



Arrêt

**n° 273 013 du 20 mai 2022
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. PRUDHON
Avenue de la Jonction 27
1060 BRUXELLES**

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 4 décembre 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 d'un ordre de quitter le territoire, pris le 25 octobre 2018.

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

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'arrêt n° 265 637 du 16 décembre 2021.

Vu l'ordonnance du 8 mars 2022 convoquant les parties à l'audience du 8 avril 2022.

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

Entendu, en leurs observations, Me E. FONTAINE *loco* Me C. PRUDHON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et M. ELJASZUK *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

D'après ses déclarations, la partie requérante est arrivée sur le territoire belge le 26 février 2013.

Le 21 juin 2013, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 15 avril 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande recevable

mais non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante. Ces décisions ont été annulées par le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après « le Conseil ») dans un arrêt n° 206 744 du 12 juillet 2018.

Le 27 novembre 2014, la partie requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour, sur la même base. Le 4 juin 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire à son encontre. Ces décisions ont été annulées par le Conseil dans un arrêt n° 206 745 du 12 juillet 2018.

Le 16 octobre 2018, le fonctionnaire-médecin a rendu un rapport d'évaluation médicale concernant l'état de santé de la partie requérante.

Le 25 octobre 2018, la partie défenderesse a joint les demandes précitées fondées sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et a déclaré les dites demandes recevables mais non fondées.

Le même jour, elle a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante.

Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 5 novembre 2018, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour (ci-après « le premier acte attaqué ») :

« 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 16.10.2018, 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 ».

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

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

- L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de la violation des « art. 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs », « art. 62 et 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers concernant l'obligation de motivation des décisions prises en vertu de cette loi », « Article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après C.E.D.H.) », de l'« Erreur manifeste d'appréciation », « Du principe général de bonne administration », et « Du principe de précaution ».

Dans une première branche, elle reproche à la partie défenderesse d'avoir considéré que le suivi médical, à savoir « médecine interne, cardiologie, physiothérapie et néphrologie » et le traitement médicamenteux requis par son état de santé sont disponibles dans son pays d'origine, en se fondant sur la base de données MedCOI et un site internet. Elle critique également la partie défenderesse en ce qu'elle a estimé que le « CPAP » n'est pas un traitement indispensable car il n'aurait aucun impact sur la prévention et la survenue d'accidents cardio-vasculaires en cas d'apnées du sommeil.

Elle invoque notamment que « le premier acte attaqué consiste en une motivation par double référence, d'une part à l'avis du médecin conseiller et d'autre part, aux données MedCOI qui ne sont pas reproduites dans l'acte attaqué ».

Elle critique l'avis du fonctionnaire-médecin en ce qu'il fait référence à des informations tirées de la base de données non publique MedCOI, en énumérant les numéros et dates des requêtes de ladite base et en indiquant que les résultats démontrent la disponibilité du traitement médical et du suivi médical. Elle estime que l'avis médical « ne satisfait pas les obligations de motivation formelle des actes administratifs ». Elle se réfère à de la jurisprudence du Conseil selon laquelle « la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontreraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis » et « les informations MedCOI ne sont pas accessibles au public et que le requérant ne pouvait donc pas en prendre connaissance afin d'examiner leur pertinence et d'envisager d'introduire un recours ». Elle estime que l'avis médical ainsi que le premier acte attaqué ne sont pas adéquatement ni suffisamment motivés en ce qu'ils ne résument ni ne reproduisent les extraits pertinents ni n'annexent les résultats de la base de données MedCOI.

Elle soutient que les résultats déposés au dossier administratif indiquent qu'une partie considérable des traitements requis est disponible uniquement dans le « Private Facility » et donc pas dans le « Public Facility » et que ces termes ne sont par ailleurs pas définis. Elle expose que le traitement médicamenteux consiste en la prise de « Calcium carbonate », « Ferno carboxymaltose », « Darbepetin Alfa », « Lantharum carbonate », « Paracetamol », « Alfacaicidol », « Amiodopine », « Folie acid », « Simvastatin », « Lormatezepam », « Colecalciferol », « Ceterizine », « Tramadol », et « Macrogol ». Elle estime que la motivation du premier acte attaqué est insuffisante en ce que les réponses de la banque de données MedCOI ne permettent pas d'établir la disponibilité du traitement requis.

