



## Arrêt

**n° 266 131 du 23 décembre 2021  
dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. GARDEUR  
Rue Lieutenant Lozet 3/1  
6840 NEUFCHÂTEAU**

**Contre :**

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

### **LA PRÉSIDENTE DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 3 août 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 25 juin 2018.

Vu le titre I<sup>er</sup> 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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 7 août 2018 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 15 octobre 2021 convoquant les parties à l'audience du 16 novembre 2021.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendus, en leurs observations, Me O. TODTS *loco* Me A. GARDEUR, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. La requérante serait arrivée sur le territoire belge le 1<sup>er</sup> avril 2013, en possession d'un visa court séjour (type C).

1.2. Par un courrier daté du 13 juin 2013, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a fait l'objet d'une décision la déclarant irrecevable prise par la partie défenderesse le 7 octobre 2013, assortie d'un ordre

de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 235 872 du 19 mai 2020, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.3. Par un courrier daté du 4 août 2017, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a fait l'objet d'une décision la déclarant non fondée prise par la partie défenderesse le 25 juin 2018, assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

Ces décisions, lui notifiées le 5 juillet 2018, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« *Motif* :

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

*Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 23.02.2015, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que rien 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 de la requérante à son pays d'origine.*

*Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Rép. dém. Congo (RDC).*

**Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.**

Dès lors,

- 1) *les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine*
- 2) *Du point de vue médical, nous pouvons conclure que ces affections médicales n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en RDC 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 ».*

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

« *MOTIF DE LA DECISION* :

*L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :*

- o **En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :**  
*L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».*

## 2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « la violation de l'article 9 ter, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, des articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, des droits de la défense dont le droit d'être entendu et du principe audi alteram partem, du principe de bonne administration à tout le moins de l'erreur manifeste d'appréciation, de l'inexactitude de l'acte attaqué, de l'insuffisance de motivation, de la violation du devoir de soins et de minutie ».

2.1.1. Dans une première branche, après avoir rappelé en substance l'avis médical du médecin conseil, tout en soulignant que ce dernier s'est abstenu d'examiner la requérante ou interroger les médecins qui la suivent, la partie requérante indique que « pour en arriver à cette conclusion, que les soins sont disponibles au pays d'origine, le médecin conseiller de la partie adverse fait donc référence, pour la question de la disponibilité des soins, à une base de données non publique dans le cadre d'un projet nommé MedCOI » qu'elle définit comme un « projet financé par le Fond Européen pour les réfugiés dont la description prévoit qu'il vise à établir un COI médical en vue de déterminer les besoins de protection des demandeurs d'asile, cela signifiant donc que la finalité de l'information rassemblée n'est pas en phase avec l'examen que mène l'OE dans le cadre des 9ter ». Elle rappelle que « selon le médecin conseiller, ayant fait une recherche dans cette base de données, le suivi et le traitement seraient disponibles en RDC » et soutient que « la requérante n'a malgré ses demandes, auprès du service publicité de l'administration, pas à ce jour reçu la copie des requêtes Medcoi visées dans la décision attaquée ».

La partie requérante ajoute qu' « en tout état de cause, l'information du médecin conseiller, telle qu'elle ressort de son rapport sur la disponibilité des soins, ne donne aucune autre précision ; qu'elle pourrait ne plus être d'actualité ; qu'elle ne donne pas d'information quant à la qualité des soins et des traitements dans ce pays », et que « sur base des informations données par la partie adverse, il n'est pas permis d'établir que le traitement est effectivement disponibles au pays d'origine, le document ne contenant à cet égard aucune information, le rapport précisant d'ailleurs en note de page n°1 de la page 3 que les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies (clause de non-responsabilité) », avant de souligner que « la requérante avait insisté dans sa demande de séjour sur le fait que le système de soins de santé dans son pays n'était pas performant et qu'elle ne serait pas correctement prise en charge ».

