

Arrêt

n° 259 581 du 26 août 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. DIONSO DIYABANZA
Rue des Alcyons, 95
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 VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 novembre 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, prise le 9 octobre 2018 et notifiée le 26 octobre 2018.

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 « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 26 avril 2021.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, leurs observations, Me MAKIADI MAPASI *loco* Me C. DIONSO DIYABANZA, avocat, qui compareait pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui compareait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

- 1.1. Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 25 janvier 2018.
- 1.2. Le 2 février 2018, il a introduit une demande de protection internationale.
- 1.3. Par courrier recommandé du 26 avril 2018, il a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi.
- 1.4. Le 3 octobre 2018, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. Le 9 octobre 2018, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision déclarant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt recevable mais non-fondée. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

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

Dans son avis médical remis le 03.10.2018, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

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

Etant donné que la procédure d'asile de l'intéressé est encore en cours ou qu'aucune annexe 13qq n'a encore été délivrée à la fin de la procédure d'asile, je vous demanderai de bien vouloir proroger l'attestation d'immatriculation qui lui a été délivrée jusqu'à la prise d'une décision concernant la procédure d'asile.

Veuillez également donner instruction au Registre national de réinscrire l'intéressé dans le registre d'attente ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1.1. La partie requérante prend un premier moyen « *de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et des articles 9 ter §1^{er}, alinéa 1^{er} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, de la violation de principes généraux de bonne administration, dont le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause*

2.1.2. Elle cite le prescrit de l'article 9 *ter, §1^{er}* de la Loi et rappelle des considérations théoriques relatives à l'article 9 *ter* de la Loi. Elle avance « *Que suivant l'arrêt n°135 037 du 12 décembre 2014 pris en Assemblée générale par le Conseil de Céans, le champ d'application de l'article 9 *ter* de la loi du 15 décembre 1980 citée supra est autonome de l'article 3 de la CEDH ; Que l'article 3 de la CEDH, qui constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980 précitée et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9 *ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}*, de cette loi ; Que 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°223.961 ; CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633) ; Que l'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention; Qu'en ce qui concerne la référence par la partie défenderesse à la jurisprudence de la Cour. E.D.H. relative à l'article 3 de la CEDH, il sied de constater que le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH ; Que pour justifier qu'il rentrait bien dans les conditions de l'article 9 *ter, alinéa 1^{er}* de la loi du 15 décembre 1980, le requérant a produit un certificat médical type daté du 9 mars 2018 signé par le Docteur [V.H.H.], qui a noté qu'il souffrait d'une*