Elle soutient que « la requête BMA 11328 mentionne clairement que la transplantation rénale est indisponible en RDC » alors que « les documents médicaux transmis en date du 25 juillet 2018 [...] à la partie [défenderesse] mentionnent clairement qu'une transplantation rénale est option (sic) envisagée par le médecin du requérant pour substituer le traitement par dialyse ». Elle reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte du certificat médical du 26 avril 2016 et du rapport de consultation du 29 mars 2018 en sorte que la décision attaquée n'est pas valablement motivée.

En ce qui concerne la CPAP « (Continuous Positive Airway Pressure) », elle invoque qu'il s'agit d'« une machine de respiration assistée, indiquée dans le traitement des apnées du sommeil [...] [qui] empêche le collapsus du pharynx pendant le temps inspiratoire et expiratoire [...] [et] agit donc comme une attelle pneumatique pharyngée et provoque une augmentation de la surface de section pharyngée » et qu'un « arrêt de l'utilisation de la CPAP, dès la première nuit, se soldera par une récurrence du syndrome d'apnée du sommeil dont souffre le requérant ». Elle fait valoir qu'il ressort du rapport médical du 27 août 2014, que « le requérant souffre d'un syndrome d'apnée du sommeil

sévère et d'un déficit ventilatoire restrictif net », et qu'il « fait des arrêts respiratoires durant son sommeil » et soutient que la référence faite à l'article de doctrine daté du 8 septembre 2016 est insuffisante pour conclure au fait que ce traitement n'est pas indispensable dès lors que cet article concerne une étude réalisée sur 2717 adultes qui énonce : « *Obstructive sleep apnea is associated with an increased risk of cardiovascular events; whether treatment with continuous positive airway pressure (CPAP) prevents major cardiovascular events is uncertain* ». Elle reproche au fonctionnaire médecin de ne pas avoir examiné la disponibilité de ce traitement alors que celui-ci était prescrit et estime que tant le fonctionnaire médecin que la partie défenderesse ont commis à cet égard une erreur manifeste d'appréciation.

Elle invoque souffrir d'une « *anémie secondaire à l'insuffisance rénale* » et requérir « *un traitement par hémodialyse à raisons de 3 séances par semaine* ». Elle soutient avoir fait valoir dans sa demande d'autorisation de séjour, que le système de santé en R.D.C est défaillant et avoir déposé un document émanant du « Country of Return Information project » dont il ressort que « *les cas d'anémies associées à l'insuffisance rénale et la transplantation rénale nécessitant l'hémodialyse (le fait de faire la transfusion sanguine en dehors de l'organisme) font parties des maladies ne pouvant pas être traitées de manière efficace en RDC* ». Elle reproche à la partie défenderesse de ne pas s'être prononcée sur ces informations objectives.

Elle invoque que les résultats de la base de données MedCOI « *ne constituent pas une garantie de la réelle disponibilité des traitements, ni des infrastructures et des examens médicaux qui y sont disponibles* » et que « *dans un pays où le système de santé est défaillant, il ne suffit pas qu'un appareil de dialyse existe, faut-il encore qu'il soit en état de fonctionner* » en sorte qu'il existe à son estime de sérieux doutes quant à la réelle capacité des services de soins à suivre l'insuffisance rénale du requérant et ce d'autant plus que la partie défenderesse n'a pas examiné la disponibilité d'une transplantation rénale et du traitement par CPAP.

Elle fait grief à la partie défenderesse d'avoir considéré qu'il n'existe pas de contre-indication à voyager entre les séances de dialyse alors que l'attestation médicale du 13 mai 2014 indique qu'un arrêt de traitement, même de quelques jours, mettrait la vie du requérant en danger, que le certificat médical du 30 avril 2014 indique que l'arrêt de l'hémodialyse entraînerait son décès à court terme, ce que le certificat médical du 26 avril 2018 confirme.