Concernant les établissements renseignés dans l'avis médical, la partie requérante fait valoir que « le Padiyath Medicity Hopital Du Cinquantenaire cité par le médecin conseiller n'est pas accessible pour la plupart des congolais comme l'indique l'article de RFI publié le 23 mars 2014 signalant que cet hôpital ne sera manifestement pas accessible à tous dans la mesure où les prix qui seront pratiqués seront hors de portée de la très grande majorité des congolais, rappelant qu'un tiers de la population vit avec à peine un peu plus d'un dollar par jour », que « concernant le centre hospitalier Fidji, le site internet renseigné dans l'avis médical montre qu'il s'agit d'une petite structure se trouvant dans la ville de Kinshasa ; le site vente toute une équipe de spécialiste mais ne donne aucun renseignement sur ceux-ci; qu'aucun nom de médecin n'est repris ; qu'il est impossible de s'assurer qu'un médecin cardiologue ou ophtalmologue y travaille et que les soins nécessaires pourraient y être apportés à la requérante », et qu'« il en va de même pour le Ngaliema Medical Center dont le site internet montre que pour le soi-disant service ophtalmologie, il est « en cours » ; qu'il n'est donc pas établi que cette clinique dispose actuellement d'un service de ce type ». Elle déduit ainsi que « la décision attaquée n'établit dès lors nullement que les soins adéquat pour le suivi de la requérante seraient disponibles en RDC ».

Après avoir exposé des considérations théoriques relatives à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante considère que « la partie adverse ne démontre nullement que la requérante pourrait être traité de manière appropriée en RDC et n'a également nullement tenu compte de sa situation individuelle ni d'ailleurs examinée ».

En outre, la partie requérante estime que « l'analyse faite par le médecin conseiller de la partie adverse de l'accessibilité aux soins pose aussi question », avant de rappeler que « l'analyse du médecin conseiller indique que la RDC a un système de soins de santé qui serait accessible à la requérante » et que « pour affirmer cela, il se base sur différents articles tirés d'internet ». Elle fait valoir que « de manière pour le moins contradictoire, la médecin conseiller indique ne pas tenir compte des articles de presse rapport que la requérante a déposés pour appuyer sa demande de séjour pour raison médicale

qui décrivaient l'état catastrophique et les carences du système de soins de santé en RDC, en raison du caractère général de ces documents ; que, pourtant, la partie adverse, qui faut-il encore le rappeler n'a pas pris la peine d'examiner la requérante, n'a déposé dans le dossier administratif que des documents tout à fait généraux et ne démontrant en rien que ceux-ci sont applicables à la situation personnelle de cette dernière » et souligne que « les articles cités par la requérante à l'appui de sa demande de 9 ter pointaient clairement la totale déficience du système de soins de santé de RDC et ce à tous niveaux ; qu'ils étaient donc très pertinents et devaient évidemment être retenus ».

La partie requérante indique en outre que « selon le médecin conseiller, la RDC développerait un système de mutuelle de santé qui permettrait d'obtenir des soins à prix réduit et il semble en déduire que la requérante pourrait en bénéficier » avant de soutenir que « tel n'est pourtant nullement le cas ». Elle avance que « concernant les mutuelles qui permettraient d'avoir des soins à prix réduit, le médecin-conseiller se base sur un article de décembre 2013 d'Inter press service news ; que cet article fait référence notamment : *Par contre, la majorité des fonctionnaires de Likasi ont des dettes auprès des structures sanitaires où ils sont enregistrés comme des clients insolvable. ...*

*Depuis avril 2011, l'Etat congolais subventionne, à hauteur de 300.000 dollars par mois, la mutuelle de santé du secteur de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel. L'objectif est de faciliter aux enseignants et à leurs proches l'accès aux soins de santé primaires. ...*

«Seule votre carte de membre vous donne droit aux examens de laboratoire et aux soins quand vous vous présentez dans un centre de santé», souligne Dady Mputu, responsable provincial de la mutuelle de l'Union nationale des travailleurs du Congo », article pour lequel elle précise qu'il « fait donc référence à des mutuelles dont peuvent bénéficier des personnes qui travaillent en RDC (fonctionnaires, enseignants, ...) » et qu'« il n'est donc nullement établi que la requérante pourrait bénéficier de ce type d'aide ».