hypertension artérielle de type novo, de diabète mellitus de novo et de dyslipidémie de novo (pièce n°3 annexée à la demande 9ter) ; Que quant au degré de gravité, le médecin l'a jugé moyenne ; Que le médecin a indiqué que les traitements étaient en cours notamment avec de l'Indapamide, de la Metformine, de la Simvastatine et de l'Allopurinol ; Que la durée prévue du traitement nécessaire a été indiqué comme étant à vie ; Que le médecin a précisé que les conséquences et complications en cas d'arrêt du traitement seraient défavorables sans réelle prise en charge médicale globale ; Qu'en effet, le médecin a mis en évidence un risque de crise cardiaque, d'AVC, d'insuffisance rénale, gangrène et rétinopathie ; Que le requérant a nourri sa demande par des preuves documentaires justifiant que les maladies dont il souffre ne pourraient pas être prises en charge au Congo (R.D.C.), faute de traitements adéquats et disponibles sur place en manière telle que leur suivi risquerait donc d'être sérieusement compromis en cas de retour prématuré dans son pays d'origine où l'accès aux soins de santé reste un luxe, en l'absence de système de sécurité sociale efficient ; Que pourtant, dans son rapport du 5 juin 2018 [sic], le médecin conseiller a considéré que le certificat médical fourni ne permettait pas d'établir que la requérante [sic] souffrait d'une maladie dans un état tel qu'elle entraînait un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ni un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que les soins médicaux requis existaient au pays d'origine ; Que le médecin conseiller s'est référé à cet égard à toute une série de sites internet non pertinents ; Qu'en effet, il ne ressort de ces sites internet aucune information pertinente concernant la disponibilité ainsi que l'accès aux soins dans le pays d'origine du requérant ; Que d'une part, le requérant relève que la partie défenderesse ne produit pas au dossier administratif des informations attestant de la disponibilité concrète des soins ainsi que de la possibilité d'un suivi dans son pays d'origine pour les pathologies dont il souffre ; Que d'autre part, la partie défenderesse fonde sa motivation concernant la disponibilité des soins et du suivi en République Démocratique du Congo essentiellement sur : - des requêtes qu'elle avait envoyées vers la base de données non publique MedCOI, - deux liens internet, - le fait que le requérant peut travailler, - sur l'existence de plusieurs mutuelles de santé en RDC et sur le fait que plusieurs organismes internationaux sont présents en RDC depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations en RDC ; Que concernant la base de données MedCOI et les liens internet vantés par la partie défenderesse, force est de constater que la partie défenderesse ne produit pas des informations exactes et vérifiables ; Que s'agissant de la base de données MedCOI du projet d'échange médical européen, le requérant relève qu'il ne peut objectivement vérifier l'exactitude des informations alléguées par la partie défenderesse concernant la disponibilité des soins et du traitement des pathologies dont il souffre en cas de retour dans son pays d'origine ; Qu'en effet, la base de données MedCOI n'est pas librement accessible vu qu'il faut obligatoirement avoir un nom d'utilisateur et un mot de passe pour la consulter ; Que l'accès est ainsi strictement réservé aux fonctionnaires des services d'immigration européens participant à cette base de données en manière telle qu'il n'est pas possible pour la requérante [sic] d'en vérifier le contenu ; Qu'aucun élément du dossier administratif n'atteste des informations fournies par la partie défenderesse, eu égard à la consultation de la base de données MedCOI ; Que les réponses aux requêtes MedCOI du 02.04.2018 portant le numéro de référence unique BMA-10974, MedCOI du 27.09.2017 portant le numéro de référence unique BMA-10158 et MedCOI du 17.10.2017 portant le numéro de référence unique BMA-10247 ne sont pas jointes à l'avis du médecin-conseiller en manière telle que le principe du contradictoire est mis à mal par la partie défenderesse ; Que la requérante [sic] relève sur ce point l'absence totale d'informations concrètes et vérifiables concernant la base de données MedCOI, invoquée par la partie défenderesse ; Que concernant la liste de médicaments dressée par les autorités congolaises de la santé, elle ne constitue en fait qu'une formalité, voire un vœu émis par celles-ci de disposer de tous ces produits pour se conformer aux exigences de l'OMS ; Qu'il ne ressort nullement de cette liste que ces médicaments qualifiés d'essentiels seraient effectivement disponibles en RDC ». Elle reproduit un extrait de l'arrêt du Conseil de céans n° 145 443 du 13 mai 2015 et argue « Que force est de constater que le même constat doit être opéré dans le cas d'espèce ; Que concernant l'existence de plusieurs mutuelles de santé en RDC, la partie défenderesse cite la MUSU et propose à la requérante [sic] d'y adhérer ; Que cette analyse est hors propos car la MUSU est une mutuelle de santé du syndicat UNTC (Union Nationale des Travailleurs du Congo), en manière telle que le requérant ne pourrait pas en faire partie, n'étant pas membre de ce syndicat ; Que même si par la force des choses il devenait membre de l'UNTC, elle devrait en principe payer son droit d'adhésion et serait astreinte à une période d'observation de trois mois durant laquelle elle n'aurait droit à aucun soin [Une mutuelle de santé à Kinshasa, in : <http://www.africaefuture.org/fhc/html/326.html> consulté le 2 avril 2015] ; Que pour le surplus les soins couverts par la MUSU ne sauraient prendre en compte les pathologies dont souffre la requérante [sic] [Une mutuelle de Santé à Kinshasa, in : <http://www.africaefuture.org/fnc/htm1/326.html> consulté le 2 avril 2015] ; Qu'il en résulte que la partie défenderesse n'a pas poussé plus loin ses investigations en invoquant un éventuel recours du requérant à la MUSU ; Que concernant le BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales), la partie défenderesse estime que la requérante peut s'adresser à ce Bureau ;