Elle fait valoir que le traitement par hémodialyse est peu disponible dans le pays d'origine du requérant et qu'il ressort des documents déposés par la partie défenderesse au dossier administratif que « *plus de 10 millions d'habitants dont plusieurs souffrent des pathologies qui conduisent à l'insuffisance rénale, le nombre de lits mis en service est insuffisant. (...) cette affection qui constitue un véritable problème de santé public. Notant qu'une étude a révélé que près de 12% des kinois souffrent des maladies rénales dont 20 mille attendent la dialyse* ». Elle invoque que la partie défenderesse n'a dès lors pas établi qu'il pourra bénéficier d'une hémodialyse trois fois par semaine en cas de retour en R.D.C. et qu'un voyage et un retour au pays d'origine est donc totalement inenvisageable.

Elle estime que la motivation du premier acte attaqué est totalement insuffisante et ne permet pas de conclure à la disponibilité ni des traitements médicamenteux, ni d'un suivi médical sérieux dans le pays d'origine.

Dans une quatrième branche, la partie requérante critique le deuxième acte attaqué, invoquant qu'elle souffre de pathologies graves nécessitant un traitement médical par dialyse à raison de trois fois par semaine et que ce traitement ne peut être interrompu, ne fût-ce que quelques jours, sans entraîner son décès.

Elle invoque que l'ordre de quitter le territoire attaqué est pris en exécution de la première décision entreprise en sorte qu'il doit être annulé également puisqu'il en est le corollaire. Elle précise que les actes litigieux sont connexes puisque notifiés le même jour. Elle invoque dès lors qu'il doit être établi qu'elle pourra effectivement bénéficier d'un traitement par dialyse dans son pays d'origine.

3. Discussion.

3.1.1. Sur la première branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ».

Le cinquième alinéa indique que « *[l']appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il 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 également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit par conséquent que 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 sont soumis.

Le Conseil rappelle enfin que le but de la motivation formelle des actes administratifs est, notamment, de permettre aux intéressés d'exercer en toute connaissance de cause les recours que la loi met à leur disposition, que l'autorité administrative viole l'obligation de motivation en plaçant l'administré dans l'impossibilité de vérifier l'exactitude des motifs de la décision attaquée (en ce sens, C.E. arrêt n° 161.377 du 19 juillet 2006) et que, par ailleurs, tout acte administratif doit reposer sur des « *motifs matériels exacts, pertinents et admissibles en droit qui doivent ressortir du dossier administratif* » (en ce sens, C.E., arrêt n°143.064 du 13 avril 2005).

3.1.2. En l'espèce, la partie requérante critique en particulier l'avis rendu par le fonctionnaire-médecin, sur lequel la partie défenderesse s'est fondée pour prendre la première décision attaquée, en ce qu'il indique que le traitement requis par son état de santé est disponible dans son pays d'origine, invoquant notamment le caractère lacunaire des sources utilisées par le fonctionnaire-médecin ainsi qu'une motivation insuffisante et procédant d'une erreur manifeste d'appréciation quant à ce. Elle reproche également à la partie défenderesse de ne pas avoir répondu aux éléments apportés à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour démontrant des manquements en ce qui concerne les soins requis par son état de santé dans son pays d'origine.

Le Conseil relève que le fonctionnaire-médecin a conclu, dans son avis, que le requérant souffre des pathologies suivantes : « *Insuffisance rénale terminale dialysée* », « *Hypertension artérielle avec cardiomyopathie hypertensive* », « *Dysfonction érectile (non traitée)* », « *Dyslipidémie* », « *Apnées du sommeil* » et « *Lombalgies* », et que les traitements actifs actuels consistent en : « *CaCO₃ (carbonate de calcium - supplément calcique - rachitisme rénal): 1g 3x/j.* », « *D-cure (colécalciférol - vitamine D₃ - rachitisme rénal): 1/mois* », « *Folavit (acide folique - vitamine - anémie): 4 mg/j.* », « *Dafalgan forte (paracétamol - analgésique): 1g /j.* », « *Loramet (lormétazépan - benzodiazépine - hypnotique): 1 mg à 20h* », « *Amlor (amlodipine - antagoniste du calcium - antihypertenseur): 5 mg* », « *Renepho (calcium acétate - chélateur du phosphate): 667 mg/j.* », « *Zocor (simvastatine - statine - hypercholestérolémie): 20 mg/j.* », « *Aranesp (darbépoétine - érythropoïétine - médicament de l'anémie): 1x/mois.* », « *Injectafer (sel de fer): 1x/mois.* », « *Movicol (macrogol - laxatif de last): 1/j.* », « *Paracétamol (antalgique) 1g 3x/j ou valtran (tilidine - analgésique morphinique): 10 gtt 2x/j.* », « *Cetirizine (antihistaminique - antiallergique): si nécessaire* », « *Alpha-leo (alfacalcidol - dérivé de la vitamine D - rachitisme rénal): 0.25 pg 1/j.* », « *Suivi en médecine interne - néphrologie, cardiologie, physiothérapie et pneumologie* », « *Hémodialyse* » et « *CPAP (traitement par pression positive continue)* ».