La partie requérante rappelle ensuite que « l'avis du médecin-conseiller se réfère également à un article sur les mutuelles de santé qui indique : **Les Mutuelles de Santé LIBIKI de la Commune de Ngaba, ELIKYA de la Commune de Matete et MUSAKI de la Commune de Kisenso, poursuivent la sensibilisation afin d'atteindre le seuil de 2000 bénéficiaires pour le démarrage de leur première année de prestations des soins. Avec une cotisation de 22\$/an/personne pour une adhésion familiale pour un paquet qui couvre la consultation, les examens de laboratoire, les médicaments, la CPN +1 échographie, CPS, accouchement simple, césarienne et l'hospitalisation. ...**

*Voilà la situation actuelle des Mutuelles de santé précitées :*

1. LISANGA (Commune de Lingwala) 2117 Bénéficiaires ;

2. TOSUNGANA (Commune de Kinshasa) 1034 Bénéficiaires ;

3. BOMOTO MPE ELIKYA (Bandalungwa et Kintambo) 213 Bénéficiaires », article qui, selon elle, « montre qu'un nombre extrêmement réduit de personnes sont couvertes dans ce cadre, pour un coût qui reste important vu la grande précarité sévissant dans le pays ; que de plus la couverture concerne des prestations limitées ».

En ce que « le médecin conseiller fait référence à la MUSECKIN qui est la mutuelle des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, de sorte que l'article y relatif n'est nullement pertinent en l'espèce pour établir ladite accessibilité, la requérante n'ayant pas invoqué être enseignante dans une école », la partie requérante estime que « cela ne démontre nullement l'accessibilité aux soins de ce pays vu les problèmes de santé de la requérante, au contraire ». Concernant l'article de l'Avenir auquel le médecin conseil se réfère, « qui annonce que la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité a été promulguée le 9/02/2017 ; cette loi prévoit une «assurance maladie obligatoire pour toutes les personnes offrant la possibilité de retenue des cotisations à la source», facultative pour les autres », la partie requérante considère que « le fait qu'une loi a été récemment promulguée pour régler le système des mutuelles en RDC ne signifie nullement que le système est efficace et que cela permettra l'accessibilité aux soins pour la requérante vu sa lourde problématique médicale ».

Quant à l'information fournie par le médecin conseil relative au Bureau diocésain des œuvres médicales, la partie requérante estime qu'elle est « imprécise et parcellaire » et soutient que le site internet Solidarco auquel le médecin renvoie à cet égard « ne permet pas de déterminer, concrètement, si la requérante pourrait s'affilier au BDOM, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts. Il en va de même des prestations offertes par le BDOM. Il doit donc être constaté que le médecin conseil n'a nullement cherché à déterminer si les soins primaires mentionnés, couvrent les soins et médicaments dont a besoin la requérante ».

Par ailleurs, la partie requérante avance que « le fait que la requérante soit arrivée en Belgique avec un visa de type C en 2013 grâce à une prise en charge n'est pas relevant et ne démontre nullement la possibilité pour la requérante de subvenir à ses besoins en RDC et démontre encore moins l'accessibilité aux soins dans son pays d'origine ». Elle précise également que « concernant le fait que la requérante ne démontrerait pas disposer de famille en RDC et le fait qu'il n'y aurait pas d'élément mettant en doute la présence d'entourage en RDC pouvant l'aider, elle rappelle qu'elle avait expressément signalé à l'appui de sa demande que « *la requérante, qui est âgée, n'a au pays plus aucun référent familial qui pourrait l'héberger en RDC ne serait-ce que momentanément. Elle doit pouvoir être encadrée au quotidien vu ses importants problèmes de vue et de santé. Elle bénéficie ici d'un tel encadrement vivant avec sa fille, son beau-fils et ses petits-enfants* » », et reproduit à cet égard un extrait de l'arrêt n° 202 340 du 12 avril 2018 du Conseil de céans.

La partie requérante « rappelle aussi à nouveau la situation spécifique des femmes en RDC qui sont particulièrement vulnérables, comme indiqué dans sa demande de séjour » et indique que « les soins, de toute façon inexistant dans sa situation, seraient aussi inaccessibles, contrairement à ce qu'affirme la partie adverse en se basant sur l'avis plus que critiquable de son médecin conseiller », avant de déduire que « la décision attaquée viole donc les dispositions visées au moyen ; que la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et sa décision présente un défaut de motivation ».