Le requérant souligne que les personnes physiques ne peuvent pas contracter directement avec le BDOM ; Que ce sont les mutuelles qui signent des conventions avec le BDOM, ce dernier gérant une cinquantaine de Centre de santé ; Que par ailleurs au regard des informations de la partie défenderesse, trois mutuelles de la ville de Kinshasa ont signé des conventions avec le BDOM ; Que les services qu'offre notamment le Bureau Diocésain des œuvres Médicales (BDOM) restent donc limités et ne couvrent nullement pas les soins spécialisés en médecine interne par exemple, ce dont a besoin le requérant; Qu'ainsi l'article invoqué par la partie défenderesse ne renseigne pas outre mesure sur les noms de ces mutuelles ni sur les conditions d'adhésion à celle-ci [Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles in : <http://ipsipternational.org/fr/note.asp?idnews=7489>] ; Qu'il y a lieu de conclure que la partie défenderesse n'a pas procédé à une évaluation correcte concernant les mutuelles de santé en RDC, se bornant à invoquer des documents généraux ; Que s'agissant de l'aide extérieure consacrée à la santé dont fait allusion la partie défenderesse, il sied de remarquer que les pathologies dont souffre le requérant nécessitent des soins spécifiques; Que les organismes cités ont selon la partie défenderesse, pour but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de lutter contre les grandes épidémies ou de mettre en œuvre les appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé en RDC; Que l'avis du médecin-conseiller du 3 octobre 2018 indique en effet ceci (page 4): « 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, OMS, Enabel sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaire 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. » Que dans ce contexte, le requérant ne comprend pas en quoi les actions de ces organismes contribueront à soigner les pathologies dont il souffre, nécessitant plus que de soins de santé primaire ». Elle soutient « Quant à l'argument tendant à soutenir que le requérant pourrait travailler en cas de retour dans son pays et subvenir à ses propres besoins vitaux », qu'« il est tout-à-fait approximatif, opportuniste, hypothétique voire stéréotypé; Que d'une part, le requérant a tout perdu en venant en Belgique et d'autre part, son état de santé actuel l'a fragilisé en manière telle qu'il n'est plus en état de travailler; Que le requérant ne saurait pas compter sur la solidarité familiale au Congo ni sur la générosité de ses amis et proches pour financer ses soins médicaux; Qu'au vu du prix de l'ensemble des traitements et/ou soins, du salaire moyen en République démocratique du Congo (PIB de 156,8 dollars en 2009), la famille de la requérante [sic] est dans l'impossibilité de l'aider financièrement pour les médicaments et frais médicaux ; Qu'en effet, plus de 70 % des congolais vivent avec moins d'un dollar USD par jour ; Qu'en République Démocratique du Congo, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural - où environ huit ménages sur dix sont pauvres - et milieu urbain - où moins de sept ménages sur dix sont pauvres. <http://www.ilo.org/pubHc/french/region/afpro/kinshasa/download/rdcdscrp2.pdf>): Qu'aussi, une telle solidarité n'est-elle pas une condition prévue par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 précité, et ne ressort-elle pas du tout des travaux préparatoires ayant inséré cette disposition dans cette loi ; Qu'en effet, au vu de cette disposition, la question centrale reste plutôt celle de savoir si oui ou non l'étranger qui séjourne en Belgique et qui souffre d'une maladie grave, peut avoir accès au traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, et/ou si oui ou non, le traitement adéquat y est disponible ; Qu'il en résulte que l'examen d'une demande d'autorisation de séjour sur pied de cette disposition doit se faire par rapport notamment au caractère adéquat du traitement dans l'un de ces pays et non par rapport à la solidarité familiale laquelle demeure incertaine ; Que vu sous cet angle, le traitement adéquat mentionné dans cette disposition vise un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou dans le pays 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 (Exposé des motifs, Doc.Parl, Chambre (sess.ord.), 2005-2006, n°2478/08,9, in X, Droits des étrangers, Code annoté, 2012, Ed. la Charte, p.48) ; Que dans plusieurs espèces, le Conseil de céans adopta la même approche en disant pour droit que « pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter 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 de l'examen de la demande» (C.C.E., 30 septembre 2010, n°48.809 ; C.C.E, 19 octobre 2010, 49.781. C.C.E, 26 octobre 2010, n°50.147 , in X, Droits des étrangers, Code annoté, 2012, Ed. la Charte, p.48); Qu'il en résulte que seule la situation individuelle du requérant doit être prise en compte lors de l'examen de sa demande pour déterminer qu'en cas de retour dans son pays d'origine, à savoir la République Démocratique du Congo, il aura accès au traitement adéquat pour se faire soigner des affections dont elle souffre; Qu'or, au vu d'amples explications susmentionnées, la situation individuelle du requérant ne peut lui permettre un accès au traitement adéquat dans son pays d'origine, les soins médicaux pour les affections dont il souffre étant inaccessibles et/ou indisponibles, ou à tout le moins non suffisamment accessibles ; Qu'à cet égard, dans l'examen du caractère adéquat de ce traitement, ne peut se concevoir une énumération