S'agissant de la disponibilité dudit traitement dans le pays d'origine, le fonctionnaire-médecin a considéré ce qui suit : « *Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé): Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI¹:*

Requêtes Medcoi des:

04.07.2018, 01.02.2018, 22.06.2018, 25.04.2018, 19.01.2017, 13.06.2017, 27.03.2018, 01.02.2018, 27.09.2017.

Portant les numéros de référence uniques:

BMA 11328, BMA 10726, BMA 11284, BMA 11063, BMA 9099, B MA 9768, BMA 10974, BMA 10726, BMA 10158.

Ces requêtes démontrent la disponibilité du suivi néphrologique (cliniques universitaires de Kinshasa), de l'hémodialyse (cliniques universitaires de Kinshasa), du suivi cardiologique (CH Monkole), du suivi en physiothérapie (CH Monkole et cliniques universitaires de Kinshasa) et du suivi en pneumologie (CHU de Kinshasa).

Ces requêtes démontrent également la disponibilité du carbonate de calcium, du fer injectable, de la darbépoétine, du paracétamol, du carbonate de lanthane pour remplacer le calcium acétate comme chélateur du phosphate, de l'alfacalcidol, du colécalciférol, du macrogol, de l'amlodipine, de l'acide folique, de la simvastatine, de la cétirizine, du tramadol pour remplacer la tilidine comme analgésique morphinique et du lormétazépan.

Le traitement des apnées du sommeil est possible en RDC au centre médical Kinshasa.

Informations tirées du site: http://cmk-cd.org/labo_sommeil.html

Notons que d'après une étude publiée dans le New England Journal of Medicine, la CPAP est sans aucun impact sur la prévention et la survenue d'accidents cardio-vasculaires en cas d'apnées du sommeil. Ce traitement n'est donc pas indispensable.

Informations tirées de l'étude suivante.

<http://www.neim.org/doi/full/10.1056/NEJMoaf.606599fft=article> (NEJM 08.09.2016 375 919-931)

Sur base des Informations, nous pouvons conclure que les soins sont disponibles en République Démocratique du Congo.

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

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

Les trois sources du projet sont :

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation : <https://www.internationalsos.com/>

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

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

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

3.1.3. Or, force est de constater que le fonctionnaire-médecin fonde son analyse sur des sources qui ne figurent aucunement au dossier administratif, ce qui ne permet pas au Conseil d'exercer son contrôle sur les motifs de la première décision attaquée à cet égard. Il en va ainsi de l'ensemble des sites internet et des requêtes MedCOI référencés.

L'ensemble des informations dont le fonctionnaire-médecin fait ainsi état ne peut donc être vérifié, alors que ces informations sont remises en cause par la partie requérante en termes de requête. Il convient de souligner, en réponse à la note d'observations, que cette remise en cause vise à contester outre la fiabilité des sources, la réalité des conclusions du fonctionnaire-médecin au sujet de la disponibilité des soins. Le dossier administratif ne comportant pas l'ensemble des informations sur lesquelles le fonctionnaire-médecin s'est fondé, le Conseil est dans l'impossibilité de vérifier la réalité des motifs avancés par la partie défenderesse.