Enfin, après avoir reproduit un passage de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme du 13 décembre 2016 *Paposhvili c. Belgique*, la partie requérante conclut qu'« un contrôle rigoureux de la situation individuelle de la requérante n'a pas été effectué quant à la disponibilité et l'accessibilité des soins » et qu'« un ordre de quitter le territoire ne pouvait pas être pris à l'encontre de la requérante », et estime que ces décisions « violent donc les dispositions visées au moyen ».

2.1.2. Dans une deuxième branche, la partie requérante fait valoir que « la procédure d'adoption de la décision attaquée est critiquable dans la mesure où, conformément au droit de la défense, la requérante aurait dû être entendue avant qu'une décision pouvant lui faire grief soit prise » et que « tel est le cas de la décision attaquée qui estime, sur base de l'avis de son médecin conseiller, que les soins seraient disponibles et accessibles en RDC dans la situation de la requérante, sans que cette dernière ait pu réagir aux arguments développés par le médecin conseiller qui, pour rappel, ne l'a pas non plus examiné ». Elle reproduit en substance l'article 124 du Code de déontologie médicale ainsi qu'un extrait de l'arrêt C-277-11 de la Cour de justice de l'Union européenne *M.M. contre Irlande* du 22 novembre 2012, et expose des considérations jurisprudentielles relatives au droit d'être entendu, avant de soutenir que « la décision attaquée a été prise avant même que la requérante soit entendue et vu alors qu'elle l'affectait évidemment défavorablement estimant qu'il pouvait être soigné en RDC sans entrave et donc sans risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant alors que ce n'est nullement le cas ».

Évoquant l'arrêt *Melki et Abdeli* de la Cour de justice de l'Union, la partie requérante rappelle le principe de primauté du droit de l'Union européenne sur le droit national, et conclut que « le médecin conseiller de la partie adverse devait interroger la requérante et une analyse de son dossier avec tous leurs commentaires était indispensable pour être en mesure d'apprécier la question du risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine en fonction de son état de santé et des soins nécessaires ». Elle estime que « la décision attaquée n'est donc pas adéquatement motivée » et en demande l'annulation.

### **3. Discussion.**

3.1. À titre liminaire, le Conseil rappelle que l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué (cf. notamment, C.E., 8 novembre 2006, n° 164.482). Or, force est de constater qu'en l'occurrence, la requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière l'acte attaqué violerait l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, les articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (ci-après : CEDH) et l'article 119 du Code de déontologie médicale.

Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions.

En outre, le Conseil observe que la partie requérante reste en défaut d'identifier le principe de « bonne administration » qu'elle estime violé en l'espèce, ceci alors même que le Conseil d'Etat a déjà jugé, dans une jurisprudence à laquelle le Conseil se rallie, que « *le principe général de bonne administration n'a pas de contenu précis et ne peut donc, à défaut d'indication plus circonstanciée, fonder l'annulation d'un acte administratif* » (C.E., arrêt n° 188.251 du 27 novembre 2008). Force est dès lors de constater que le moyen, en ce qu'il est pris de la violation du principe « de bonne administration », ne peut qu'être déclaré irrecevable.

3.2. Sur les deux branches réunies du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique [...] 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 troisième et cinquième alinéas de ce premier paragraphe indiquent 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. [...] 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* ».

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

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue la partie défenderesse doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité administrative ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ses motifs (voir en ce sens, notamment, C.C.E., arrêt n° 11.000 du 8 mai 2008). 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. Il s'agit d'un contrôle de légalité en vertu duquel celle-ci n'est pas compétente 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 n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2.1. En l'espèce, le Conseil constate que la première décision entreprise est fondée sur un rapport, établi le 21 juin 2018 par le médecin conseil de la partie défenderesse sur la base notamment d'un certificat médical type du 10 mai 2017 produit par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, duquel il ressort, en substance, qu'elle souffre d'une cataracte opérée à l'œil gauche, de la perte de son œil droit, d'une « *Décompensation cardiaque majeure stabilisée par le traitement* » et d'une bronchite. Le médecin conseil relève, sur la base de diverses sources documentaires énumérées dans son rapport, que le traitement médicamenteux et le suivi médical requis par l'état de santé de la requérante sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut que « *D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine* ».