uniquement d'une série d'informations et de considérations qui, exhaustives et précises qu'elles soient, se limitent à une description factuelle des médicaments, praticiens et infrastructures médicales disponibles dans le pays d'origine ou de séjour, pour traiter la pathologie dont souffre du requérant; Que ne peuvent également se concevoir une mention générale de l'existence de la sécurité sociale dans le pays d'origine du requérant, ni un renvoi à la solidarité familiale ou à la possibilité de trouver du travail pour avoir des revenus et se faire soigner (*Egalement mutatis mutandis*, C.C.E., 30 septembre 2010, n°48.809 ; C.C.E, 19 octobre 2010, n° 49.781. C.C.E, 26 octobre 2010, n° 50.147, in X, Droits des étrangers, Code annoté, 2012, Ed. la Charte, p.48); Qu'il s'ensuit que la décision de la partie défenderesse, se fondant essentiellement sur l'avis du médecin conseiller, n'est pas motivée de manière adéquate; Que compte tenu des considérations qui précédent, la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation en ne tenant absolument pas compte de tous les éléments de la cause ». Elle cite un extrait de l'arrêt du Conseil de céans n° 77 755 du 22 mars 2012 et allègue « Qu'elle précise que cette motivation « consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision ». Elle doit être « adéquate », ce qui signifie qu'elle doit manifestement avoir trait à la décision, qu'elle doit être claire, précise, complète et suffisante ; Que ce faisant, sa décision n'est pas motivée de manière adéquate ; Qu'en conséquence, la décision attaquée a violé l'article 9 ter §1^{er}, alinéa 1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 dans la mesure où dénie au requérant l'accès à une demande d'autorisation de séjour dans le Royaume alors qu'il souffre des maladies telle qu'elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant car il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne; Que le premier moyen est fondé ».

2.2.1. Elle prend un deuxième moyen « de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ci-après « la CEDH », combiné avec l'article 1^{er} de la CEDH ».

