



Arrêt

n° 263 168 du 28 octobre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : chez Me J.-P. KILENDA KAKENGI, avocat,
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, le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration.

LE PRESIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 juin 2018 par X, de nationalité congolaise, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision qui déclare non fondée sa demande de régularisation de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980* ».

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 4 octobre 2021 convoquant les parties à comparaître le 26 octobre 2021.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, le requérant, qui comparaît en personne, et Me S. ARKOULIS *locum* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant est arrivé sur le territoire belge le 12 septembre 2015.

1.2. Le 15 février 2016, il a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 3 mars 2016 mais rejetée le 19 avril 2016 et assortie d'un ordre de quitter le territoire.

1.3. Le 7 septembre 2016, il a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 21 septembre 2016 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours contre ces décisions a donné lieu à l'arrêt n° 248.277 du 28 janvier 2021 constatant le désistement d'instance.

1.4. Le 28 octobre 2016, il a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 20 janvier 2017 mais a été rejetée le 11 avril 2018.

1.5. Le 6 février 2017, il a introduit une demande de protection internationale, laquelle a donné lieu à une décision de refus du statut de réfugié et de refus de la protection subsidiaire prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 30 août 2017. Le recours contre cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 216 940 du 15 février 2019.

1.6. En date du 11 avril 2018, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, laquelle a été notifiée au requérant le 8 mai 2018.

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

«Motifs :

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 (RDC), pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 11.04.2018, (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 à son pays d'origine.

Dès lors, 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.

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 du deuxième moyen d'annulation.

2.1. Le requérant 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)* ».

2.2. Il rappelle, tout d'abord, les termes de l'article 3 de la Convention européenne précitée, qui consacre l'une des valeurs fondamentales de toute société démocratique et prohibe en termes absolus la torture et les traitements inhumains ou dégradants quels que soient les circonstances et les agissements de la victime.

Il ajoute que « *la Cour EDH a déjà considéré que l'éloignement par un Etat membre peut soulever un problème au regard de l'article 3 de la CEDH, et donc engager la responsabilité d'un État contractant au titre de la Convention, lorsqu'il y a des motifs sérieux et avérés de croire que la partie requérante courra,*

dans le pays de destination, un risque réel d'être soumise à des traitements contraires à l'article 3 de la CEDH. Cet article implique donc l'obligation de ne pas éloigner la personne en question vers ce pays (voir : Cour EDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 75, et les arrêts auxquels il est fait référence ; adde Cour EDH 26 avril 2005, Musli/Turquie, § 66) ;

Que la Cour EDH a jugé que, pour vérifier l'existence d'un risque de mauvais traitements, il y a lieu d'examiner les conséquences prévisibles de l'éloignement de la partie requérante dans le pays de destination, compte tenu de la situation générale dans ce pays et des circonstances propres au cas de la partie requérante (voir: Cour EDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 78 ; Cour EDH 28 février 2008, Saadi/Italie, §§ 128-129 ; Cour EDH 30 octobre 1991, Vilvarajah et autres/Royaume-Uni, § 108 in fine) ; Que la partie adverse doit se livrer à un examen aussi rigoureux que possible des éléments indiquant l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la CEDH (Cour DH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, §§ 293 et 388) ».

Ainsi, il souligne que, dans sa demande d'autorisation de séjour, il avait, avant la prise de toute décision, demandé à la partie défenderesse de le faire examiner par son médecin conseil. Or, ce dernier a totalement ignoré sa demande et la partie défenderesse, se fondant sur un « *rapport complaisant* » de son médecin fonctionnaire, a déclaré non fondée sa demande d'autorisation de séjour qui, à tort, a affirmé qu'il ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, et que ses pathologies ne présentent aucun risque réel de traitement inhumain ou dégradant. La partie défenderesse ajoute qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive européenne 2004/83/CE et à l'article 3 de la Convention européenne précitée. Or, il prétend que ses pathologies nécessitent un traitement sérieux et qu'elles représentent un risque réel pour sa vie et une menace pour son intégrité physique.

Il déclare, qu'en raison de l'inaccessibilité aux soins dont il va certainement pâtir en cas de retour forcé dans son pays d'origine, il risque la mort. En effet, il prétend que sa santé physique et psychologique risque d'en pâtir compte tenu du diagnostic posé par ses médecins. Il tient à mettre particulièrement en exergue le fait que les structures sanitaires font cruellement défaut dans son pays d'origine. Plus particulièrement, il ressort des informations sur son pays que la situation sanitaire ne permet de garantir les soins médicaux adéquats.

