicaux adéquats. Dans une interview accordée à la radio onusienne MONUSCO par le docteur Jean Baptiste Sondji, spécialiste en santé publique et ancien ministre de la Santé, le taux d'accès aux soins de santé en RDC oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007 et actualisée en 2009. En clair, plus de 30 millions des Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité. A côté de ces chiffres, il faut ajouter le délabrement des infrastructures sanitaires, construites pour la plupart à l'époque coloniale et peu après l'accession de la RDC à l'indépendance. [http ://radiookapi.net/tag/acces-aux-soins-de-sante-en-rdc/](http://radiookapi.net/tag/acces-aux-soins-de-sante-en-rdc/) Un rapport des médecins sans frontières, de 2011 considère que la situation sanitaire en RDC reste critique. En effet, des décennies de conflits et un manque d'investissement de la part du gouvernement ont entravé l'accès aux soins de santé primaire pour la population de la République démocratique du Congo (RDC). Des épidémies se sont propagées tandis que le traitement vital de certaines maladies a été négligé. Le manque d'investissement dans le système de santé se traduit par un manque d'infrastructures et de personnel médical correctement formé, à travers le pays. Alors que les besoins médicaux sont énormes, les gens doivent se débrouiller pour accéder au niveau le plus élémentaire des services de santé. <http://www.msf-azg.be/fr/nouvelle/r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo-situation-toujours-critique> Deux responsables de Médecins du monde qualifient la situation sanitaire en RDC de désastreuse. La quasi-totalité des organismes internationaux de santé estiment que la situation sanitaire au Congo est toujours critique, l'accès aux soins de santé étant limité par manque d'investissement du gouvernement et l'état de guerre qui a duré plus d'une décennie. <http://www.msf.fr/actualite/diaporamas/rdc-situation-sanitaire-toujours-critique>. Il s'agit d'un bilan récent et la situation reste inchangée. [...] Qu'il existe un danger pour la vie du requérant s'il est privé de son traitement par matériel médical, puisqu'il y a risque de décès tout court ; [...] ».

Elle ajoute que « [la partie défenderesse] renchérit que les documents exhibés par le requérant ne le visent pas personnellement. Ces arguments de la partie adverse sont des plus fallacieux pour les raisons ci-dessous développées. D'abord ils vont à contre-courant de la jurisprudence solidement établie du Conseil d'Etat. En effet, le Conseil d'Etat a déjà jugé que « l'Office des étrangers a pour devoir de rencontrer de manière adéquate et satisfaisante les aspects particuliers de la situation médicale du requérant et que cette exigence comporte nécessairement un degré plus élevé 11 lorsque, comme en l'espèce, le diagnostic émane de médecins spécialistes » (C.E., n° 73.013, arrêt du 7 avril 1998 ; C.E. n° 65.160, arrêt du 11 mars 1997 ; C.E., n° 75.897, arrêt du 24 septembre 1998). Il appartient également à l'Office des étrangers, selon les principes de bonne administration, de statuer en pleine connaissance de cause et, dès lors, de procéder aux investigations nécessaires de manière à être pleinement informé tant de l'état de santé du requérant que des possibilités réelles dont il dispose (C.E., n° 65. 160, arrêt du 11 mars 1997 ; C.E. n° 82. 698, arrêt du 5 octobre 1999 ; C.E. 91. 709, arrêt du 19 décembre 2000). Il revient donc à « l'Office des étrangers de s'enquérir de la qualité des soins prodigués dans le pays d'origine pour le traitement de la pathologie en question, au besoin avec l'appui d'un médecin spécialiste, ainsi que de leur accessibilité pour le requérant (En ce sens, C.E., n° 72.594, arrêt du 18 mars 1998). » Ensuite, s'agissant des documents produits par le requérant, contrairement à ce que soutient la partie adverse, il a placé dans le dossier non seulement le certificat médical émanant de son pneumologue mais aussi une notice descriptive de l'appareil médical qui lui est prescrit par son médecin traitant. Puis, la partie adverse fait état du système de sécurité sociale en République Démocratique qui offrirait le service des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès ainsi que des charges de famille. En réponse à ce chef de motivation de la décision litigieuse, le requérant relève à l'attention du Conseil de ceans qu'il n'est lié à aucun employeur en République Démocratique du Congo pour qu'il puisse être éligible au régime de sécurité sociale. Là, c'est sur le terrain des principes. Sur le terrain pratique, des réalités