2.2.2. Elle reproduit la motivation de l'acte querellé relative à l'article 3 de la CEDH ainsi que le prescrit dudit article et relève « Que la Cour européenne a déjà eu à rappeler que l'article 3 de la Convention consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques (dont récemment dans l'affaire Gäfgen c. Allemagne, 1^{er} juin 2010, 22978/05) ; Que la jurisprudence constante de la Cour précise que cette disposition ne prévoit pas de restrictions, en quoi il contraste avec la majorité des clauses normatives de la Convention, et d'après l'article 15 § 2, il ne souffre nulle dérogation, même en cas de danger public menaçant la vie de la nation (Selmouni c. France [GC], n° 25803/94, § 95, cedh 1999-V) ; Que la Cour confirme que même dans les circonstances les plus difficiles, telles la lutte contre le terrorisme et le crime organisé, la Convention prohibe en termes absolus la torture et les peines et traitements inhumains ou dégradants, quel que soit le comportement de la personne concernée (Chahal c. Royaume-Uni, 15 novembre 1996, § 79, Recueil des arrêts et décisions 1996- V); Que pour tomber, sous le coup de l'article 3, un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité. L'appréciation de ce minimum dépend de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement et de ses effets physiques ou mentaux, ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge, de l'état de santé de la victime, etc. (Irlande c. Royaume-Uni, 18 janvier 1978, § 162, série A n° 25, et Jalloh c. Allemagne [GC], n° 54810/00, § 67, CEDH 2006-IX) ; Que parmi les autres facteurs à considérer figurent le but dans lequel le traitement a été infligé ainsi que l'intention ou la motivation qui l'ont inspiré (Voir aff. Aksoy c. Turquie, 18 décembre 1996, § 64, Recueil 1996-VI ; Egmez c. Chypre, n° 30873/96, § 78, CEDH 2000-XII ; et Krastanov c. Bulgarie, n° 50222/99, § 53, 30 septembre 2004), ainsi que son contexte, telle une atmosphère de vive tension et à forte charge émotionnelle (par exemple dans l'affaire Selmouni, précité, § 104, et Egmez, loc. cit.) ; Qu'elle a défini un traitement dégradant comme étant de nature à créer des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à humilier, avilir et briser éventuellement la résistance physique ou morale de la personne qui en est victime, ou à la conduire à agir contre sa volonté ou sa conscience (nous soulignons) (voir, entre autres, Keenan c. Royaume-Uni, n° 27229/95, § 110, CEDH 2001-III) ; Que pour déterminer si une forme de mauvais traitement doit être qualifiée de torture, il faut avoir égard à la distinction, que comporte l'article 3, entre cette notion et celle de traitement inhumain ou dégradant. Ainsi que la Cour l'a relevé précédemment, cette distinction paraît avoir été consacrée par la Convention pour marquer d'une spéciale infamie des traitements inhumains délibérés provoquant de fort graves et cruelles souffrances (Irlande c. Royaume-Uni, précité, § 167 ; Aksoy, précité, § 63 ; et Selmouni, précité, § 96) ; Que la Cour rappelle aussi qu'un risque d'agissements prohibés par l'article 3 peut se heurter lui-même à ce texte s'il est suffisamment réel et immédiat. Ainsi, menacer quelqu'un de le torturer pourrait, dans des circonstances données, constituer pour le moins un traitement inhumain ; Que pour apprécier les éléments qui lui permettent de dire s'il y a eu violation de l'article 3, la Cour se rallie au principe de la preuve « au-delà de tout doute raisonnable »,

mais ajoute qu'une telle preuve peut résulter d'un faisceau d'indices, ou de présomptions non réfutées, suffisamment graves, précis et concordants (Jalloh, précité, § 67, et Ramirez Sanchez, précité, § 117) ; Que le requérant ne pourra pas se faire soigner en l'absence de traitement accessible et disponible, ce qui entraînera une dégradation de son état de santé s'apparentant à des traitements inhumains ou dégradant gravité tels que prévu par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et partant, et entrer dans les prévisions de l'article 9 ter ; Que s'il est vrai que le seuil de gravité visé par la deuxième hypothèse de l'article 9 ter, à savoir, le risque de traitement inhumain et dégradant, correspond à celui fixé par la jurisprudence de la CEDH relative à l'article 3, il n'en demeure pas moins que l'autre hypothèse visée par l'article 9 ter, à savoir le risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique, a un seuil de gravité inférieur à celui de l'article 3 de la CEDH ; Que pour le surplus, le Conseil de Céans a pris acte de l'évolution de la jurisprudence du Conseil d'Etat et a cristallisé sa propre jurisprudence selon laquelle le séjour médical (article 9 ter) offre une protection plus étendue que celle de l'article 3 CEDH ; Que ce faisant, le Conseil de Céans a contribué à clarifier l'étendue de la protection offerte par le droit belge aux étrangers gravement malades ». Elle cite un extrait de larrêt du Conseil de céans n° 135 037 du 12 décembre 2014 et argue « Que malheureusement, la partie défenderesse continue à se référer au standard requis par l'article 3 de la CEDH pour exclure du champ de cet article les pathologies dont souffre la requérante [sic] ; Qu'il ne fait aucun doute que les pathologies dont souffre le requérant atteignent bien le seuil minimum de gravité tel que requis par la jurisprudence de la Cour européenne des droit de l'homme pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et partant, entrer dans les prévisions de l'article 9 ter ; Qu'à la suite de la survenance de la décision attaquée, le requérant ne peut plus prétendre à la carte santé, ni à la mutuelle, ni par voie de conséquence aux soins spécifiques auxquels il a droit en manière telle que sa vie est sérieusement en danger; Que dans la mesure où il a été démontré dans le premier moyen que le requérant ne pouvait pas bénéficier des soins de bonne qualité dans son pays d'origine faute d'accessibilité et de disponibilité desdits soins, il apparaît clairement que la décision de la partie défenderesse exposent ce dernier à un risque suffisamment réel et immédiat d'agissements prohibés par l'article 3 CEDH dans la mesure où elle implique le retour du requérant vers un pays dans lequel les soins de santé ne sont nullement garantis; Que le deuxième moyen est fondé ».