Ainsi, il soutient que, 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/>

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 démener pour accéder au niveau le plus élémentaire des services de santé.

<http://www.msf-azg.be/fr/nouvelle/r%C3%A9publique-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>

Pour en finir avec le désastre sanitaire en RDC, deux responsables de Médecins du monde, Thierry Brigand et Pascale Barnich-Mungwa, dressent le bilan de la situation sanitaire en République démocratique du Congo, <http://www.slateafrique.com/96709/rdc-humanitaire-desastre-sanitaire-congo-kinshasa-mise-a-jour-le-22.10.2012> ».

Il prétend qu'il s'agit d'un bilan récent et que la situation reste inchangée.

Par ailleurs, il fait référence aux travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi précitée du 15 décembre 1980, dont il ressort 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* », « *Qu'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* ».

Dès lors, il déclare qu'il existe un danger pour sa vie s'il est privé de son traitement. En effet, il rappelle que sa pathologie constitue une menace directe pour son intégrité physique et que le risque de subir un mauvais traitement doit s'apprécier par rapport à sa situation dans l'hypothèse où il retournerait dans son pays d'origine ou de séjour.

En outre, il tient à rappeler l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 13 juin 1997 qui a jugé que « *pour qu'un traitement soit inhumain et dégradant : il n'est pas nécessaire qu'il mette en péril la vie même de celui auquel il est infligé ; qu'il suffit pour qu'il soit qualifié tel qu'il mette gravement en question les droits fondamentaux des personnes auxquelles il est infligé ; que parmi ces droits fondamentaux figure le droit à l'intégrité physique et en conséquence le droit de recevoir des soins appropriés dans des conditions décentes*

Il souligne présenter un état de santé critique et le fait qu'un retour en République démocratique du Congo ne lui permettra pas de poursuivre les soins qu'il a déjà entrepris dans le Royaume vu la situation sanitaire dans ce pays. Dès lors, il prétend que la partie défenderesse aurait dû examiner les conséquences de son éloignement compte tenu de la situation générale dans son pays d'origine et des circonstances propres à son cas.

Il ajoute qu'« *il est indéniable que le fait de priver une personne malade d'un traitement adéquat et de lui générer ainsi de graves souffrances physiques et morales doit être considéré comme un traitement cruel, inhumain et/ou dégradant* ».

Il estime que les circonstances concrètes propres à son cas et celles relatives à la situation générale en République démocratique du Congo démontrent qu'il se trouve bien dans une situation telle qu'il encourt un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans son pays d'origine. Dès lors, il estime que la partie défenderesse le place en connaissance de cause dans une situation de souffrance proche d'un traitement inhumain et/ou dégradant. Par ailleurs, il précise que sa situation pourrait fortement dégénérer si une prise en charge médicale n'était pas mise en place de manière adéquate.

Par conséquent, il apparaît que l'ensemble de ces éléments établit qu'il existe manifestement un préjudice grave et difficilement réparable en cas de retour au pays d'origine de sorte que le risque de violation de l'article 3 de la Convention européenne précitée est démontré. Il ne peut donc pas être renvoyé dans son pays d'origine.

Il fait également référence à l'arrêt n° 96.837 du 11 février 2013, et souligne qu'il s'agit d'un renvoi vers l'Italie de sorte qu'il s'interroge sur le cas d'un renvoi en République démocratique du Congo. Il prétend donc que la conclusion du médecin conseil de la partie défenderesse sur l'accessibilité et la disponibilité des soins est des plus erronées et souhaite en démontrer l'inanité.

Ainsi, il relève que sous le rapport « *Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine* », la partie défenderesse a affirmé que « *son rôle n'est pas 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* » et affirme que les documents qu'il a produits ne le visent pas personnellement.

Il estime que ces arguments de la partie défenderesse sont des plus « fallacieux » pour différentes raisons.

D'abord, il estime qu'ils « vont à contre-courant de la jurisprudence solidement établie du Conseil d'Etat qui est la plus haute juridiction administrative du Royaume. 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 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, il relève que la partie défenderesse fait état du système de sécurité sociale en République démocratique du Congo, lequel paierait une pension aux personnes âgées de plus de 65 ans. Or, il tient à souligner qu'il n'est lié actuellement à aucun employeur en République démocratique du Congo par un contrat de travail pour qu'il puisse être éligible au régime de sécurité sociale. Il ajoute qu'il n'est pas fonctionnaire de l'Etat ni agent d'un quelconque service public. Il prétend que dans la pratique, ce système de sécurité sociale est purement et simplement théorique et qu'il s'agit d'un système « ornementalé ». Dès lors, il déclare qu'il existe une distance criante entre les déclarations de principe et les réalités sur le terrain de la vie quotidienne.