pratiques, ce système de sécurité sociale est purement et simplement théorique. Il ne fonctionne pas en réalité. Une distance criante existe entre les déclarations principielles et les réalités sur le terrain de la vie quotidienne. De même que lorsque la partie adverse fait mention de l'existence de mutuelles qui proliféreraient en République Démocratique du Congo et qui interviendraient au profit de leurs membres. La partie adverse ne mentionne pas exactement la qualité des membres de ces mutuelles et les formations médicales qui leur assureraient des soins adéquats. Le Conseil de céans cherchera en vain dans la décision litigieuse la liste exacte des formations médicales congolaises, leur dénomination, et le descriptif précis de leur matériel médical pour montrer que l'appareil médical utilisé en Belgique pour le traitement du requérant est bien disponible en République Démocratique du Congo. Le requérant met au défi la partie adverse de lui indiquer le nom d'une seule formation médicale congolaise qui utilise cet appareil et le nombre exact de celui-ci en République Démocratique du Congo. L'on ne résisterait nullement au plaisir de lire la partie adverse sur le nombre de patients souffrant de la pathologie en cause en RDC et des statistiques sur le nombre de ces appareils dans ce pays pour qu'il soit permis de conclure que le requérant en aura un en cas de son retour dans ce pays. Bien plus l'existence de seules mutuelles de santé n'implique pas accessibilité et disponibilité des soins et suivi dans le pays d'origine. La décision litigieuse poursuit que « Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centres de santé sont gérés par le Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM), une structure de l'église catholique, ont signé des conventions avec trois mutualités de la ville. Chaque fois, le BDOM perçoit auprès de ces mutualités plus ou moins 50.000 dollars pour environ bénéficiaires (sic), dont le nombre va croissant. Pour lui, le programme quinquennal du gouvernement « Révolution de la modernité » (2011-2016) vise l'accès de tous aux soins de santé de qualité et moindre coût. » Cet argument de la partie adverse est moins sérieux pour les motifs ci-après. D'abord, il souligne l'existence de programme quinquennal du gouvernement « Révolution de la modernité » qui s'est étalé de 2011 à 2016. Il ne démontre nullement que ce programme, pendant le laps de temps de sa mise en oeuvre, a créé des structures médicales et des infrastructures nécessaires donnant accès à tous aux soins médicaux. Car la réalité sociologique congolaise révèle que l'Etat congolais n'a rien mis en place dans le sens de garantir à tous l'accès aux soins médicaux. Ensuite, ce programme ne viserait que 20.000 bénéficiaires alors que la population congolaise en général se monte aujourd'hui à plus de 60 millions de personnes. Puis, surtout, la décision litigieuse ne montre pas véritablement et concrètement que l'appareil médical dont le requérant a besoin pour survivre gît en quantité suffisante dans une formation médicale congolaise. Enfin, la partie adverse assoit sa décision sur « l'aide extérieure consacrée à la santé qui est non négligeable. De nombreuses organisations, soutient-elle, telles que, à titre non exhaustif, Cartas, OMS, CTF 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 oeuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé. » Ce chef de la décision querellée a de quoi surprendre également d'autant qu'il évoque une situation générale des soins de santé primaires et n'aborde nullement le cas précis du requérant qui a besoin d'un traitement médical spécialisé par voie d'appareil dont l'existence matérielle n'est nulle part révélée en République Démocratique du Congo. Ceci précisé, la conclusion de la partie adverse selon laquelle « Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Congo » (Rép. Dém.) » est des plus brutales et hautement fallacieuses. Cela est d'autant plus vrai que les officiels congolais (Famille présidentielle, ministres, députés) et toutes les personnes nanties financièrement viennent se faire toutes soigner à l'étranger. La décision litigieuse, fondée sur des généralités, n'indique pas exactement dans quelles formations hospitalières le requérant pourrait, une fois de retour dans son pays d'origine, trouver l'appareil médical dont il a besoin pour passer des nuits sans conséquences létales ».

2.2. La partie requérante prend un troisième moyen « de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...] ».

Elle fait valoir qu' « Il ressort du certificat médical susvisé que le requérante souffre d'une pathologie gravissime. Le Conseil d'Etat a déjà jugé que l'Office des étrangers a pour devoir de rencontrer de manière adéquate et satisfaisante les aspects particuliers de la situation médicale du requérant et que cette exigence comporte nécessairement un degré plus élevé lorsque, comme en l'espèce, le diagnostic émane de médecins spécialistes » (C.E., n° 73.013, arrêt du 7 avril 1998 ; C.E. n° 65.160, arrêt du 11 mars 1997 ; C.E., n° 75.897, arrêt du 24 septembre 1998). Il appartient également à l'Office des étrangers, selon les principes de bonne administration, de statuer en pleine connaissance de cause et, dès lors, de procéder aux investigations nécessaires de manière à être pleinement informé tant de l'état de santé du requérant que des possibilités réelles dont il dispose (C.E., n° 65. 160, arrêt du 11 mars 1997 ; C.E. n° 82. 698, arrêt du 5 octobre 1999 ; C.E. 91. 709, arrêt du 19 décembre 2000). Il revient donc à l'Office des étrangers de s'enquérir de la qualité des soins prodigués dans le pays d'origine pour

le traitement de la pathologie en question, au besoin avec l'appui d'un médecin spécialiste, ainsi que de leur accessibilité pour le requérant (En ce sens, C.E., n° 72.594, arrêt du 18 mars 1998). Dans le cas d'espèce, la qualité des soins prodigués par les formations médicales congolaises est au rabais au point où l'évacuation pour des raisons sanitaires est devenue la règle pour ceux des congolais financièrement nantis. C'est ainsi que les autorités politiques à l'exemple des ministres se font toutes soigner à l'extérieur, l'Afrique du Sud et l'Europe étant actuellement les destinations les plus prisées, les soins médicaux à l'étranger constituant même un des avantages sociaux légalement et formellement consacrés pour cette catégorie de nationaux congolais. Ces quelques exemples parmi tant d'autres montrent la déliquescence des établissements hospitaliers en RDC. [...] Il va de soi que, livré aux conditions sanitaires actuelles en République Démocratique du Congo, le requérant court à terme un risque de conséquence létale certain. C'est pour cette raison notamment qu'il a sollicité un long séjour sur le territoire de la Belgique. Que, dès lors, sans avoir examiné honnêtement sa demande de régularisation de séjour sur le plan juridique, la partie adverse lui demande de quitter le territoire du Royaume, lui privant, par ce biais, des soins de santé nécessaires que requiert son état. En ne répondant pas à cette demande et en lui demandant de partir de la Belgique, la partie adverse a violé l'article 9ter de la loi susvisée et a donc commis un excès manifeste de pouvoir. Au demeurant, la décision litigieuse est assise sur un avis médical, prétendument médical, des plus complaisants. En effet, l'article 9ter prescrit que « L'appréciation du risque précité et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne est effectuée par un fonctionnaire médecin qui rend un avis à ce sujet. Il peut, si nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts... » Le Conseil de céans cherchera en vain dans le dossier de la présente affaire [...] les recherches effectuées par la partie adverse, par son médecin conseil, sur les possibilités réelles de traitement en République Démocratique du Congo. La pathologie dont souffre le requérant se soigne par l'« APPC ». « Le traitement le plus populaire pour l'apnée est l'APPC ou Appareil à Pression Positive Continue (CPAP en anglais). Cet appareil, constitué d'un moteur de ventilation et d'un masque facial, fonctionne en soufflant de l'air sous pression dans les voies respiratoires, les dégageant et permettant à la personne de respirer. Le coût d'un APPC peut varier, impliquant plusieurs milliers de dollars, tout dépendant du type de machine sélectionné et des accessoires inclus. » (<https://fondationsommeil.com/troubles-d-sommeil-frequents/lapnee-du-sommeil/apnee-dusommeil-traitements/>) ».