3. Discussion

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

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

Le Conseil relève ensuite qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la Loi, 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 9 ter 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où le requérant doit être tenu pour complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application, il lui incombe de transmettre avec la demande, ou les compléments éventuels de celle-ci, tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliquer les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

3.2. En l'espèce, le Conseil constate que la décision attaquée est fondée sur un rapport établi le 3 octobre 2018 par le médecin-conseil de la partie défenderesse sur la base des documents médicaux produits par le requérant à l'appui de sa demande, rapport dont il ressort, en substance, que celui-ci souffre d'une pathologie pour laquelle le traitement médical et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

3.3. Plus particulièrement, concernant la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé en substance que « *Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine. Indapamide, Metformine, Simvastatine et Allopurinol. Suivi conseillé en médecine interne (n.d.l.r. spécialité regroupant, entre autres, la cardiologie, l'endocrinologie, etc.) Les molécules présentes au traitement médicamenteux ainsi que le suivi médical conseillé sont disponibles en Rép. Dém. Du Congo. Tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Voir https://www.fagg-afmps.be/fr/items-HOME/indisponibilites_de_medicament et https://www.rtbf.be/info/belaiae/detail_pres-de-400-medicaments-en-rupture-de-stock?id=9871444 pour les médicaments actuellement indisponibles en Belgique. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des médicaments alternatifs, en Belgique comme ailleurs. L'affection en question étant chronique, le requérant peut se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire suite à une rupture de stock. Il n'est enfin nullement exigé qu'il soit procédé à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne dispose pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine. Les informations de disponibilité émanent de la banque de données MedCOI (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé): • Requête MedCOI du 02.04.2018 portant le numéro de référence unique BMA-10974 • Requête MedCOI du 27.09.2017 portant le numéro de référence unique BMA-10158 • Requête MedCOI du 17.10.2017 portant le numéro de référence unique BMA-10247* », ce qui se vérifie au dossier administratif et n'est pas critiqué utilement en termes de requête.

S'agissant du fait que la base de données MedCOI ne serait pas librement accessible, le Conseil relève que les informations de cette base de données figurent au dossier administratif et qu'il était loisible au requérant de demander la consultation de ce dossier sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration. Quant à l'exactitude de cette base de données, le Conseil constate qu'en termes de recours, la partie requérante se limite à une contestation générale quant à la fiabilité et l'exactitude de celle-ci, sans plus de précision, alors que ce projet est une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qu'il associe 15 partenaires dont 14 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. Par ailleurs, les sources du projet sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « International SOS », « Allianz Global Assistance » et « Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine ». Enfin, le Conseil remarque que les informations médicales

communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et l'exactitude de ces données.

À propos de l'argumentation contestant une « *Liste nationale des médicaments essentiels* », le Conseil estime qu'elle manque de pertinence, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne s'étant nullement fondé sur une telle liste dans son avis.

3.4. Relativement à l'accessibilité des traitements et du suivi dans le pays d'origine, le Conseil remarque que le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué en substance que « *L'intéressé apporte différents articles en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (pièces 6 à 17 en annexe à la demande 9ter). Il affirme ainsi que les infrastructures de soins seraient inadéquates, que les familles supporterait le coût des soins, que les taux de mortalité dans les régions seraient très élevés, qu'entre 45 et 67 % de la population n'aurait pas accès aux soins, que les consultations en cardiologie seraient coûteuses, que les pathologies cardiaques ne pourraient pas être traitées efficacement, que les soins ne seraient pas de qualité, que les budgets de l'Etat alloués aux soins seraient faibles et qu'il n'y aurait pas d'assurance publique ni de mutuelle de santé. Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En outre, 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, Mamatkuloven Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Rappelons aussi que « (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire». Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical en RDC. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention {CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38}. Par ailleurs, il existe en R.D.C. plusieurs mutuelles de santé permettant d'obtenir des soins médicaux à prix réduit par le paiement d'une cotisation. Des assurances privées existent également: plusieurs groupements du genre existent actuellement au Congo R.D.C. (plus ou moins 200). 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, OMS et Enabel 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. L'intéressé peut également s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix. Soulignons que le requérant, âgé de 55 ans, est seulement arrivé en Belgique début 2018. Force est de constater que celui-ci a ainsi passé de nombreuses années dans son pays d'origine. Aussi est-il raisonnable de penser qu'il y a développé tout au long de ces années des liens sociaux privilégiés avec des citoyens de son pays. Rien n'indique non plus qu'il n'aurait pas de la famille dans le pays d'origine. Par conséquent, le requérant pourrait faire appel à ses proches en vue d'obtenir une aide financière ou matérielle dans le pays d'origine. Enfin, l'intéressé est en âge de travailler et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi au pays d'origine. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, est-il permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.*

Le Conseil observe qu'en termes de recours, la partie requérante critique en substance l'accessibilité des soins de santé grâce aux mutuelles, le BDOM, l'aide extérieure (fournie par des organisations telles que Caritas, l'OMS et la CTB), la capacité de travailler du requérant et la possibilité de faire appel à des proches pour l'aider financièrement. Ainsi, le recours aux assurances privées n'est nullement critiqué. A supposer que la partie requérante souhaite contester indirectement l'accès aux assurances privées par le fait que le requérant n'est pas en état de travailler, le Conseil observe que le certificat médical et les annexes transmis avec la demande ne comportent aucune contre-indication au travail.

S'agissant des critiques formulées à l'égard de la mutuelle MUSU, force est de constater qu'elles sont dénuées de pertinence dès lors que le médecin-conseil ne fait pas mention de ladite mutuelle dans son avis médical du 3 octobre 2018.

3.5. A propos de l'invocation d'une violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, en se référant au rapport du médecin-conseil, la partie défenderesse a déclaré non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 *ter* de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé du requérant sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant.

Quant au développement selon lequel « *suite à la survenance de la décision attaquée, le requérant ne pourra plus prétendre à la carte santé, ni à la mutuelle, ni par voie de conséquence aux soins spécifiques auxquels elle a droit en manière telle que sa vie est sérieusement en danger* », le Conseil estime qu'il n'est pas autrement étayé et n'apparaît, dès lors, nullement démontré, qu'en tout état de cause, cet élément n'est pas pertinent quant à la légalité de l'acte attaqué, lequel est fondé sur l'accessibilité et la disponibilité des traitements et suivis au pays d'origine.

3.6. Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que le médecin-conseil de la partie défenderesse a pu conclure que les traitements et le suivi nécessaires au requérant sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et la partie défenderesse a pu, en référence à l'avis de ce médecin, rejeter la demande du requérant, sans violer les articles et principes visés aux moyens ni commettre une erreur manifeste d'appréciation.

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.

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

Article unique.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY, greffier assumé,

Le greffier, Le président,

S. DANDOY C. DE WREEDE