Il ajoute que le fait qu'il soit un ancien directeur et chef d'agence de la Banque Nationale ne lui confère aucun avantage particulier en matière de soins médicaux dans son pays d'origine et que l'hôpital du Cinquantenaire dont fait état la partie défenderesse n'améliore nullement sa situation quand on sait que « le sérail présidentiel, les députés, les ministres et tous les nantis de la RDC se font tous soigner à l'étranger ». Il précise que « Si tel n'était pas le cas, pour quelles raisons la Belgique délivre-t-elle alors des visas pour permettre à certains congolais de venir se faire soigner dans le Royaume ? ».

De même, s'agissant de l'existence des mutuelles dont la partie défenderesse fait mention, lesquelles interviendraient au profit de leurs membres, il relève que la partie défenderesse ne mentionne pas exactement la qualité des membres de ces mutuelles et les formations médicales qui leur assureraient des soins adéquats. Il s'interroge également sur la liste exacte des formations médicales congolaises, leur dénomination, et le descriptif précis de leur matériel médical, des services qu'ils offrent pour montrer que le traitement du requérant est bien disponible et lui est accessible en République démocratique du Congo. Il ajoute que l'existence des seules mutuelles de santé n'implique pas l'accessibilité et la disponibilité des soins et suivi dans le pays d'origine.

De plus, il constate que la partie défenderesse lui oppose ses déclarations devant les instances d'asile où il a reconnu avoir une famille nombreuse (sept enfants) et en déduit qu'il peut très bien s'appuyer sur ses enfants pour s'offrir les soins dont il a besoin. Or, il estime que l'existence de ses enfants n'induit pas automatiquement la mobilisation des ressources financières pour subvenir aux besoins des siens. Il estime que l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé sur ce point dès lors qu'il n'expose pas les moyens dont disposent ses enfants pour qu'il leur soit permis de le prendre médicalement en charge.

D'autre part, il observe que l'acte attaqué poursuit en indiquant 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, 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 ». Il estime que cet argument n'est pas sérieux pour plusieurs raisons. Tout

d'abord, il souligne l'existence du programme quinquennal du gouvernement « *Révolution de la modernité* » qui s'est étalé de 2011 à 2016 mais ne démontre nullement que ce programme, pendant le laps de temps de sa mise en œuvre, a créé des structures médicales et des infrastructures nécessaires donnant accès à tous aux soins médicaux. En effet, il souligne que 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, il précise que ce programme ne viserait que vingt mille bénéficiaires alors que la population congolaise se monte aujourd'hui à plus de soixante millions de personnes.

Enfin, il déclare que la partie défenderesse 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*

. Il estime que « *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, spécifique du [requérant]* ». Il s'interroge également sur le fait de savoir pourquoi les informations devraient émaner d'une base de données non publique dès lors que le caractère occulte de la base de données contraste avec le devoir de motivation de toute décision qui s'impose à l'administration.

Dès lors, il estime que la conclusion de la partie défenderesse 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* » (Réd. Dém.) » est « *des plus brutales et hautement fallacieuse* ». Il en serait d'autant plus ainsi que les officiels congolais (famille présidentielle, Ministres, Députés) et toutes les personnes nanties financièrement viennent se faire soigner à l'étranger.

Par ailleurs, il trouve assez curieux que, pour étoffer son argumentaire sur la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin conseil de la partie défenderesse se fonde sur des médecins locaux non autrement identifiés qui ont requis l'anonymat pour une prétendue raison de sécurité et sur des institutions qui, en réalité, n'apportent aucune plus-value sur la situation sanitaire en République démocratique du Congo. Il renvoie à la note de bas de page n° 1 de la page 5 de l'avis du médecin conseil. Il prétend que cela prête le flanc à la critique à bien des égards. Tout d'abord, il ne comprend pas les raisons pour lesquelles les présumés médecins locaux ont requis l'anonymat car s'il est exact que les soins sont disponibles dans le pays d'origine, ces médecins doivent être à même d'indiquer la localisation géographique et les dénominations exactes de toutes ces formations médicales qui prodiguerait les soins vantés.