Le Conseil ne peut dès lors suivre la partie défenderesse lorsqu'elle soutient dans sa note d'observations que les documents issus de la base de données MedCOI et des différents sites internet cités figurent au dossier administratif.

S'agissant de l'argument de la partie défenderesse selon lequel la partie requérante « *n'apporte aucun élément tangible et relatif à sa situation personnelle permettant de remettre en question le contenu de l'avis [du fonctionnaire-médecin] » [et] « s'abstient de démontrer en quoi le projet d'échange MedCOI ne refléterait pas l'existence réelle des traitements médicaux sur le terrain »*, force est de constater qu'il ne peut en tout cas renverser le constat qui précède dès lors qu'il revient à la partie défenderesse d'établir la réalité des motifs de sa décision.

Il résulte de ce qui précède que la première décision attaquée doit être tenue pour non valablement motivée s'agissant de la disponibilité du traitement dans le pays d'origine.

3.1.4. Le moyen unique est en conséquence fondé en sa première branche, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, dans les limites exposées ci-dessus, ce qui doit conduire à l'annulation du premier acte querellé.

3.2. Sur la quatrième branche du moyen unique dirigée contre le deuxième acte litigieux, le Conseil observe que la partie défenderesse n'a pas davantage, dans la motivation de l'ordre de quitter le territoire, répondu à l'argument essentiel de la partie requérante concernant l'indisponibilité du traitement requis par son état de santé dans son pays d'origine en manière telle que le second acte entrepris viole également le prescrit de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs.

Force est de constater que l'allégation de la partie défenderesse formulée dans sa note d'observations, selon laquelle la motivation du second acte attaqué est adéquate et suffisante tant en fait qu'en droit en ce qu'elle repose sur l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980 et sur le constat que la partie requérante demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2, ne peut être suivie.

En effet, le Conseil rappelle à cet égard que l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, a été modifié par la loi du 19 janvier 2012 qui assure la transposition partielle de la Directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier.

L'article 20 de la même loi du 19 janvier 2012 a inséré, dans la loi précitée du 15 décembre 1980, un article 74/13, libellé comme suit : « *Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné* ».

Par ailleurs, l'article 6.4 de la Directive 2008/115/CE susvisée prévoit que la partie défenderesse conserve la faculté de privilégier la voie de la régularisation de séjour « *pour des motifs charitables, humanitaires ou autres* », et le considérant 6 de ladite Directive prévoit que « *conformément aux principes généraux du droit de l'Union européenne, les décisions prises en vertu de la présente directive devraient l'être au cas par cas et tenir compte de critères objectifs, ce qui implique que l'on prenne en considération d'autres facteurs que le simple fait du séjour irrégulier* » (en ce sens, CE, n° 232.758 du 29 octobre 2015).

Il résulte de ce qui précède que si la partie défenderesse doit, dans certains cas déterminés à l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, délivrer un ordre de quitter le territoire à tout ressortissant d'un pays tiers se trouvant sur le territoire belge en séjour irrégulier, cette obligation ne doit pas s'entendre comme s'imposant à elle de manière automatique et en toutes circonstances. Ainsi, à supposer que l'étranger séjourne de manière irrégulière sur le territoire, le caractère irrégulier du séjour ne saurait en tout état de cause suffire à lui seul à justifier la délivrance d'un ordre de quitter le territoire sans que d'autres éléments soient pris en compte.

Il s'ensuit que la partie défenderesse n'est pas dépourvue en la matière d'un certain pouvoir d'appréciation.

En l'occurrence, il résulte des considérants relatifs au premier acte attaqué que le moyen doit être tenu pour fondé en ce qu'il reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir suffisamment ni adéquatement tenu compte de ses arguments tenant à la disponibilité des soins requis par son état de santé, avant d'adopter à son encontre l'ordre de quitter le territoire litigieux.

Le moyen unique doit être dès lors également considéré comme étant fondé en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne le second acte attaqué, pour les mêmes raisons.

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

4. Débats succincts.

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

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

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 25 octobre 2018, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire, pris le 25 octobre 2018, est annulé.

Article 3

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

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt mai deux mille vingt-deux par :

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

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

M. GERGEAY