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.2.2. S'agissant de la disponibilité des traitements et suivis requis au pays d'origine, et plus particulièrement des griefs dirigés à l'encontre de la base de données MedCOI, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées, de même que toutes les autres sources sur lesquelles le médecin conseil s'appuie dans son avis, de telle sorte que la partie requérante est en mesure d'y avoir accès. Si elle désirait compléter ses informations quant aux considérations de fait énoncées dans le premier acte attaqué, il lui était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, dossier qu'elle ne démontre pas avoir sollicité, tout comme elle ne démontre pas davantage que cette demande lui aurait été refusée. À toutes fins utiles, le Conseil souligne que, suite au recours introduit contre la décision querellée, le dossier en question a été déposé par la partie défenderesse au greffe du Conseil de céans, où il est également consultable.

Quant au grief relatif aux informations provenant de la base de données MedCOI utilisée par la partie défenderesse et dont la partie requérante dénonce le caractère « non public » ainsi que le manque de précision et d'actualité des informations fournies, le Conseil constate que la partie requérante se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par l'état de santé de la requérante ne serait pas disponible, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité.

En outre, le Conseil observe qu'en termes de recours, la partie requérante se limite à une contestation générale et totalement péremptoire quant à la fiabilité et l'exactitude de la base de données MedCOI 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 quinze partenaires dont quatorze pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires, et qu'il est financé par le Fonds européen pour l'asile, la migration et l'intégration. Par identité de motifs, le Conseil observe que l'anonymat ou la localisation des médecins alimentant ce site internet est sans aucune pertinence quant à la crédibilité dudit site internet. 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 des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, le Conseil n'aperçoit pas de raisons sérieuses permettant de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

Le Conseil entend par ailleurs préciser que, contrairement à ce que semble soutenir la partie requérante, il n'est nullement exigé de la partie défenderesse qu'elle procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux et soins disponibles dans le pays d'origine et en Belgique, ni même qu'elle se renseigne sur le coût exact et l'état des stocks des médicaments, l'article 9<sup>ter</sup> de la loi ne disposant pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine mais seulement qu'un traitement approprié y soit possible.

En ce que la partie requérante affirme que « sur base des informations données par la partie adverse, il n'est pas permis d'établir que le traitement est effectivement [disponible] au pays d'origine, le document ne contenant à cet égard aucune information, le rapport précisant d'ailleurs en note de page n°1 de la page 3 que les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies (clause de non-responsabilité) », le Conseil constate qu'elle est dépourvue de pertinence dès lors que le médecin fonctionnaire a procédé à l'analyse de l'accessibilité des soins requis au pays d'origine dans un autre point de son avis et sur la base d'autres sources, qu'il énumère en notes de bas de page dudit avis.

Par ailleurs, le Conseil constate qu'en réitérant les éléments de fait présentés dans sa demande d'autorisation de séjour, sans pour autant démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse, la partie requérante invite en réalité le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - ce qui ne peut être admis -, sans toutefois démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

Quant aux centres hospitaliers mentionnés par le médecin conseil dans son avis et les critiques de la partie requérante y relatives, outre le fait que celles-ci soient invoquées pour la première fois en termes de requête, le Conseil observe, à l'instar de la partie défenderesse dans sa note d'observations, qu'il s'agit d'informations surabondantes aux résultats des requêtes MedCOI, lesquelles, n'étant pas valablement contestées par la partie requérante, suffisent à établir la disponibilité des soins et traitements nécessaires au pays d'origine.

Par conséquent, la partie requérante reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse à cet égard, et de démontrer que les soins et traitements requis ne seraient pas disponibles au pays d'origine. Partant, la partie défenderesse a valablement et suffisamment motivé la première décision querellée à cet égard, en tenant compte que la situation individuelle de la requérante.