Deuxièmement, il relève que ces médecins locaux sont sous contrat, ce qui signifierait qu'ils reçoivent des sommes d'argent en devises qui leur permettent de subvenir confortablement à leurs besoins, à la différence de ceux de leurs confrères qui ploient sous un salaire de misère, du reste rarement payé par l'Etat congolais. Dès lors, il estime que tous les ingrédients sont réunis pour que ces médecins payés par l'étranger établissent des rapports de complaisance, en réalité mensongers, sur la disponibilité et l'accessibilité des soins. Il prétend qu'ils sont engagés pour aider à l'expulsion de leurs nationaux des pays étrangers.

Troisièmement, il relève que la référence précitée contraste avec les attestations médicales qu'établissent les médecins congolais prestant sur place en République démocratique du Congo, qui recommandent leurs patients à des formations médicales belges pour les soins médicaux. Il ajoute que le Ministre de la santé lui-même n'hésite pas à délivrer des ordres de mission à certains fonctionnaires de l'Etat malades. Dès lors, il estime que l'avis médical du médecin conseil est un avis qui n'est pas crédible dans la mesure où les médecins véritablement locaux ne requièrent nullement l'anonymat et signent leurs attestations médicales. Il lui semble donc difficile de comprendre pour quelles raisons ceux qui seraient sous contrat avec la partie défenderesse presterait dans l'anonymat complet et dans l'opacité. Pour lui, la seule raison est que leurs rapports sont mensongers afin de porter préjudice aux patients réellement souffrants.

3. Examen du deuxième moyen d'annulation.

3.1. S'agissant du deuxième moyen, et plus particulièrement de la question de l'accessibilité aux soins médicaux, l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, stipule que « *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.* »

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

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 précédent 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 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 l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Par ailleurs, l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celui-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

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

3.2. En l'espèce, il ressort du dossier administratif que le requérant a sollicité une autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 en date du 28 octobre 2016 et indique qu'il souffre d'adénocarcinome prostatique de score de Gleason 7, de stade pT2cNOR1, qui a été opéré le 12 avril 2016 et a connu une récidive biologique avec un traitement de radiothérapie de sept semaines du 29 janvier 2018 au 16 mars 2018 ; un diabète de type 2, une hypertension artérielle ; ainsi qu'une dyslipidémie. En outre, il apparaît également qu'un implant pénien est envisagé. Le traitement médicamenteux requis pour ces pathologies consiste en : metforme, uni diamicron, insuman basal solo star, redemax, coversyl, lisinopril, simvastatine et asaflow et le suivi par un urologue, un oncologue, un cardiologue, un endocrinologue, un ophtalmologue et un médecin interniste est requis.

En termes de requête et plus spécifiquement dans le cadre du deuxième moyen, le requérant s'interroge sur la pertinence des arguments avancés par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis médical quant à l'accessibilité des soins au pays d'origine. Il estime que la partie défenderesse n'a pas motivé adéquatement l'acte attaqué sur cet aspect.

Dans son avis médical du 11 avril 2018, le médecin conseil de la partie défenderesse s'est prononcé de la manière suivante sur la question de l'accessibilité aux soins au Congo : « *Notons d'emblée que le*

conseil du requérant invoque diverses difficultés qui existeraient au pays d'origine quant à l'accès aux soins. Or, celui-ci n'apporte avec la demande aucun document pour soutenir ces allégations. Soulignons qui incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Notre administration ne pouvant objectivement vérifier ces assertions, il ne peut en être tenu compte.

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 (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, 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 (BOOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix

Ajoutons que la R.D.C. propose un système de sécurité sociale prévoyant une pension pour les personnes âgées de plus de 65 ans (pour les hommes). L'intéressé sera ainsi, dès le mois de juin, en droit de demander cette allocation. Notons que rien n'indique que le requérant n'entrerait pas dans les conditions pour en bénéficier d'autant qui a déclaré lors de sa demande d'asile avoir notamment travaillé à la Banque nationale du Congo de 1984 à 2015 comme cadre puis directeur d'agence.

Notons aussi que le requérant a déclaré avoir 7 enfants majeurs dans le pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité.

Précisons que nous devons considérer ces informations comme étant crédibles puisque le requérant les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître comme réfugié

Par ailleurs, le requérant avait souscrit une assurance maladie et rapatriement au près d'un assureur privé (pièce 11 de la demande 9ter) ce qui démontre qu'il dispose de moyens financiers suffisants pour souscrire à ce type d'assurance privée dans le pays d'origine.

Il résulte de ce qui précède que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Congo. 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, §36).