### 3. Discussion.

3.1. Sur les deuxième et troisième moyens réunis, Le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« 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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain

et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n<sup>os</sup> 229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n<sup>o</sup> 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n<sup>o</sup> 228.778 et CE 5 novembre 2014, n<sup>os</sup> 229.072 et 229.073 ).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n<sup>o</sup> 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n<sup>os</sup> 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci 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.

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 ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 13 février 2018, 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'un « Syndrome d'apnée du sommeil [et d'une] dyssomnie » et qu'il a besoin d'un appareil « CPAP » ainsi que d'être suivi par un pneumologue.

Dans son certificat médical type du 9 février 2017, le médecin du requérant a qualifié ce syndrome d'apnée du sommeil de « très sévère », a indiqué que le traitement devait être suivi « à vie » et qu'en cas d'arrêt du traitement, les conséquences pour le requérant seraient les suivantes : « crise cardiaque, HTA, arythmie cardiaque, somnolence, dépression, AVC, accident de la route ».

Quant à l'accessibilité des soins et traitements nécessaires au requérant, ce dernier a notamment joint à sa demande d'autorisation de séjour un rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés, du 22 décembre 2010, intitulé : « RDC : consultations en cardiologie et traitement du cancer. Renseignement de l'analyse-pays de l'OSAR » selon lequel :

« La République Démocratique du Congo (RDC) est classée parmi les pays les plus pauvres au monde. Le pays est situé à la 166<sup>ème</sup> place sur 169 de l'index de développement humain. Depuis son accession à l'indépendance, il a connu des crises à répétition qui ont eu des conséquences dramatiques sur la vie de la nation en général et sur le système de santé en particulier. Le système de santé est aujourd'hui dans de très mauvaises conditions. De nombreuses structures ont d'importants problèmes de fonctionnement, essentiellement en raison du manque de capacités financières, du manque de personnel et de médicaments ainsi que du manque de matériel et d'équipement médical. Les infrastructures sont souvent vétustes et délabrées en l'absence d'assainissement et de politique de réhabilitation de l'Etat congolais. L'OMS estime que le système hospitalier en RDC se caractérise par sa désintégration et que l'offre de services de santé est à l'image de la situation socio-politique d'un pays en post-conflit. Le taux moyen de l'utilisation des services de santé est d'environ 0,15 [...] consultations par habitant et par an, ce qui correspond à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. En outre, deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que ces services ne sont pas disponibles ou, lorsqu'ils existent, sont de mauvaise qualité, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens financiers pour y accéder. Les soins de santé sont en effet chers en RDC : il n'existe pas d'assurance maladie et l'accès est donc limité aux patients qui ont des moyens financiers. [...] Les coûts [dans les cliniques et hôpitaux] sont [...] prohibitifs pour la majorité de la population.

[...]

Il n'existe pas en RDC de compagnie d'assurance maladie publique ni de mutuelle de santé qui prenne en charge les coûts de la 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 formelle) : la majorité de la population n'a donc pas accès à ce système. [...] Les coûts des soins de santé, des médicaments, de 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 ».

Le médecin-conseil a, quant à lui, considéré que « les soins [étaient] accessibles au pays d'origine au terme de la motivation suivante :

« Le conseil de l'intéressé apporte à l'appui de sa demande des documents mettant en lumière les faiblesses et les lacunes du système des soins de santé au Congo2.

Rappelons d'emblée 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 équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre le demandeur soient disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Soulignons que les documents apportés décrivent une situation générale et ne vise (sic) pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16 02.2009). De plus, l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23 771 du 26 02 2009) Rappelons également que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y /Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68).

Quant à l'accessibilité, le système de sécurité sociale en République Démocratique du Congo offre le service des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès ainsi que des charges de famille. 3

Par ailleurs, pour faire face au coût lié au traitement, notons qu'il existe actuellement en RDC beaucoup d'initiatives locales de création de « mutuelles » ou « mutualités » qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales sous la forme, le plus souvent, de primes forfaitaires en cas de maladies, de décès ou de mariages et naissances On dénombre à ce jour 102 associations mutualistes réparties dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de 500.000 bénéficiaires4. Depuis le lancement par le ministère de la Santé, en septembre 2012 du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé, beaucoup d'organisations mutualistes : SOLIDARCO (solidarité Belgique-Congo), MNK (mutualité neutre de Kinshasa), la Mutuelle de santé des enseignants de l'EPSP (MESP)5 ; la Mutuelle de sante de l'UNTC (MUSU) ; la Mutuelle de santé de Kinshasa (MUSAK), ... ont vu le jour en RDC. De plus en plus des Congolais adhèrent à ces structures pour faire face aux coûts de soins de santé. Dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation (2.5 à 4.5 dollars/mois) se présentent, en cas de maladie, dans des centres de sante

agréés et reçoivent des soins primaires, les petites et moyennes chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée.

Le ministre de la Santé publique, Félix Kabange, se réjouit de ces nombreuses adhésions aux mutuelles. Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centres de santé sont gérés par le Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM), une structure de l'église catholique, ont signé des conventions avec trois mutuelles de la ville. Chaque mois, le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles plus ou moins 50.000 dollars pour environ 20.000 bénéficiaires, dont le nombre va croissant. Pour lui, le programme quinquennal du gouvernement « Révolution de la modernité » (2011-2016) vise l'accès de tous aux soins de santé de qualité et à moindre coût.<sup>6</sup>

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>, CTB<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

2 Adrian Schuster, "République démocratique du Congo: soins psychiatrique", 16 mai 2013; <http://radiookapi.net/taa/accca-aux-soins-de-sante-en-rdc/> ; <http://www.msf-azq.be/fr/nouvelle/r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo-situation-toujours-critique> , <http://www.msf.fr/actualite/diaporamas/rdc-situation-sanitaire-toujours-critique> ; etc

3 International Social Security Association, Congo. Democratic Republic of: Scheme Description, [consulte le 07 avril 2011]

<[http://www.issa.int/Observatory/Country-Profiles/Regions/Africa/Congo-Democratic-Republic-of/Scheme-Description/\(id\)/102748](http://www.issa.int/Observatory/Country-Profiles/Regions/Africa/Congo-Democratic-Republic-of/Scheme-Description/(id)/102748)>

4 <http://www.coopami.org/fr/coopami/formation%20coopami/2013/pdf/2Q13090508.pdf> Le système de protection sociale en santé en RDC

5 RDC la Mutuelle de santé des enseignants dote ses membres de cartes biométriques Radio Okapi.htm

6 C:\Documents and Settings CONGO Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles.mht

7 CARITAS-CONGO ASBL, Revue annuelle 2010 et prévisions des activités 2011. janvier 2011

8 Organisation mondiale de la Santé, Stratégies de Coopération avec les pays 2009-2019 Rep. Dem Congo

9 CTB, Agence Belge de Développement, DR Congo, Projets, [www.btcctb.org/fr/node/86/projects](http://www.btcctb.org/fr/node/86/projects) ».

Le Conseil estime que cette motivation, qui ne rencontre pas, au demeurant, les informations apportées par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour sur la situation sanitaire en RDC, ne permet pas de démontrer l'accessibilité, dans ce pays, des soins et traitements nécessaires au requérant.

Tout d'abord, le Conseil ne perçoit pas la pertinence de la critique de ces informations selon laquelle

« les documents apportés décrivent une situation générale et ne vise (sic) pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16 02.2009). De plus, l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu ».

En effet, le caractère général d'informations sur la situation sanitaire d'un pays est inhérent à celles-ci, lesquelles s'appliquent, *a priori*, à toute personne amenée à devoir se soigner dans ce pays. Il revient dès lors au médecin-conseil, soit de contester la pertinence des informations apportées, soit d'indiquer la raison pour laquelle le requérant ne souffrirait pas de la situation sanitaire dénoncée, ce qu'il n'a pas fait en l'espèce.

Le surplus de l'avis médical ne permet, en effet, pas de remettre en cause lesdites informations apportées par le requérant à l'appui de sa demande. D'une part, le Conseil estime que le médecin-conseil ne démontre manifestement pas que le système de sécurité sociale congolais pourrait garantir une accessibilité effective aux soins puisqu'il est réservé, comme l'indique le rapport OSAR précité, aux travailleurs du secteur formel qui représente 2,8 % du marché du travail. Le requérant devrait dès lors parvenir à trouver un travail dans ce secteur très limité avant de pouvoir avoir accès aux prestations de la sécurité sociale. Outre que l'interruption de traitement qui résulterait du délai nécessaire à la recherche d'un tel emploi exposerait le requérant aux risques de l'arrêt de traitement mentionnés par son médecin dans le certificat médical type, cette hypothèse paraît trop hypothétique pour garantir une accessibilité effective aux soins. En tout état de cause, le Conseil relève que le médecin-conseil lui-même ne prétend pas que ce système de sécurité sociale couvrirait les soins de santé puisqu'il indique uniquement que des prestations sont fournies « en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès ainsi que des charges de famille ».



S'agissant des mutuelles citées par le médecin-conseil, le Conseil constate que celui-ci reconnaît que seule une très petite minorité de la population congolaise, soit environ 500.000 personnes, y a accès. Par ailleurs, les documents versés au dossier administratif comportant des informations générales sur les mutuelles, soit l'article de presse intitulé « Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles » ainsi que le document « Le système de protection sociale en santé en RDC », ne permettent pas au Conseil de vérifier si ces mutuelles prendraient en charge le coût de l'appareil médical CPAP dont le requérant a besoin, et qui est disponible selon la requête MedCOI BMA 7741 dans un centre médical privé, ni dans quel délai.

Par ailleurs, s'agissant du document sur la Mutuelle de santé des enseignants, celui-ci n'est pas pertinent en l'espèce, aucun élément du dossier administratif n'indiquant que le requérant serait enseignant. Quant au document sur la Mutuelle de santé de l'Union nationale des travailleurs congolais UNTC (MUSU), il en ressort que cette mutuelle implique un stage d'attente de trois mois avant de pouvoir avoir accès à la prise en charge, laquelle ne mentionne pas comprendre les appareils médicaux comme le CPAP puisqu'elle se limite à ce qui suit :

- « les soins de santé primaires ;
- Les hospitalisations ;
- Ophtalmologie (consultation et octroi de verre simple) ;
- La dentisterie (extraction dentaire et ponction abcès) ;
- Petite et moyenne chirurgie ;
- Et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC ».

Il ressort de ce qui précède que le médecin-conseil ne démontre pas à suffisance que le requérant pourrait voir son appareil médical CPAP pris en charge par une mutuelle ni que cette prise en charge pourrait se faire suffisamment rapidement, alors que le médecin du requérant a mentionné des risques notamment d'infarctus et d'AVC en cas d'arrêt de l'utilisation de l'appareil CPAP. L'avis du médecin-conseil est dès lors insuffisamment motivé à cet égard.

Enfin, s'agissant de l'aide extérieure apportée à la RDC, le Conseil estime que l'intervention d'organisations internationales ou de la CTB dans la prise en charge de l'appareil médical CPAP du requérant est tout à fait hypothétique et ne repose sur aucun document déposé au dossier administratif.

3.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse indique que le requérant ne prétend pas ne pas pouvoir travailler. Or, le Conseil constate que le médecin-conseil n'a pas envisagé que des revenus issus du travail, seuls, seraient susceptibles de garantir l'accessibilité des soins au requérant. Par conséquent, cet argument constitue une motivation *a posteriori* de la décision attaquée, qui ne peut être acceptée dans le cadre du contrôle de légalité qu'est amené à exercer le Conseil.

3.4. Il ressort de ce qui précède que la motivation de l'avis du médecin-conseil relative à l'accessibilité en RDC du traitement nécessaire au requérant est inadéquate et insuffisante. Partant, la première décision attaquée, qui se fonde sur cet avis, ne peut être considérée comme valablement motivée.

Les deuxième et troisième moyens, réunis, sont à cet égard fondés et suffisent à l'annulation de la première décision entreprise. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects de la requête qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Le premier acte litigieux étant annulé, la demande d'autorisation de séjour, introduite le 15 février 2017, redevient pendante et recevable.

L'ordre de quitter le territoire attaqué n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également, pour des raisons de sécurité juridique.

#### **4. Débats succincts.**

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.

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.

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

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

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 15 février 2018, sont annulés.

**Article 2**

La demande de suspension est sans objet.

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

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

J.-C. WERENNE