3.2.3. S'agissant de l'accessibilité des traitements et suivis requis, en ce que la partie requérante soutient que « [le] médecin conseiller indique ne pas tenir compte des articles de presse rapport que la requérante a déposés pour appuyer sa demande de séjour pour raison médicale qui décrivaient l'état catastrophique et les carences du système de soins de santé en RDC, en raison du caractère général de ces documents » et que « les articles cités par la requérante à l'appui de sa demande de 9 ter pointaient clairement la totale déficience du système de soins de santé de RDC et ce à tous niveaux ; qu'ils étaient donc très pertinents et devaient évidemment être retenus », le Conseil constate que la partie requérante procède à une lecture erronée de l'avis médical, lequel a, au contraire, bien pris en compte les éléments produits par la partie requérante avant de considérer que « *la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant en Rép. Dém. Du Congo (RDC). En l'espèce, la requérante 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* ». Partant, ce grief manque en fait.

Quant aux critiques de la partie requérante relatives aux mutuelles mentionnées par le médecin conseil, le Conseil constate tout d'abord que cette dernière se contente de prendre le contre-pied de l'analyse faite par le fonctionnaire médecin dans son avis médical, tentant ainsi d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse – ce qui ne peut être admis, au vu de ce qui est rappelé *supra* quant au contrôle exercé *in casu* par le Conseil.

Ensuite, le Conseil observe que la partie requérante ne conteste en tout état de cause pas que la requérante pourrait bénéficier de la MUSQUAP, pour laquelle le médecin conseil précise qu'elle « *propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts* ». Par conséquent, il n'est pas démontré que la requérante ne pourrait avoir accès à cette mutuelle afin de l'aider à financer les soins et traitements requis par son état de santé. Dès lors que ce motif permet à lui seul d'asseoir l'avis du fonctionnaire médecin relativement à l'accessibilité des soins, il y a lieu de considérer que les critiques relatives aux autres motifs indiqués dans ce cadre présentent un caractère surabondant, en manière telle qu'elles ne pourraient conduire le Conseil à annuler la première décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les griefs portés par la partie requérante à l'encontre des autres motifs relatifs à l'accessibilité des soins, celles-ci ne justifiant pas d'un intérêt à cet égard.

À titre surabondant, le Conseil observe que, comme l'indique le médecin conseil dans son avis, la partie requérante a prouvé disposer de moyens de subsistance suffisants lors de l'introduction de sa demande de visa en 2013, et ne démontre pas qu'elle serait désormais démunie. Elle ne démontre pas davantage ne pas avoir de proches au Congo – ou en Belgique – qui pourraient également lui venir en aide dans le cas contraire, mais se contente au contraire de réitérer les allégations invoquées à cet égard à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, lesquelles n'étaient pas davantage étayées et ne peuvent dès lors être retenues. La jurisprudence du Conseil invoquée à cet égard n'est pas non plus de nature à renverser ces constats, dès lors que la partie requérante reste en défaut d'établir en quoi la situation de la requérante serait similaire à celle examinée dans cette affaire.

Partant, la partie requérante reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse quant à l'accessibilité aux soins requis, et d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient réellement d'avoir accès au système de soins de santé ainsi

qu'aux médicaments en cas de retour dans son pays d'origine en manière telle que ce grief est dépourvu de toute utilité.

Par conséquent, à la lumière de ces éléments, le Conseil constate que la partie défenderesse a valablement pu conclure à la disponibilité et l'accessibilité des soins adaptés à l'état de santé de la requérante dans son pays d'origine et les possibilités pour cette dernière d'y avoir accès, sans commettre une erreur manifeste d'appréciation, ni violer son obligation de motivation formelle, telle qu'elle découle des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.2.4. S'agissant de la violation alléguée du droit d'être entendu et du grief fait au médecin conseil de ne pas avoir examiné la requérante ni interrogé les médecins qui la suivent, le Conseil souligne que ledit médecin a donné un avis sur la situation médicale de cette dernière, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer ou d'examiner le demandeur, de consulter son médecin traitant ou de demander l'avis complémentaire d'experts (dans le même sens : CE, arrêt n° 208.585 du 29 octobre 2010).