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 (République démocratique du) ».

Ainsi, le requérant remet en cause le fait qu'il pourrait bénéficier du système de sécurité sociale qui paierait une pension aux personnes de plus de 65 ans déclarant qu'il n'est pas éligible au système de sécurité sociale. En effet, il ressort des informations contenues dans l'avis médical à ce sujet que rien ne permet de démontrer que le requérant y aurait accès, aucune information sur les conditions pour bénéficier de la pension n'est indiquée, pas plus que le montant de la pension ou si les soins médicaux nécessaires au requérant seront pris en charge par le système de sécurité sociale. Il apparaît que les informations fournies par le médecin conseil se fondent sur des supputations et des généralités mais sans démontrer la pertinence ou la réalité des propos qu'il avance et qui permettraient de s'assurer avec certitude d'une accessibilité au traitement nécessaire pour le requérant souffrant de pathologies importantes et graves.

Le requérant remet également en cause son accessibilité aux mutuelles en relevant que rien n'indique, dans ledit avis, la qualité des membres des mutuelles, la liste exacte des formations médicales congolaises, leur dénomination, le descriptif précis de leur matériel médical, des services qu'ils offrent afin de démontrer que le traitement est accessible au Congo. Le Conseil observe effectivement que la source mentionnée par le médecin conseil ne fournit aucune information à ce sujet. Il ressort de l'article intitulé « *Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles* » qu'il s'agit d'une prise en charge des soins primaires. Or, rien n'indique si les soins nécessaires au requérant sont considérés

comme des soins primaires, à quelle hauteur ils sont pris en charge, sur quelle durée,... de sorte qu'il ne peut être affirmé avec certitude que les soins nécessaires au requérant lui seront accessibles par le biais des mutuelles dont fait mention le médecin conseil de la partie défenderesse. Quant aux assurances privées, le médecin conseil ne précise pas davantage les conditions pour bénéficier de l'intervention de ces assurances ni les soins pris en charge, ...

Quant à l'existence de ses sept enfants majeurs au pays d'origine, cela n'implique pas nécessairement que ces derniers disposent de la capacité financière (ou de la volonté) pour prendre en charge le requérant et le traitement qui lui est nécessaire ; de telles informations ne pouvant être alléguées avec certitude de sorte que les propos du médecin conseil de la partie défenderesse ne peuvent garantir l'accessibilité aux soins par ce biais-là.

Enfin, il fait référence au Bdom ou encore à l'existence d'organisations telles que Caritas, OMS, Enabel,... Concernant la première référence, à nouveau, le médecin conseil n'indique pas les conditions pour bénéficier de ce système ou encore s'il couvre les soins que nécessite l'état de santé du requérant. Concernant les autres organisations, les propos tenus par le médecin conseil dans son avis médical visent une situation générale mais ne font nullement allusion à la situation particulière du requérant, de sorte qu'ils ne permettent pas d'affirmer avec certitude que ce dernier aura accès aux soins de santé que son état nécessite.

Quant au fait que le requérant aurait souscrit une assurance maladie et rapatriement auprès d'un assureur privé, ce qui démontrerait l'existence de moyens financiers suffisants dans son chef, le simple fait de souscrire à une assurance maladie et rapatriement ne peut en aucun cas conduire à la conclusion que le requérant dispose de moyens suffisants afin d'accéder au traitement dont il a besoin au pays d'origine ou encore que les soins qui lui sont nécessaires sont accessibles dans ce pays. Une telle conclusion hâtive ne saurait valablement être tirée par le médecin conseil de sorte que cette affirmation ne peut être considérée comme fondée.

3.3. Dès lors, au vu des éléments développés *supra*, la partie défenderesse ne peut estimer, avec certitude, que le requérant aurait effectivement accès aux soins de santé en cas de retour dans son pays d'origine, à savoir le Congo.

Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse se contente de rappeler les constats dressés par le médecin conseil dans son avis médical du 11 avril 2018 et estime que le requérant n'a apporté aucun élément de preuve objectif permettant de contester les conclusions de la partie défenderesse. Or, ces propos ne permettent pas de remettre en cause les constats dressés ci-avant.

3.4. Cet aspect du deuxième moyen est, dès lors, fondé à cet égard, et suffit à l'annulation de la décision querellée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du deuxième moyen ni les autres moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. 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.

5. 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^{er}

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, prise le 11 avril 2018, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

M. P. HARMEL,
M. A. IGREK,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,
greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK.

P. HARMEL.