Le Conseil observe également que, outre que la partie requérante n'explique pas concrètement les éléments que la requérante aurait aimé faire valoir et qui auraient été de nature à changer le sens de la première décision attaquée si la partie défenderesse l'avait entendue, la requérante a eu la possibilité, dans le cadre de sa demande, de faire valoir les éléments démontrant, selon elle, qu'elle remplissait les conditions fixées à la reconnaissance du droit au séjour revendiqué. Par ailleurs, le Conseil estime que l'argumentation de la partie requérante ne peut être suivie, dès lors que, selon une jurisprudence administrative constante, c'est au demandeur qu'il incombe d'aviser l'autorité compétente de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande, tandis que les obligations de l'administration en la matière doivent, pour leur part, s'interpréter de manière raisonnable, sous peine de placer cette dernière dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 109.684, 7 août 2002), en manière telle qu'il ne peut être reproché au médecin fonctionnaire de n'avoir pas examiné la requérante ou interrogé ses médecins.

En tout état de cause, la partie requérante ne soutient pas qu'il y aurait une contradiction entre l'avis de ses médecins traitants et l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse quant à l'état de santé de la requérante. Dès lors que le médecin conseil ne va pas à l'encontre des diagnostics et traitements préconisés dans le certificat médical type, le Conseil ne perçoit pas les raisons pour lesquelles ce dernier aurait dû s'entretenir avec les médecins de la requérante dès lors qu'il n'y pas d'appréciation différente de sa part.

En ce que la partie requérante soutient qu'elle n'a « pu réagir aux arguments développées par le médecin conseiller », le Conseil souligne, à l'instar de la partie défenderesse dans sa note d'observations, que cette possibilité n'est pas prévue par l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 et, qu'en tout état de cause, le présent recours devant le Conseil de céans permet justement à la partie requérante de faire valoir ses observations quant à l'avis du médecin conseil et à la décision prise par la partie défenderesse.

Quant à l'invocation de l'article 124 du Code de déontologie médicale, le Conseil précise que cette disposition ne saurait emporter une conséquence sur la légalité de la décision entreprise dans la mesure où le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins, dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *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* ». Dès lors, et au vu de ce qui a été rappelé *supra* quant à l'absence d'obligation pour le médecin conseil d'examiner la requérante, la disposition invoquée du Code de déontologie médicale n'est pas applicable en l'espèce.

Enfin, quant à l'invocation de l'article 41 de la Charte, le Conseil rappelle que, si, dans un arrêt C-166/13, rendu le 5 novembre 2014, la Cour de justice de l'Union européenne a indiqué que le droit d'être entendu « *fait [...] partie intégrante du respect des droits de la défense, principe général du droit de l'Union. Le droit d'être entendu garantit à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière*

*utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts » (§§ 45 et 46), elle précise toutefois que « L'obligation de respecter les droits de la défense des destinataires de décisions qui affectent de manière sensible leurs intérêts pèse ainsi en principe sur les administrations des États membres lorsqu'elles prennent des mesures entrant dans le champ d'application du droit de l'Union » (§ 50). Partant, le premier acte attaqué ayant été pris sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi, il ne constitue pas une mise en œuvre du droit européen. Les jurisprudences invoquées à cet égard ne sont pas de nature à renverser ces constats.*

3.3. Quant à l'ordre de quitter le territoire attaqué, il s'impose de constater que celui-ci est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation qu'« *En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable* », laquelle ne fait l'objet d'aucune remise en cause par la partie requérante, en manière telle que ce motif doit être considéré comme établi.

Cette dernière se contente de reproduire un extrait de l'arrêt de la Cour EDH *Paposhvili c. Belgique* du 13 décembre 2016, sans en tirer aucune conséquences ni démontrer en quoi sa situation serait comparable à celle traitée de cette affaire, et se borne à affirmer péremptoirement qu'« un contrôle rigoureux de la situation individuelle de la requérante n'a pas été effectué quant à la disponibilité et l'accessibilité des soins » et qu'« un ordre de quitter le territoire ne pouvait pas être pris à l'encontre de la requérante ». Or, le Conseil constate que la partie défenderesse s'est, au contraire, assurée de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et soins requis par l'état de santé de la requérante au pays d'origine, ainsi qu'il ressort des développements *supra*, en manière telle que ce grief ne peut être retenu.

3.4. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

#### **4. Débats succincts.**

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

#### **5. Dépens.**

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

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

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

La requête en suspension et annulation est rejetée.

##### **Article 2**

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

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

Mme E. MAERTENS,

présidente de chambre,

M. A. IGREK,

greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS