



Arrêt

n° 293 267 du 24 août 2023
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. DIENI
Rue des Augustins 41
4000 LIÈGE

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

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

Vu la requête introduite le 16 janvier 2023, par X, qui se déclare de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de « la décision d'irrecevabilité de la demande 9ter et un ordre de quitter le territoire, pris à son égard le 30.11.2022 et qui lui ont été notifiés le 15.12.2022 (...) ».

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 16 mai 2023 convoquant les parties à l'audience du 9 juin 2023.

Entendu, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me J. DIENI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me I. SCHIPPERS, 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 en Belgique, selon ses déclarations, le 22 octobre 2013.

1.2. Le 25 octobre 2013, il a introduit une première demande de protection internationale, laquelle s'est clôturée par un arrêt de ce Conseil n°122 309 du 10 avril 2014, refusant de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.3. Le 23 décembre 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quienes}) à l'encontre du requérant, dont le délai a été prolongé jusqu'au 28 avril 2014.

1.4. Par un courrier daté du 10 mai 2014, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi, demande qu'il a complétée le 17 mars 2016 et le 26 janvier

2017. Le 18 septembre 2014, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) et une interdiction d'entrée de deux ans (annexe 13sexies) à l'encontre du requérant. Le 17 novembre 2014, la partie défenderesse a retiré l'ordre de quitter le territoire (annexe 13). Dans son arrêt n°161 025 du 29 janvier 2016, le Conseil a annulé la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi.

1.5. Le 17 novembre 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies) et une interdiction d'entrée de deux ans (annexe 13sexies) à l'encontre du requérant. Le 3 décembre 2014, la partie défenderesse a retiré la décision d'interdiction d'entrée. Le 25 août 2015, le requérant a demandé, par la voie de mesures provisoires, que soit examinée en extrême urgence la demande de suspension introduite le 20 novembre 2014 encore pendante à l'encontre de l'ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies) du 17 novembre 2014. Dans son arrêt n°151 291 du 27 août 2015, le Conseil a rejeté ladite demande de suspension. Dans son arrêt n°161 026 du 29 janvier 2016, le Conseil a annulé l'ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies).

1.6. Le 10 juillet 2015, le requérant a introduit une seconde demande de protection internationale en Belgique.

1.7. Le 21 août 2015, la partie adverse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'encontre du requérant. Le 27 août 2015, le Conseil a, aux termes d'un arrêt n°151 292, rejeté la demande de suspension en extrême urgence de l'exécution de cette décision. Dans son arrêt n°161 027 du 29 janvier 2016, le Conseil a annulé l'ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies).

1.8. Le 26 août 2015, le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de prise en considération d'une demande d'asile multiple à l'encontre du requérant. Par un arrêt n°152 551 du 15 septembre 2015, le Conseil a rejeté le recours introduit contre cette décision.

1.9. Le 23 novembre 2015, le requérant introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi. Le 8 décembre 2015, la partie adverse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Dans son arrêt n°169 136 du 6 juin 2016, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi. Dans son arrêt n°169 137 du 6 juin 2016, le Conseil a annulé l'ordre de quitter le territoire (annexe 13).

1.10. Le 23 mai 2017, la partie adverse a pris une décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4. et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Le recours contre ces actes a été rejeté en ce qu'il visait la décision d'irrecevabilité et l'ordre de quitter le territoire annulé par l'arrêt n° 193 696 du 16 octobre 2017.

1.11. Le 19 décembre 2017, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi, laquelle a donné lieu à une décision d'irrecevabilité et à un ordre de quitter le territoire le 30 mars 2018, lesquels ont été retirés le 14 juin 2018.

1.12. En date du 26 septembre 2018, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le requérant a introduit un recours contre ces décisions devant ce Conseil qui les a annulées au terme de l'arrêt n°271 246 du 12 avril 2022.

1.13. Le 30 novembre 2022, la partie défenderesse a repris une décision déclarant la demande d'autorisation de séjour introduite le 19 décembre 2017 recevable mais non-fondée, assortie d'un ordre de quitter le territoire.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant la demande d'autorisation de séjour recevable mais non-fondée :

« 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 30.11.2022, 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 (sic) 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.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

« 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

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

2. Exposé des moyens d'annulation et discussion

2.1. Le requérant prend un unique moyen dirigé contre la décision déclarant la demande d'autorisation de séjour recevable mais non-fondée « de la violation des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article (sic) 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 20, 21, 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et de l'article (sic) 3 en 13 de la Convention Européenne des droits de l'homme et du principe de bonne administration tels (sic) que les principes de minutie, de sécurité juridique, de légitime confiance ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.1.1. Dans une *première branche*, le requérant expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« En adoptant l'avis médical du 30.11.2022 le médecin conseil de la partie adverse a fait preuve de manque de rigueur et commet des erreurs d'appréciations.

La décision litigieuse qui en découle est par conséquent viciée, Il apparaît que la partie adverse commet donc une erreur manifeste d'appréciation, ne motive pas adéquatement sa décision au regard des

articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et 62 de la loi du 15.12.1980, et méconnaît le principe de bonne administration qui lui impose de tenir compte de tous les éléments pertinents et l'article 41 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Certes, les deux demandes d'autorisation de séjours 9ter introduites antérieurement sont clôturées. Il n'empêche que le dossier médical antérieur du requérant qui a été communiqué à l'appui des deux demandes précédentes doivent faire l'objet d'une analyse de la part de la partie adverse et du médecin conseil, dès lors qu'il découle de la multitude de rapport une aggravation de son état de santé.

Dans son avis, le médecin conseil n'a pas réellement égard aux antécédents médicaux du requérant, ce qui traduit un examen incomplet de sa situation actuelle ».

En l'espèce, le Conseil observe qu'à défaut de préciser en quoi la partie défenderesse aurait commis une erreur d'appréciation, manqué de rigueur, inadéquatement motivé la décision querellée et les éléments qu'elle aurait omis de prendre en considération, les affirmations péremptoires du requérant sont dépourvues de toute utilité.

La première branche du moyen n'est par conséquent pas fondée.

2.1.2. Dans une *deuxième branche*, le requérant expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« En l'espèce, il est incontestable que le requérant souffre de « *persistance de l'état dépressif et anxieux, cet état grave nécessite une prise en charge continue* », ce qui entraînent un risque pour sa vie ou son intégrité physique en cas d'absence de traitement, et que cette pathologie nécessite un suivi médical combiné et un soutien familiale dont il dispose ici en Belgique depuis 9 ans auprès de sa sœur, de son beau-frère et des enfants de ceux-ci.

Le médecin conseil, dans son avis du 24.10.2022, se contente de mentionner les documents médicaux sans procéder à aucune analyse rigoureuse de ceux-ci ni aux implications de ce long traitement (9 années) et à la persistance des symptôme malgré un suivi en Belgique.

L'avis du médecin conseil n'est pas motivé adéquatement, de sorte que le requérant reste dans l'ignorance des motifs invoqués pour écarter cette pathologie. L'avis médical se contente de faire l'historique uniquement des documents soumis sans rien ajouter alors que ce médecin conseil dispose de son historique médicale depuis au moins 9 ans (le premier rapport du Neurologue date du 14 février 2014). Cette longue persistance de l'état de santé mentale fragile aurait dû être un élément venant appuyer la gravité de la maladie de la partie requérante. Le médecin conseil aurait dû en parler sauf que l'avis reste muet quant à ce point important.

La seconde hypothèse visée par l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 concerne celle d'un étranger qui voit son intégrité physique menacée et qui risque de subir un traitement inhumain ou dégradant contraire à l'article 3 CEDH en raison d'une pathologie et de l'absence de traitement adéquat dans son pays. Dès lors qu'il est démontré par Monsieur [N.M.D.] qu'il souffre d'une pathologie suffisamment grave pour entraîner un risque grave pour son intégrité physique en cas d'un arrêt brutal du traitement. Le médecin a bien précisé, dans le certificat médical type du 14 octobre 2022, qu'il y aurait « *aggravation de l'état dépressif* » en cas d'arrêt du traitement. De plus, dans l'attestation du 27 octobre 2022, on peut y lire que « *le suivi est régulier jusqu'en septembre 2019 date à laquelle sa psychologue quitte le service. Je ne vous cache pas que cette séparation d'avec sa psychologue a été un fâcheux évènement qui a créé un grave sentiment de détachement et d'abandon accentué par le syndrome post traumatique (ptsd) dont souffre Mr [N.], cela même si une alternative a été proposée.*

Malgré tout, Mr a continué son suivi au travers des ateliers socio-thérapeutiques que nous proposons. Je tiens à vous rappeler que ce type de suivi fait partie du traitement qui est mis en place dans notre institution.

Suite au départ de sa psychologue Monsieur est venu de manière irrégulière mais a maintenu un lien avec l'institution venant de temps à autre participer aux ateliers.

L'année 2020 a été marquée par le covid et ses conséquences institutionnelles. Nous avons maintenu le contact avec Monsieur comme avec nombre de nos patients que ce soit par téléphone ou par visite au domicile.

2021 Suite à nos appels téléphoniques, nous avons appris que Monsieur [N.] avait été fortement impacté lors des inondations.

2022 Monsieur continue à maintenir un lien constructif avec l'institution ce qui lui permet une certaine stabilisation sur le plan psychologique. Malheureusement nous constatons que son état s'est fortement

détérioré ce qui nous inquiète beaucoup. Monsieur est en demande d'une continuité à son suivi psychothérapeutique et revient un peu plus aux ateliers.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans d'autres rapports, moi-même et nos collègues psychologues, restons de l'avis que l'amélioration de la situation socio-juridique et l'acquisition d'une réelle sécurité de vie sont les conditions préalables à la poursuite d'une thérapie de fond sur les graves traumatismes subis et permettront l'amélioration de la symptomatologie clinique présente. » Cette constatation de la détérioration de son état mental récent ne semble pas avoir été pris en compte valablement par le médecin conseil. Il appartenait au médecin conseil, soit d'expliquer en quoi cette détérioration n'est pas grave à suffisance, soit d'examiner la disponibilité et l'accessibilité du traitement en République démocratique du Congo.

Le médecin conseil indique, dans son avis, qu'il n'y aurait pas de contre-indication au travail dans le pays d'origine et qu'il a suivi plusieurs formations en vue de son insertions professionnelle en BELGIQUE. Le requérante ne le conteste pas dans la mesure où cela lui permet de garder une certaine stabilité et des contacts sociaux en Belgique. Néanmoins, le médecin conseil fait abstraction des rapports de la psychologue, [S.L.], notamment celui du 23 octobre 2018 dans lequel elle atteste clairement que « la présence d'un stress post-traumatique très important révélé par un score très élevé sur l'échelle IES (Impact of Event Scale de Horowitz, 1979) que nous avons pu mettre en lien avec les situations traumatiques que Monsieur a vécu dans son pays d'origine. » lorsque ce médecin conseil renvoie à l'emploi qu'il a exercé pendant 9 ans en RDC (inspecteur des chemins de fer en RDC) il y a maintenant plus de 10 ans et qui est - par ailleurs - l'origine de son problème en RDC qui a mené aux événements traumatiques pour lesquels il est toujours suivi 10 ans plus tard. Le conseil de la partie requérante n'est pas médecin mais « exercer le job à l'origine des événements traumatiques » ne semble pas être ce qu'il lui faut en RDC pour améliorer son état de PTSD. Le conseil de la partie requérante ne perçoit pas en quoi sa motivation à effectuer plusieurs formations en vue d'une insertion professionnelle en Belgique serait une preuve de sa capacité à aller travailler en RDC, pays où il a vécu les événements traumatiques à l'origine de sa PTSD. Dès lors, le conseil de la partie requérante estime que le médecin conseil fait une analyse partielle des éléments sans les remettre dans le contexte dans lequel elles ont lieu.

Du reste, il n'y a aucune assurance - si votre Conseil ne devait pas suivre l'analyse ci-dessus - qu'après 10 ans d'absence de la RDC, la partie requérante puisse retrouver un emploi rapidement permettant dans le même secteur puisqu'en dix ans, tous les secteurs peuvent évoluer rapidement. Ses connaissances de la RDC sont complètement dépassées dans la mesure où il n'y a plus mis les pieds depuis 10 ans. Le médecin conseil en est parfaitement conscient au moment où il rédige son avis mais choisi d'ignorer volontairement cet écoulement du temps important.

Le médecin commet une erreur manifeste d'appréciation en se prononçant avec certitude sur sa capacité à travailler en RDC alors qu'il n'y a plus remis les pieds depuis plus de dix ans et qu'aucun employeur congolais n'acceptera d'embaucher un travailleur présentant une PTSD grave confirmée depuis plus de 10 ans ».

En l'espèce, le Conseil observe que l'affirmation du requérant selon laquelle « L'avis du médecin conseil n'est pas motivé adéquatement, de sorte que le requérant reste dans l'ignorance des motifs invoqués pour écarter cette pathologie. L'avis médical se contente de faire l'historique uniquement des documents soumis sans rien ajouter alors que ce médecin conseil dispose de son historique médicale depuis au moins 9 ans (le premier rapport du Neurologue date du 14 février 2014). Cette longue persistance de l'état de santé mentale fragile aurait dû être un élément venant appuyer la gravité de la maladie de la partie requérante. Le médecin conseil aurait dû en parler sauf que l'avis reste muet quant à ce point important » manque de toute évidence en fait, une simple lecture de l'avis du fonctionnaire médecin établi en date du 30 novembre 2022 démontrant que ce dernier ne s'est nullement contenté de se limiter à « l'historique médical » du requérant et n'a pas remis en cause la gravité de sa pathologie mais a estimé que les traitements requis par son état de santé étaient disponibles et accessibles dans son pays d'origine. Qui plus est, le requérant n'a pas intérêt à soutenir qu'en cas d'arrêt brutal du traitement, il y aurait une « aggravation de l'état dépressif » dès lors que ledit traitement est disponible et accessible et que ce constat n'est pas utilement contesté en termes de requête.

In fine, le Conseil constate également que le requérant n'a pas davantage intérêt à son argumentaire afférent à la possibilité de travailler en cas de retour dans son pays d'origine dès lors qu'il ne conteste pas pouvoir être aidé financièrement par sa sœur ou pouvoir s'adresser au BDOM en cas « d'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées » comme mentionné dans le rapport du fonctionnaire médecin.

Partant, la deuxième branche du moyen n'est pas fondée.

2.1.3. Dans une *troisième branche*, le requérant expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« La partie adverse procède à une analyse bâclée et commet des erreurs d'appréciation manifestes, de sorte qu'il n'est pas contesté valablement que les soins nécessaires ne sont pas disponibles au pays d'origine.

De plus, le requérant fait valoir, à l'appui de son recours un rapport actualisé de 2022 sur: « *République démocratique du Congo : accès à des soins psychiatriques*» L'OSAR avait publié un rapport de 2013 sur les soins psychiatrique en RDC, dans lequel était écrit le système sanitaire et de santé. Plusieurs articles et points y avaient été mis en évidence dans la demande initiale. Le médecin conseil se contente de nous dire que c'est de la documentation générale et que cela ne vise pas personnellement le requérant. Cependant, les MEDCOI dot la partie défenderesse se sert pour nous faire croire que le traitement est disponible est tout aussi générale et ne concerne pas personnellement le requérant. En quoi les informations que la partie défenderesse a obtenues seraient-elles plus personnalisées que la documentation que la partie requérante a soumise, surtout que le conseil de la partie requérante a trouvé un rapport complémentaire de l'OSAR qui contredit les constatation du médecin conseil et la documentation MEDCOI.

Premièrement, la source première de ce médecin, à savoir le Med-COI, est initié par le Service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais - un organe étatique dépendant de directives politiques, soient-telles démocratiquement votées, qui n'est dès lors pas neutre dans la collecte d'informations susceptibles de réguler l'immigration. La neutralité, l'objectivité et l'impartialité sont donc invérifiables et sujettes à caution, puisque ce projet d'échanges d'information est initié par un service d'immigration hollandais, qui exécute dès lors des directives politique et dont les informations sont collectées en ce sens.

Deuxièmement, les médecins de cet organe sont anonymes, de sorte que la fiabilité des informations qu'ils relayent et la garantie de leur indépendance et de leur impartialité, du respect de leur déontologie, et de l'absence de toute contrainte dans les informations relayées ne peut en aucun cas être vérifiée. Cet anonymat des médecins y participant ne permet pas à la partie requérante de vérifier leur compétence dans le domaine, ni leur respect de leur déontologie et leur désintéressement - quoiqu'en pense le médecin délégué de l'office lorsqu'il avance que « *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* ».

Troisièmement, les informations obtenues par Med-COI ne précisent pas le degré de qualité et la qualification des médecins et spécialistes, ni ne dénomme précisément les traitements précis qui sont octroyés aux personnes atteintes de ce type de PTSD.

Quatrièmement, les dates et références ne permettent pas d'y avoir accès et qu'aucun site Internet public n'est référencé. La partie requérante en déduit donc une impossibilité de contrôler la pertinence, l'exactitude et l'adéquation de la motivation de la décision concernant la disponibilité des soins de santé. Par ailleurs, ces informations sont en contradiction avec les informations dont on dispose via les ONG et autres associations au service des migrants.

Dans le rapport de 2022 : « *République démocratique du Congo ; accès à des soins psychiatriques*», les constatations précédemment soulevé dans le rapport de 2013 n'ont absolument pas changé.

Le médecin conseil de la partie adverse ne répond absolument à aucun des arguments soulevés et se contente d'indiquer, sur base des requêtes MedCOI que les soins sont disponibles en RDC.

Or la partie adverse est tenue de respecter le devoir de bonne administration et de répondre aux arguments avancés par la partie requérante de lui permettre de comprendre le raisonnement tenu.

Comme le rappelait encore Votre Conseil dans son arrêt CCE n° 234 376 du 24.03.2020 concernant la requérante : «3.2. *Le Conseil rappelle par ailleurs que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressée.*

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. »

Tel n'est visiblement pas le cas en l'espèce. La décision attaquée doit être annulée.

En ce qui concerne les rapport MedCOI et la motivation par double référence. Le médecin conseil fonde sa décision essentiellement sur la base de données MEDCOI.

Dans son arrêt CCE n°234 379 du 24.03.2020, Votre Conseil avait indiqué : « A la lecture de cet extrait, le Conseil observe que la motivation du premier acte querellé procède d'une double motivation par référence dès lors que, d'une part, la partie défenderesse se réfère à l'avis médical du fonctionnaire médecin, et d'autre part, que celui-ci se réfère, notamment, à des « informations provenant de la base de données non publique MedCOI ». En l'occurrence, la question qui se pose donc est celle de savoir si cette double motivation par référence satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle découle de la loi du 29 juillet 1991, dont la violation des articles 2 et 3 est invoquée par la partie requérante. A cet égard, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions : « Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sien la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs ; Questions d'actualités », in *La motivation formelle des actes administratifs*, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif, Ed. La Charte, 2005, p. 44- 45, n°50). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : CE., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001; CE., arrêt n° 174.443 du 13 septembre 2007 ; CE, arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 ; CE, arrêt n°228.829 du 21 octobre 2014 ; CE., n° 230.579 du 19 mars 2015; CE., arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016; CE., arrêt n° 235.763 du 15 septembre 2016 ; CE., arrêt n° 237.643 du 14 mars 2017 ; CE., arrêt n°239.682 du 27 octobre 2017). »

Dans l'arrêt de Votre Conseil n° 211 356 du 23.10.2018, on lit : « (...) Les réponses à ces requêtes sont toutes formalisées dans des tableaux renseignant les informations suivantes lorsqu'elles portent sur le suivi médical ; « Required treatment according to case description », « Availability », « Example of facility where treatment is available », « Facility where availability information was obtained », et le cas échéant : « Additional information on treatment availability ». Lorsque ces requêtes sont relatives au traitement médicamenteux, les informations qui en découlent sont répertoriées dans des tableaux comportant les points suivants ; « Medication », « Medication Group », « Type », « Availability », « Pharmacy where availability information was obtained », « Example of pharmacy where treatment is available », et le cas échéant : « Additional information on medication availability ». Enfin, certains de ces tableaux ont été cochés. (...) En note de bas de page, l'avis du fonctionnaire médecin précise les informations suivantes, quant à la banque de données MedCOI : « Dans 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 [Le Conseil souligne] à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'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.internationalсос.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 Global 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.allianzglobal.assistance.com

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 Etrangères, 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 ».

Au vu du libellé et du contenu des réponses aux « requêtes MedCOI », le Conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin, selon laquelle « Ces requêtes démontrent la disponibilité de (...), ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. En effet, 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 démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis. Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles se fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public. En conséquence, entendant motiver son avis par référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis. A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi en vérifier la pertinence.

Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète, afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester.

Il découle de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même du premier acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse se réfère à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée. »

Dans son avis médical, le médecin conseil reproduit partiellement le contenu des « fiches MedCOI » auxquelles il se réfère. Mais force est de constater que nous nous trouvons toujours dans une situation

de motivation par référence, dès lors que les fiches ne sont pas intégralement reproduites et qu'elles sont, dans ces conditions, illisibles et incompréhensibles.

Le médecin conseil a également occulté certaine partie. Il est indispensable de savoir quels sont les structures hospitalières qui pourraient prodiguer les soins soi-disant disponibles, pour apprécier ensuite s'ils sont accessibles au requérant (en termes d'accès géographique et financier par exemple, hôpital privé ou public, etc.). Il est également nécessaire de savoir si les soins sont tous disponibles dans le même hôpital, dans la même ville, etc. Car à supposer, par exemple, que le requérant soit contraint de se rendre dans différents hôpitaux éloignés, sans accès à une équipe multidisciplinaire, cela rendra les soins indisponibles concrètement.

Dès lors qu'il ne reproduit pas l'ensemble des fiches MedCOI qu'il évoque, mais uniquement certains passages, le médecin conseil procède, en définitive, à une motivation par référence. La partie adverse, dans la première décision attaquée, renvoie uniquement à l'avis de son médecin conseil. Il s'agit d'une motivation par double référence, laquelle est illégale et viole les dispositions visées au moyen.

En conséquence, il apparaît que la partie adverse commet donc une erreur manifeste d'appréciation, ne motive pas adéquatement sa décision au regard des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et 62 de la loi du 15.12.1980, et méconnaît le principe de bonne administration qui lui impose de tenir compte de tous les éléments pertinents et l'article 41 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Si par impossible Votre Conseil estimait que la partie adverse n'a pas procédé à une motivation par référence (car elle a reproduit en partie les fiches MedCOI), que les conditions permettant une telle motivation par référence sont réunies, il convient de relever qu'en tout état de cause, il ne peut être déduit de ces fiches MedCOI que les traitements et soins sont disponibles.

En outre, il ne répond pas aux arguments soulevés par la partie requérante liés aux pénuries récurrentes de médicaments dans le pays d'origine, à savoir la République démocratique du Congo. Le médecin ne se prononce pas non plus sur le besoin et le lien de confiance qu'il a créé avec sa sœur et sa famille chez qui il vit depuis neuf années. Le médecin conseil ne le prend absolument pas en compte. Il fait semblant de ne pas comprendre qu'il s'agit d'un lien privilégié. Il se contente de dire que d'autres membres de la famille sont présents en RDC. Ce qu'il ne dit pas, c'est que dans le cadre de soins de santé mentale, les liens privilégiés sont importants pour une continuité dans l'amélioration des soins. Les autres membres de la famille présents en RDC n'ont pas le même lien privilégié ne serait-ce que pour la seule et unique raison qu'il ne les a plus vus depuis plus de 10 ans et ne vit pas avec eux 24h sur 24h.

Par ailleurs, il ressort des fiches MedCOI que les soins et traitements sont partiellement disponibles, mais uniquement dans des établissements privés, ce qui a un impact considérable sur leur accessibilité effective. À noter également que les informations de la partie défenderesse sont clairement en contradiction avec un rapport récent de l'OSAR en matière de soins psychiatriques de 2022. On ne peut pas faire plus récent.

Il ressort de l'ensemble de ces constatations que l'examen de la disponibilité réalisé dans l'avis du médecin fonctionnaire n'est pas sérieux et ne démontre absolument pas l'existence de soins de santé disponibles. L'examen réalisé par la partie adverse concernant la disponibilité des soins en RDC n'a donc pas été un examen attentif et rigoureux, tel que cela est requis par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et par l'article 3 de la CEDH. La décision attaquée est donc prise en violation de ces articles et de l'obligation de motivation formelle ainsi que des principes de bonne administration. Elle procède également d'une erreur manifeste d'appréciation. Il convient de l'annuler sur cette base ».

En l'espèce, le Conseil rappelle tout d'abord que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions : « Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de

l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in P. JADOUL et S. VAN DROOGENBROUCK (coord.), La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Charte, 2005, p. 44-45). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., 2 octobre 2001, n° 99.353 ; C.E., 13 septembre 2007, n°174.443 ; C.E., 25 juin 2009, n° 194.672 ; C.E., 21 octobre 2014, n° 228.829 ; C.E., 19 mars 2015, n° 230.579 ; C.E., 23 juin 2016, n° 235.212 ; C.E., 15 septembre 2016, n° 235.763 ; C.E., 14 mars 2017, n° 237.643 ; C.E., 27 octobre 2017, n° 239.682).

Le Conseil observe en l'occurrence que l'avis du fonctionnaire médecin satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical en RDC. En effet, le Conseil constate que pour démontrer cette disponibilité, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse s'est basé sur des informations tirées de la banque de données MedCOI, versées au dossier administratif, qui révèlent la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical. De plus, le fonctionnaire médecin a, dans son avis, reproduit les extraits des éléments des requêtes MedCOI permettant de démontrer ladite disponibilité. Le Conseil constate dès lors qu'il ne peut être considéré que le contenu du document auquel il est fait référence, à savoir les requêtes MedCOI, ne serait pas connu du requérant.

Il s'ensuit que la motivation par référence que comporte le rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse répond aux exigences qui la régissent contrairement à ce que tente à faire accroire le requérant en termes de requête en se référant notamment à l'arrêt n°211 356 du 23 octobre 2018 dont l'enseignement n'est pas applicable en l'espèce, les conclusions du fonctionnaire médecin lui permettant précisément de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que le traitement requis par son état de santé était disponible en RDC. Qui plus est, lesdites conclusions portent mention des communes dans lesquelles sont situées les structures hospitalières, renseignées de surcroît comme étant publiques, qui prodiguent les traitements indispensables au requérant de sorte que son affirmation tendant à soutenir le contraire manque en fait.

S'agissant de l'argumentaire relatif au caractère général des informations tirées de la base de données non-publiques MedCOI, le Conseil constate que, contrairement à ce qu'allègue le requérant en termes de requête, cette base de données ne constitue pas une simple compilation de données générales ne pouvant rencontrer sa situation précise et individuelle. En effet, le Conseil constate que cette base de données fournit en l'espèce des renseignements précis quant à la disponibilité des médicaments et des suivis médicaux nécessaires afin de pallier la pathologie du requérant. Quant à l'absence alléguée « de dates et de références », le Conseil observe que les requêtes MedCOI auxquelles il est fait référence dans l'avis médical du fonctionnaire médecin figurent au dossier administratif, librement consultable par le requérant.

S'agissant du grief élevé par le requérant quant aux informations provenant de la base de données utilisées par la partie défenderesse dont il dénonce en substance l'origine, le caractère « non public », et « non vérifiable » des informations dans la mesure où les médecins qui alimentent ladite base de données sont protégés par l'anonymat, le Conseil constate que le requérant se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par son état de santé ne lui serait pas disponible et accessible, en manière telle que ses critiques sont dépourvues d'utilité. En outre, le Conseil relève, tel qu'exposé *supra*, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées dans ladite base, de telle sorte que le requérant est en mesure d'y avoir accès. Enfin, le Conseil observe qu'en termes de recours, le requérant se limite à une contestation générale et totalement péremptoire quant à la fiabilité et l'exactitude de la base de données MedCOI et aux compétences des médecins 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 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 », 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.

Quant au rapport actualisé de l'OSAR de 2022 dont se prévaut le requérant, le Conseil ne peut que constater qu'il est annexé pour la première fois à sa requête et n'a pas été porté à la connaissance de la partie défenderesse avant qu'elle ne prenne la décision querellée de sorte que le requérant est malvenu de lui reprocher de ne pas l'avoir pris en considération. Il en va de même de l'argument afférent « aux pénuries récurrentes de médicaments » qui n'ont pas été invoquées par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour.

In fine, la lecture du rapport médical du fonctionnaire médecin démontre que ce dernier a pris en considération la relation du requérant et de sa sœur en manière telle que le grief élevé sur ce point manque en fait. Pour le surplus, le requérant ne prétend pas qu'il ne pourrait pas établir des liens privilégiés avec les autres membres de sa famille dans son pays d'origine.

La troisième branche du moyen n'est pas davantage fondée.

2.1.4. Dans une *quatrième branche*, le requérant expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« Le requérant a déposé des documents attestant du coût des soins, de la défaillance du système de sécurité social, etc. La partie adverse ne répond pas aux arguments avancés par le requérant dans sa demande et cite uniquement un rapport qui confirme les informations en question. La partie requérante a pourtant démontré sa situation personnelle en déposant de très nombreux rapports médicaux le concernant, et il a expliqué, preuves à l'appui, le fonctionnement du système de santé, des mutuelles et des assurances en RDC. Il a apporté la preuve de son identité et de son âge et de sa potentielle incapacité de travail.

Le médecin conseil, et la partie adverse, ne répondent dès lors absolument pas aux arguments soulevés par la partie requérante et ne procèdent pas à aucune motivation individualisée. Les dispositions visées au moyen sont violées.

De manière générale, lors de l'examen de l'accessibilité des soins et suivi nécessaires au requérant, le médecin fonctionnaire et partant la partie adverse violent l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme tel qu'interprété par la Cour européenne dans son arrêt Paposhvili c. Belgique du 13 décembre 2016. Pour rappel, dans cet arrêt, la Cour indique clairement qu'un problème peut se poser au regard de l'article 3 de la CEDH dans le cas de l'éloignement « *une personne gravement malade dans lesquels il y a des motifs sérieux de croire que cette personne, bien que ne courant pas de risque imminent de mourir, ferait face, en raison de l'absence de traitements adéquats dans le pays de destination ou du défaut d'accès à ceux-ci, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie. La Cour précise que ces cas correspondent à un seuil élevé pour l'application de l'article 3 de la Convention dans les affaires relatives à l'éloignement des étrangers gravement malades.* » (S 183).

Par pout mener l'évaluation d'une éventuelle violation de l'article 3 de la CEDH, la Cour européenne précise qu'il y a lieu de tenir compte de la situation générale dans le pays et des circonstances propres au cas d'espèce, ce qui implique le recours à des sources générales et à des attestations médicales concernant le patient : « (...) L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Sufi et Elmi c. Royaume-Uni, n os 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, Hirsi Jamaa et autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108, El-Masri, précité, § 213, et Tarakhel, précité, § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphes 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade » (S 187) La Cour précise que les requérants doivent fournir des éléments sérieux mais non des preuves certaines. Il appartient alors à l'Etat de dissiper les doutes. En cas de

doute, l'Etat doit obtenir comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles (S 191).

En définitive, la partie adverse ne produit aucune information personnalisée démontrant que les soins sont accessibles à la partie requérante elle-même qui n'y a plus mis les pieds depuis plus de 10 ans et qui a perdu tous ses droits à des prestations sociales. Transposons cela à un pays comme la Belgique, même après 10 années hors de la Belgique, il y a des prestations sociales auxquelles un belge n'aura plus droit s'il n'a pas contribué au cours des années qui précèdent sa maladie. Alors, dans un pays tel que la République Démocratique du Congo, le conseil de la partie requérante estime que ce sera même pire ! Le médecin conseil ne répond pas aux éléments avancés par le requérant dans sa demande. Elle commet donc une erreur manifeste d'appréciation et viole les dispositions relatives à la motivation conforme.

Le conseil de la partie requérante se permet de mettre en exergue les éléments dont la partie défenderesse avait connaissance et pour lesquels aucun argument valable n'a pu être opposé.

En effet, le requérant, dans sa demande sur base de l'article 9ter invoquait ceci : « Monsieur [N.M.D.] souhaite insister sur la difficulté d'accéder à des soins de santé en République démocratique du Congo et la pénurie des soins psychologique et psychiatrique dans son pays d'origine, la République démocratique du Congo. Il compte bien démontrer qu'un risque certain qu'il ne puisse pas du tout bénéficier des soins de santé adéquat, existe réellement.

4

En effet, comme le souligne le rapport de Adrian Schuster de l'OSAR du 16 mai 2013, « République démocratique du Congo: soins psychiatriques Renseignement de l'analyse-pays de l'OSAR », « [l]es soins de santé ne sont garantis que dans une très faible mesure en République démocratique du Congo et totalement inexistant dans de nombreuses régions du pays. Des manques criants, notamment pour ce qui est du financement des soins de santé, de l'infrastructure et du personnel qualifié, font que le traitement de maladies simples ou complexes ne peut pas être assuré en RDC. »

Le premier constat est posé : un manque de moyen criant, de financement des soins de santé et de l'infrastructure et du personnel qualifié. Monsieur [N.M.D.] provient de la capitale, Kinshasa. Examinons donc si, dans la capitale, ce constat est valide également.

Toujours sur base de ce rapport qui répond à quatre questions distinctes, (Un traitement psychiatrique hospitalier est-il possible à Kinshasa ? Qu'en est-il des coûts et des conditions d'accès ? Y a-t-il des ONG qui soutiennent les malades psychiques ? Des médicaments comme le risperdal, le coveram, le torasem et l'aldactone sont-ils disponibles ? Combien coûtent-ils ? Y a-t-il des possibilités de suivi psychologique ? Si oui, quels en sont les coûts ?), il apparaît qu'il y a :

« [p]énurie aiguë de personnel qualifié et forte concentration à Kinshasa. Selon les estimations officielles, une prise en charge suffisante des malades psychiques n'est pas garantie en RDC. En 2010, le docteur Muteba, « Directeur National de Santé Mentale en RDC », a signalé une forte pénurie de personnel qualifié spécialement formé pour les soins psychiatriques. »

« [f]ormation insuffisante du personnel qualifié au niveau des soins primaires. D'après le « Mental Health Atlas 2011 » de l'OMS, la majorité du personnel médical qualifié (médecins, infirmiers) dans les soins de santé primaires n'a pas suivi de formation officielle sur la santé mentale au cours des cinq dernières années. Plupart des institutions sanitaires au niveau des soins primaires, le personnel médical qualifié ne reçoit pas non plus d'instructions officielles relatives au traitement des personnes présentant des troubles et des maladies psychiques. »

« [m]anque d'institutions sanitaires spécialisées. Les indications relatives au nombre d'institutions psychiatriques présentes en RDC varient considérablement. Mais il est évident que celles-ci ne sont pas assez nombreuses pour garantir des soins adéquats à une population aussi importante que celle de RDC. Le « Mental Health Atlas 2011 » de l'OMS ne recense en RDC qu'une clinique psychiatrique qui se limite à des prestations ambulatoires, une clinique de jour et six cliniques psychiatriques proposant un traitement hospitalier. »

« [d]es coûts élevés et pas d'assurance maladie publique. Il n'y a pas d'assurance maladie publique en RDC. Comme la seule assurance maladie du pays est privée et payante, la majorité de la population n'y a pas accès. Les coûts des médicaments et des traitements des maladies psychiques sont par conséquent à la charge des patient-e-s ou de leurs familles. Sans compter qu'en cas de traitement

hospitalier, les intéressés doivent généralement subvenir eux-mêmes aux frais de repas, de literie et à des paiements supplémentaires au personnel soignant. La plupart des gens n'ont pas les moyens de faire face à de telles dépenses. Selon l'OMS, les traitements psychiatriques sont extrêmement coûteux par rapport à la moyenne de revenus. Une consultation ambulatoire coûte 15 à 20 dollars américains dans une institution publique, 30 à 40 dollars dans un cabinet privé. Or, le revenu annuel moyen en RDC est d'environ 190 dollars américains. »

« [m]anque de médicaments. Les médicaments usuels en Europe occidentale pour le traitement des maladies psychiques ne sont pas toujours disponibles en RDC ou seulement à des prix inabordables pour les patient-e-s. D'après le docteur Muteba, à la fois « Directeur National de Santé Mentale en RDC » et médecin-chef au CNPP Kinshasa, il est même plus difficile de se procurer ce genre de médicaments à Kinshasa qu'à l'Est du pays. Ainsi, on ne trouve parfois plus que des médicaments de la première génération qui ne sont plus utilisés en Europe. »

A la vue de ces différentes mises en exergue, il apparaît que monsieur [N.M.D.] ne pourra pas bénéficier ni d'un traitement médical de qualité ni d'une accessibilité financière à ce traitement puisqu'il est clairement indiqué qu'il est complètement à charge du patient, si celui-ci n'a pas d'assurance maladie privée. Il n'existe pas d'assurance maladie publique en RDC. Les constats dressés par cette association d'aide aux réfugiés démontrent clairement un laisser aller dans les institutions psychiatrique et psychologique prévue par le gouvernement congolais. Or, le suivi régulier de son traitement est une condition sine qua non à la survie du demandeur.

En outre, ce rapport tacle également le fait qu'en RDC, il existe une « [stigmatisation des malades psychiques. En RDC, les personnes souffrant de troubles ou de maladies psychiques sont souvent stigmatisées, certaines même par leur propre famille. Les maladies sont attribuées à un ensorcellement et à de la magie noire ; il arrive même que les malades soient accusés de sorcellerie. »

Enfin, le prix des médicaments est un des éléments également à prendre en considération dans la mesure où il s'agit aussi d'un obstacle potentiel à l'accès aux soins de santé au Congo.

Pour terminer, monsieur [N.M.D.] souhaite que ces constatations, suffisamment étayées et détaillées, permettent de se rendre compte que le demandeur court un risque réel et un danger non négligeable de subir un traitement inhumain et dégradant, si on le renvoyait se faire soigner dans son pays. En son article 3, la Convention Européenne des Droits de l'Homme affirme une des valeurs partagée par l'ensemble de la Communauté européenne, dont la Belgique, **le droit à la dignité humaine.** »

Visiblement, le médecin-conseil s'abstient d'y répondre de manière concrète en renvoyant vers des informations générales qui ne permettent pas de se rendre compte si de facto la partie requérante y aura droit ou pas, sachant que cela fait plus de dix ans qu'il n'a plus mis les pieds dans son pays d'origine ».

Le requérant reproduit un extrait du rapport de 2022 de l'OSAR et poursuit comme suit :

« Comment se fait-il que ces constatations ne se retrouvent pas dans l'analyse du médecin conseil et, surtout, dans la décision contestée. Ces constatations renforcent et actualisent le rapport de 2013 de l'OSAR que le requérant avait soumis à l'appui de sa demande 9ter auquel finalement la partie défenderesse ne répond pas vraiment.

[...]

Le conseil de la partie requérante que ni l'avis du médecin conseil ni la décision contestée sur laquelle se base cet avis ne comporte la moindre indication sur la stigmatisation des personnes souffrant de graves problèmes mentaux en République démocratique du Congo. Cette stigmatisation non prise en considération a un réel effet sur la potentielle guérison de la partie requérante. Le risque d'une grave rechute dans le pays d'origine n'est pas analysé alors qu'il n'est pas encore tout à fait guéri en Belgique et que le dernier certificat médical fait état d'une persistance de l'état anxieux de la partie requérante et d'une détérioration de son état. L'impact de la stigmatisation des personnes souffrant d'un trouble mental en RDC n'est pas du tout analysé ni par la décision contestée ni par le médecin conseil qui aurait dû évaluer cet impact si ce médecin conseil avait été un spécialiste des troubles mentaux. Or ce n'est manifestement pas le cas non plus.

Un examen de l'accessibilité qui fait l'impasse sur les informations générales du pays qui en plus est décrite dans le secteur de la santé mentale comme catastrophique, et sur la situation spécifique de la

partie requérante viole l'obligation de motivation, l'article 9 ter de la loi » du 15 décembre 1980, l'article 3 de la CEDH, entraîne une erreur manifeste d'appréciation et contrevient aux principes généraux de droit et plus particulièrement le principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives. Il y a lieu d'annuler la décision attaquée et l'ordre de quitter le territoire qui en est le corollaire sur base de ses éléments ».

En l'espèce, le Conseil observe, à la lecture du rapport du fonctionnaire médecin établi en date du 30 novembre 2022, qu'après avoir démontré que les traitements requis par l'état de santé du requérant étaient disponibles et accessibles dans son pays d'origine, ledit fonctionnaire médecin a relevé ce qui suit :

« Par ailleurs, l'intéressé apporte un rapport de l'OSAR du 16.05.2013 en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine dues à un contexte général difficile par rapport à la situation sanitaire. Il dénonce ainsi un manque de financement des soins, un manque d'infrastructures et de personnel qualifié. Il affirme en outre que le coût des soins de santé serait élevé, qu'il n'y aurait pas d'assurance maladie publique, qu'il y aurait un manque de médicaments et que les personnes atteintes de maladies psychiques feraient l'objet de discrimination.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Il lui appartenait de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle (sic) invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021). En effet, le seul fait d'être atteint d'une certaine pathologie mentale n'implique pas, d'une part, que le requérant subirait de facto les difficultés évoquées et, d'autre part, que ces difficultés lui rendraient totalement impossible l'accès aux soins dont il a besoin.

Rappelons enfin qu'il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Ce qui est le cas en l'espèce ».

Il s'ensuit que le requérant ne peut être suivi lorsqu'il affirme qu'il « a déposé des documents attestant du coût des soins, de la défaillance du système de sécurité social, etc. La partie adverse ne répond pas aux arguments avancés par le requérant dans sa demande et cite uniquement un rapport qui confirme les informations en question. La partie requérante a pourtant démontré sa situation personnelle en déposant de très nombreux rapports médicaux le concernant, et il a expliqué, preuves à l'appui, le fonctionnement du système de santé, des mutuelles et des assurances en RDC. Il a apporté la preuve de son identité et de son âge et de sa potentielle incapacité de travail.

Le médecin conseil, et la partie adverse, ne répondent dès lors absolument pas aux arguments soulevés par la partie requérante et ne procèdent pas à aucune motivation individualisée. Les dispositions visées au moyen sont violées ».

Par ailleurs, le Conseil observe que le requérant ne critique pas utilement les constats précités posés par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse mais se contente d'affirmer péremptoirement que ce dernier, et à sa suite la partie défenderesse, ont violé l'article 3 de la CEDH et à réitérer les éléments présentés à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et tente de la sorte de solliciter du Conseil qu'il substitue son appréciation à celle de la partie défenderesse, démarche qui excède la portée de son contrôle de légalité auquel il est astreint au contentieux de l'annulation.

Enfin, le Conseil rappelle que le rapport actualisé de l'OSAR de 2022 dont se prévaut le requérant est annexé pour la première fois à sa requête et n'a pas été porté à la connaissance de la partie défenderesse avant qu'elle ne prenne la décision querellée de sorte que le requérant est malvenu de lui reprocher de ne pas l'avoir pris en considération. Il est également tout aussi malvenu de reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir elle-même cherché à prendre connaissance de ce rapport dès lors qu'il appartient au requérant d'apporter les preuves qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et non à la partie défenderesse de procéder à des recherches pour pallier les lacunes ou incomplétudes de son dossier. Lui imposer une telle charge reviendrait à placer la partie défenderesse dans l'impossibilité de répondre à toutes les demandes dont elle est saisie en temps utile.

Par identité de motifs, la partie défenderesse n'a pas à analyser « le risque d'une grave rechute », laquelle est purement hypothétique et ce d'autant que la partie défenderesse a conclu, sans être valablement contredite sur ce point, à la disponibilité et l'accessibilité des traitements nécessités par la pathologie du requérant.

La quatrième branche du moyen n'est pas fondée.

2.1.5. Dans une *cinquième branche*, le requérant expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt 111.609 du 16.10.2002) : « (...) *il appartient à l'autorité, saisie d'une demande d'autorisation de séjour ou de prorogation de séjour pour motif médical, d'apprécier les circonstances de l'espèce et de procéder aux investigations nécessaires pour pouvoir se prononcer en parfaite connaissance de cause; qu'en présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement du demandeur, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en "verzekeringsgeneeskunde" et en "gezondheidseconomie", n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre le demandeur* » .

En l'espèce, ni la décision attaquée, ni l'avis-médical ne précise la spécialisation du médecin conseil. Il s'avère que le médecin conseil qui a rédigé l'avis médical est un généraliste. Le requérant a pourtant déposé plusieurs certificats médicaux de spécialistes en matière de santé mentale.

Le fait de donner préférence à l'avis de l'expert le moins spécialisé entraîne dans le chef du requérant une violation du principe de bonne administration. Il en est d'autant plus ainsi que le médecin-conseil de la partie adverse a rendu un avis sur le dossier, sans même rencontrer le requérant.

Rappelons que l'article 9ter §1er, alinéa 2 de la loi et l'AR du 07 mai 2007 et son article 4 prévoient la possibilité pour la partie adverse de faire appel à un avis spécialisé. Or, force est de constater que la partie adverse s'en est abstenue, ce qui a pour conséquence que sa décision viole le principe de bonne administration.

Les médicaments prescrits au requérant ont été spécifiquement sélectionnés par les spécialistes qui le suivent, suite aux analyses médicales, aux hospitalisations et aux consultations. En aucun cas il ne peut être admis qu'un médecin non-spécialiste considère que ces médicaments peuvent être remplacés par d'autres. D'autant que ce traitement médicamenteux est spécifiquement dosé au cas par cas.

Rappelons que les médecins de l'OE sont, comme tout médecin, soumis à la déontologie médicale, comme le rappelait la Cour constitutionnelle dans son arrêt n°082/2012 (considérant B. 15) « *Rien n'indique que le législateur ait, dans ce cadre, entendu déroger aux droits du patient qui sont consacrés par la loi du 22 août 2002. En outre, tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir, sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins, y compris les règles d'indépendance et d'éthique qui y sont prescrites. Il en résulte qu'à cet égard, il n'y a pas de différence de traitement entre les étrangers visés par la disposition attaquée et tout autre patient.* ».

Si certes le Code de déontologie médical n'a pas force obligatoire il n'en reste pas moins que ce Code vaut comme un « *corpus référentiel* », qu'il doit ainsi constituer une « *source d'inspiration* » et même une jauge de référence pour le comportement de l'administration. Devant agir de manière prudente et diligente, elle ne pourrait en effet pas s'appuyer sur un avis médical qui n'a pas été rendu conformément à la référence que représente le code de déontologie médical.

Or, les articles 113 et 114 du Code de déontologie médicale concernant la continuité des soins prévoient ce qui suit : « *assurer la continuité des soins est devoir déontologique. Il appartient chaque médecin de prendre les mesures nécessaires suivant les cas, afin assurer cette continuité à ses malades* ».

L'article 8 bis de l'arrêté royal n°78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé prévoit de même l'obligation de continuité des soins.

Par ailleurs, le médecin-conseil peut être considéré comme étant un expert au sens de l'article 119 du Code de déontologie : « *le médecin chargé d'expertiser la capacité ou la qualification physique mentale d'une Personne, on de procéder à toute exploration corporelle, de contrôler un diagnostic de surveiller un traitement ou d'enquêter sur des prestations médicales pour le compte d'un organisme assureur, est soumis aux dispositions du présent code* ».

Or aux termes de l'article 124, « *ces médecins, lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic, ne peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont*

fait procéder à des examens spécialisés ou on/ disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins ». L'examen *in concreto* du dossier emporte donc nécessairement l'obligation d'examiner le patient.

Dans un jugement récent, le Tribunal de Première Instance de Bruxelles a d'ailleurs confirmé que dans le cadre d'une procédure 9ter, si le médecin de l'Office des Etrangers est d'un avis différent du médecin rédacteur du certificat médical type, il est nécessaire et conforme à la déontologie médicale que le premier prenne contact avec le second ou demande l'avis d'experts en cas de désaccord persistant, faute de quoi une décision négative de l'Office des Etrangers risque de ne pas être raisonnablement justifiée. (Civ, Bruxelles, 30.06.2017, jugement 2017/18244). Notons également que si le requérant n'a pas été examiné par le médecin « *généraliste* » - conseil, il n'a pas été entendu par les service de la partie adverse avant que la décision de rejet de sa demande d'autorisation de séjour ne soit prise. Il le demandait expressément dans sa demande d'autorisation de séjour. Pour rappel, une demande de régularisation pour motif médicaux est une demande de protection subsidiaire.

Ainsi, dans un arrêt rendu le 22 novembre 2012 dans une affaire M.M. contre Minister for Justice, Equality and LawReform, of Ireland (C-227/11), la Cour de Justice de l'Union européenne (première chambre) affirme que le droit pour l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'examen de sa demande de protection subsidiaire découle du respect des droits de la défense qui constitue un principal fondamental du droit de l'Union, comme tel par la Charte des droits fondamentaux de l'union européenne. Dans ce même arrêt, la Cout précise que les Etats membres doivent « *non seulement d'interpréter leur droit national d'une manière conforme au droit de l'Union, mais également de veiller à ne pas se fonder sur une interprétation qui entrerait en conflit avec les droits fondamentaux protégés par l'ordre juridique de l'Union ou avec les autres principes généraux du droit de l'Union (voir arrêt du 21 décembre 2011, N. S. e.a., C-411/10 et C-493/10, Rec. p. 1-13905, point 77).* ». Parce qu'elle juge que l'affaire « *soulève plus généralement la question du droit de l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'instruction de sa seconde demande, visant au bénéfice de la protection subsidiaire (point 75), elle en vient à considérer la question du point de vue général offert par l'exigence de « respect des droits de la défense (qui) constitue un principe fondamental du droit de l'Union » (point 81) voir CJCE, 28.03.2000, Dieter Qombach contre André Bamberski, C-7/98, Rec. P. 1-1935, point 42 et CJCE, 18.12.2008, Sopropé — Organizações de Calçado Lda contre Fozenda Publica, C-349/07, Rec. P 1-10369, point 36).*

La cour confirme ainsi que le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre est consacrée par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, non seulement au titre du respect des droits de la défense (articles 47 et 48 CDFUE), mais également au titre du droit à une bonne administration (article 41 du CDFUE) (point 82). Par conséquent, le droit d'être entendu a un champ d'application général (point 84), « *doit s'appliquer à toute Procédure suseptible d'aboutir à un acte faisant grief* » (point 85), y compris lorsque la réglementation en cause ne le prévoit pas expressément (point 86) ».

2.1.6. Dans une *sixième branche*, le requérant, après quelques considérations afférentes « au droit d'être entendu », expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« En l'espèce, le requérant n'a pas été entendu par les services de la partie adverse avant que la décision de rejet de sa demande ne soit prise.

La décision attaquée viole dès lors les droits de la défense ainsi que les articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Or, dans la mesure où la demande du requérant se fondait sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie adverse fait application de l'article 15 b) de la directive « *Qualification* » précitée.

Comme rappelé supra, le principe général de bonne administration est aussi consacré à l'article 41 de la Charte de l'UE, et le respect des droits de la défense constitue un principe général du droit de l'UE, « *dès lors que l'administration se propose de prendre à l'encontre d'une personne un acte qui lui fait grief* » (CJUE, 18/12/2008, C-349/07, points 36 et 37)

Partant, l'Office des étrangers devait prévoir une telle possibilité d'être entendu avant de prendre cette décision faisant grief, même si la réglementation applicable nationale ne le prévoit pas expressément. A

défaut, le principe général visé au moyen est violé et la procédure qui mène la décision contestée est entachée d'une irrégularité à laquelle il ne peut être remédié.

En l'espèce, le requérant n'a pas été mis en mesure « *de présenter ses observations, écrites ou orales, quant aux éléments sur lesquels l'administration entend fonder une décision susceptible de lui faire grief* » ni « *de prendre connaissance de ces éléments cours de la procédure et de faire connaître utilement et effectivement son point de vue. Il implique également que l'administration prenne connaissance des observations de l'intéressé avec toute l'attention requise* » (Conclusions Précitées, présentées le 26 avril 2012, dans l'affaire CJUE, C-277/11, M. M. contre Irlande (S 81 et suivants).

En l'espèce, si la partie adverse avait pris le temps de convoquer la partie requérante pour un entretien, elle se serait rendue compte de l'aggravation de son état de dépression, de son incapacité à travailler en RDC, lieu de son traumatisme et l'impact favorable de la présence sa soeur et des membres de la famille de cette dernière qui l'ont soutenus ces dix dernières années et le soutiennent encore à l'heure actuelle sur son état mental. La décision contestée est prise en violation des principes généraux du droit de l'UE visés au moyen, et doit être annulée de ce chef. Le moyen unique, en toutes ses branches, est fondé ».

En l'espèce, sur les cinquième et sixième branches réunies du premier moyen, le Conseil relève qu'aucune disposition légale n'oblige le fonctionnaire médecin à examiner le requérant ou à le recevoir en consultation. En effet, l'article 9ter, §1er, alinéa 5, de la loi, qui prévoit l'intervention d'un fonctionnaire médecin ou d'un médecin désigné par le Ministre ou son délégué par voie d'avis, indique expressément que « Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts » (le Conseil souligne). Il résulte du libellé de cette disposition qu'il n'existe aucune obligation pour le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse d'examiner personnellement le demandeur avant de rendre son avis (cf. dans le même sens : CE, arrêt n° 208.585 du 29 octobre 2010), et ce d'autant plus que, contrairement à ce que soutient le requérant en termes de requête, ledit fonctionnaire médecin ne remet pas cause les pathologies du requérant mais estime que celles-ci génèrent des traitements disponibles et accessibles dans son pays d'origine.

Par ailleurs, le Conseil constate que le requérant ne démontre pas en quoi le Code de déontologie médicale et « l'article 8bis de l'arrêté royal n°78 du 10.11.1967 » constitueraient des moyens de droit pertinents applicables en l'espèce. En effet, force est de constater que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse n'intervient pas en tant que prestataire de soins à l'égard du requérant, mais en sa qualité d'expert chargé de rendre un avis au sens de l'article 9ter, §1er, alinéa 1er, de la loi. Dès lors, le Code de déontologie et l'article 8bis précités, en ce qu'ils ne s'appliquent qu'aux médecins dispensant des soins de santé à un patient, apparaissent sans pertinence dans la problématique en cause.

Quant à l'argumentation relative à la substitution des traitements médicamenteux, le fonctionnaire médecin a constaté la substitution possible de certains médicaments, et la disponibilité des substituts, au pays d'origine. Or, le Conseil d'Etat a déjà jugé qu'« il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine » (C.E., arrêt n° 236.016, rendu le 6 octobre 2016). Il en est d'autant plus ainsi qu'aucun élément supplémentaire n'a été invoqué pour démontrer que, dans la situation spécifique du requérant, un médicament équivalent ne serait pas en mesure de fournir un traitement adéquat.

In fine, s'agissant de la violation du droit à être entendu, le Conseil observe que le requérant a précisément eu la possibilité de faire valoir tous les éléments qu'il estimait utiles lors de l'introduction de sa demande d'autorisation de séjour et de déposer tous les documents y afférents afin de permettre à la partie défenderesse de se prononcer quant à sa demande de sorte qu'il n'est nullement fondé à soutenir qu'il n'aurait pas été entendu quant à ce.

Il s'ensuit que les cinquième et sixième branches du moyen ne peuvent être retenues.

2.2. Le requérant prend un premier moyen dirigé contre l'ordre de quitter le territoire « de la violation des formes substantielles ou prescrites à peine de nullité, de l'excès ou du détournement de pouvoir, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe selon lequel l'administration est tenue de décider en prenant en compte l'ensemble des éléments du dossier ainsi que le principe générale (*sic*) de proportionnalité de l'article (*sic*) 3 et 13 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ».

Il expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« L'article 5 de la directive prévoit que les Etats membres doivent tenir compte de l'état de santé du ressortissant concerné d'un pays tiers et doivent respecter le principe de non-refoulement.

En l'espèce, il ressort des éléments médicaux en possession de la partie adverse qu'il était atteint d'un trouble de stress Post-traumatique particulièrement grave, insomnies, migraines, vertiges et douleurs à la nuque.

Le certificat médical du Dr [D.] en date du 20 novembre 2017, établit que la partie requérante souffre d'une « *anxiété majeure, état dépressif, insomnies, troubles de la mémoire (troubles et intensité importants)* » : cfr dossier psychiatrique + hypertension artérielle »

Le certificat médical du 18/01/2017, entre autres, établis par le Dr [S.], son neuropsychiatre, mentionne, quant à lui : « *PTSD ; anxiété, dépressions, cauchemar, insomnies, flash-back. Troubles cognitifs. Echelle de gravité CGI ; 5/7* »

Par ailleurs, concernant cette échelle de gravité, il est établi dans un document avec toutes les cicatrices du demandeur et énonce également qu'il souffre de « *une humeur dépressive, avec idées suicidaires, une anxiété constante, des sensations vertigineuses, des troubles du sommeil, des cauchemars, des flashes back, des oublis, le sentiment d'être devenu inutile des difficultés de contact avec les autres, l'impression de perdre le contrôle de ses émotions et de son comportement relationnel, et des moments d'absence où il répond à côté aux questions qu'on lui pose ou ne trouve pas les mots qu'il faut pour le faire.* » Le spécialiste conclut en indiquant que « *[le] syndrome psychologique est manifestement en relation avec un trauma psychique. Les cicatrices devraient absolument être montrées au service CONSTA, spécialisé dans la reconnaissance des traces de coups et de mauvais traitements.* » (Rapport circonstancié du 12/11/2015 du Dr [S.D.], psychiatre)

Il est toujours suivi par une psychologue, Dr [L.S.], au sein de l'ASBL TABANE qui le suit. Elle a rédigé cette attestation à l'occasion de la seconde demande d'asile de la partie requérante. Au départ, il était suivi, toujours au sein de cette ASBL, par Dr [K.M.] qui avait déjà établi que « *[l]a raison de la prise en charge psychothérapeutique est l'existence du trouble de stress post-traumatique particulièrement grave. Monsieur présente un score élevé sur l'échelle TES ;60 sur 75 ; cutoff pour une réaction cliniquement significative étant le score de 43. (...)*

La symptomatologie présentée par Monsieur se trouve en correspondance avec le récit qu'il fait de ces événements traumatiques à savoir l'emprisonnement, la torture physique et psychologique particulièrement graves et dégradantes. (...)

Certaines situations de la vie quotidienne provoquent des rappels immédiats (comme le fait de voir des scènes de violence, d'entendre des cris) et sont évitées par Monsieur. Il se plaint des moments de dissociation (par exemple le fait de ne plus savoir si c'était lui ou quelqu'un d'autre qui a vécu une situation) et d'un sentiment de perte de contrôle par rapport à ses paroles.

En outre, Monsieur présente des troubles cognitifs (oublis, des moments d'absence pendant la conversation). Il souffre d'une labilité d'humeur et d'une sensibilité aux bruits ambiants qui provoquent un repli sur soi. (...)

[L']installation d'un cadre de vie stable reste importante afin de pouvoir aborder les événements traumatiques et éviter une décompensation.

Un certificat médical récent a été rédigé en date du 14 octobre 2022 qui établit clairement que « *persistance de l'état dépressif et anxieux, cet état grave nécessite une prise en charge continue* ». Dans ce même certificat, il est spécifiquement indiqué que « *il existe une possibilité d'amélioration de l'état du patient si sa situation se stabilise et s'il se voit en sécurité* » ;

Dans l'attestation du 27 octobre 2022, on peut y lire que « *le suivi est régulier jusqu'en septembre 2019 date à laquelle sa psychologue quitte le service. Je ne vous cache pas que cette séparation d'avec sa psychologue a été un fâcheux événement qui a créé un grave sentiment de détachement et d'abandon*

accentué par le syndrome post traumatique (ptsd) dont souffre Mr [N.], cela même si une alternative a été proposée.

Malgré tout, Mr a continué son suivi au travers des ateliers socio-thérapeutiques que nous proposons. Je tiens à vous rappeler que ce type de suivi fait partie du traitement qui est mis en place dans notre institution.

Suite au départ de sa psychologue Monsieur est venu de manière irrégulière mais a maintenu un lien avec l'institution venant de temps à autre participer aux ateliers.

L'année 2020 a été marquée par le covid et ses conséquences institutionnelles. Nous avons maintenu le contact avec Monsieur comme avec nombre de nos patients que ce soit par téléphone ou par visite au domicile.

2021 Suite à nos appels téléphoniques, nous avons appris que Monsieur [N.] avait été fortement impacté lors des inondations.

2022 Monsieur continue à maintenir un lien constructif avec l'institution ce qui lui permet une certaine stabilisation sur le plan psychologique. Malheureusement nous constatons que son état s'est fortement détérioré ce qui nous inquiète beaucoup. Monsieur est en demande d'une continuité à son suivi psychothérapeutique et revient un peu plus aux ateliers.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans d'autres rapports, moi-même et nos collègues psychologues, restons de l'avis que l'amélioration de la situation socio-juridique et l'acquisition d'une réelle sécurité de vie sont les conditions préalables à la poursuite d'une thérapie de fond sur les graves traumatismes subis et permettront l'amélioration de la symptomatologie clinique présente. »

La partie requérante souhaite attirer l'attention sur le fait cela prouve sans équivoque que premièrement, le demandeur a vécu un ou plusieurs événements traumatisants dans son pays d'origine et qu'ils sont à la base de l'affection dont il souffre et **deuxièmement, qu'il vit au quotidien des rappels immédiats de ces événements et qu'une installation d'un cadre de vie stable est nécessaire à l'amélioration de sa santé ;**

En effet, Mme [S.L.] établit, dans son rapport du 03 novembre 2016, que « (...) [c]e rapport fait suite au rapport établi en date du 15 mars 2016. Dans cette période, la situation juridique de Monsieur est restée inchangée et est des plus précaires. Dans ce contexte de précarité et d'insécurité, aucune amélioration de l'état de santé psychologique de Monsieur n'a été constatée. En effet, monsieur souffre toujours de réminiscences diurnes et nocturnes, de symptôme d'intrusion et d'évitement des événements traumatiques vécus dans le pays d'origine (emprisonnement, torture physique, torture psychologique, actes graves et dégradants), de la labilité d'humeur et d'un sentiment de perte d'emprise sur sa propre vie. » Par ailleurs, elle achèvera son rapport en mentionnant que « seule une amélioration de sa situation socio-juridique et l'acquisition d'une réelle sécurité de vie pourra permettre à Monsieur d'entamer un travail de profondeur sur les traumatismes vécus. »

Ce constat est renforcé par le fait qu'il démontre qu'il participe toujours aux activités de l'ASBL Tabane en démontrant qu'il y est toujours suivi et qu'il souffre toujours.

La maladie du demandeur représente donc un risque réel tant pour son intégrité physique que pour son intégrité psychologique. Les certificats sont unanimes quant au diagnostic, au degré de gravité et à la durée du traitement.

A l'appui de cette demande de régularisation sur pied de l'article 9ter, la partie requérante a produit plusieurs attestations médicales et rapports circonstanciés. Ces documents, dont la partie requérante avait parfaitement connaissance au moment de la prise de la décision contestée, prouvent sans équivoque que premièrement, la partie requérante a vécu un ou plusieurs événements traumatisants dans son pays d'origine et qu'ils sont à la base de l'affection dont la partie requérante souffre et deuxièmement, que la partie requérante vit au quotidien des rappels immédiats de ces événements et qu'une installation d'un cadre de vie stable est nécessaire à l'amélioration de sa santé.

A la vue de ces différentes mises en exergue, il apparaît que la partie requérante ne pourra pas bénéficier ni d'un traitement médical de qualité ni d'une accessibilité financière à ce traitement puisqu'il est clairement indiqué qu'il est complètement à charge du patient, si celui-ci n'a pas d'assurance maladie privée. Il n'existe pas d'assurance maladie publique en RDC. Les constats dressés par cette association d'aide aux réfugiés démontrent clairement un laisser aller dans les institutions psychiatrique et psychologique prévue par le gouvernement Congolais. Or, le suivi régulier de son traitement est une condition sine qua non à la survie du demandeur.

En outre, ce rapport tacle également la RDC sur le fait qu'il existe une « [s]tigmatisation des malades psychiques. En RDC, les personnes souffrant de troubles ou de maladies psychiques sont souvent stigmatisées, certaines même par leur propre famille. Les maladies sont attribuées à un ensorcellement et à de la magie noire ; il arrive même que les malades soient accusés de sorcellerie. »

Enfin, le prix des médicaments est un des éléments également à prendre en considération dans la mesure où il s'agit aussi d'un obstacle potentiel à l'accès aux soins de santé en République Démocratique du Congo.

Ces constatations, suffisamment étayées et détaillées, permettent de se rendre compte que la partie requérante coure un risque réel et un danger non négligeable de subir un traitement inhumain et dégradant, si on le renvoyait se faire soigner dans son pays. En son article 3, la Convention Européenne des Droits de l'Homme affirme une des valeurs partagée par l'ensemble de la Communauté européenne, dont la Belgique, **le droit à la dignité humaine**.

La décision dont l'annulation est demandée viole également les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 en ce qu'elle s'abstient de motiver par rapport à l'état de santé - Stress Post traumatique grave vécu dans le pays d'origine - et les risques encouru par la partie requérante en cas de retour dans son pays d'origine, à savoir la République démocratique du Congo ».

En l'espèce, le Conseil observe que le premier moyen dirigé à l'encontre de l'ordre de quitter le territoire comporte les mêmes arguments que ceux présentés à l'encontre de la décision déclarant la demande d'autorisation de séjour du requérant recevable mais non-fondée auxquels le Conseil a déjà répondu dans les points précédents du présent arrêt. Or, le Conseil a pu constater que la partie défenderesse a estimé que les médicaments et soins requis par l'état de santé du requérant, sans être valablement contredite par ce dernier, étaient disponibles et accessibles dans son pays d'origine. Il s'ensuit que la réitération des arguments précités amènent à la même conclusion que celle déjà précédemment exposée.

Par conséquent, le premier moyen n'est pas fondé.

2.3. Le requérant prend un second moyen dirigé contre l'ordre de quitter le territoire « de la violation des formes substantielles ou prescrites à peine de nullité, de l'excès ou du détournement de pouvoir, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe de bonne administration, du principe selon lequel l'administration est tenue de décider en prenant en compte l'ensemble des éléments du dossier, de l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, de l'article 22 de la constitution. ».

Il expose ce qui suit (reproduction littérale) :

« Attendu que l'article 22 de la constitution établit que « Chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale, sauf dans les cas et conditions fixés par la loi. La loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent la protection de ce droit. » et que l'article 8 de la C.E.D.H. prévoit également que « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

Lorsqu'un risque de violation du droit au respect de la vie privée et/ou familiale est invoqué, le Conseil examine d'abord s'il existe une vie privée et/ou familiale au sens de la CEDH, avant d'examiner s'il y est porté atteinte par l'acte attaqué. Quant à l'appréciation de l'existence ou non d'une vie privée et/ou familiale, Votre Conseil doit se placer au moment où l'acte attaqué a été pris (cf. Cour EDH 13 février 2001, Ezzoudhi/France, § 25 ; Cour EDH 31 octobre 2002, Yildiz/Autriche, § 34 ; Cour EDH 15 juillet 2003, Mokrani/France, § 21).

L'article 8 de la CEDH ne définit pas la notion de 'vie familiale' ni la notion de 'vie privée'. Les deux notions sont des notions autonomes, qui doivent être interprétées indépendamment du droit national. En ce qui concerne l'existence d'une vie familiale, il convient tout d'abord de vérifier s'il est question d'une

famille. Ensuite, il doit apparaître, dans les faits, que le lien personnel entre les membres de cette famille est suffisamment étroit (cf. Cour EDH 12 juillet 2001, K. et T./Finlande, § 150).

La notion de 'vie privée' n'est pas non plus définie par l'article 8 de la CEDH. La Cour EDH souligne que la notion de 'vie privée' est un terme large et qu'il n'est pas possible ni nécessaire d'en donner une définition exhaustive (Cour EDH 16 décembre 1992, Niemietz/Allemagne, § 29).

L'existence d'une vie familiale ou d'une vie privée, ou des deux, s'apprécie en fait. Il ressort, en outre, de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme que le lien entre des conjoints est présumé (Cfr. Cour EDH, 21 juillet 1988, berrehab/Pays Bas, § 21 ; Cour EDH, 28 novembre 1996, Ahmut/Pays Bas, § 60).

En l'occurrence, la partie requérante est le frère cadet de Madame [N.W.] qui est une ressortissante belge ainsi que la famille de cette dernière depuis plus de 9 ans.

Il y bien une existence de vie privé et de liens familiaux étroits, présumé en l'espèce et renforcée par le fait qu'ils vivent sous le même toit depuis la fin de la procédure d'asile de la partie requérante est en date du 10 avril 2014.

Ensuite, Votre Conseil doit examiner s'il y a ingérence dans la vie familiale et/ou privée. A cet égard, il convient de vérifier si la requérante a demandé l'admission pour la première fois ou s'il s'agit d'une décision mettant fin à un séjour acquis.

S'il s'agit d'une première admission, ce qui est le cas en l'espèce, la Cour EDH considère qu'il n'y a pas d'ingérence et il n'est pas procédé à un examen sur la base du deuxième paragraphe de l'article 8 de la CEDH. Dans ce cas, la Cour EDH considère néanmoins qu'il convient d'examiner si l'Etat est tenu à une obligation positive pour permettre de maintenir et de développer la vie privée et/ou familiale (Cour EDH 28 novembre 1996, Ahmut/Pays-Bas, § 63; Cour EDH 31 janvier 2006, Rodrigues Da Silva et Hoogkamer/Pays-Bas, § 38).

Cela s'effectue par une mise en balance des intérêts en présence. S'il ressort de cette mise en balance des intérêts que l'Etat est tenu par une telle obligation positive, il y a violation de l'article 8 de la CEDH (cf. Cour EDH 17 octobre 1986, Rees/Royaume-Uni, § 37).

En l'espèce, la sœur aînée de la partie requérante, [N.W.], citoyenne belge, héberge la partie requérante depuis la fin de sa procédure d'asile, soit le 10/04/2014. La partie requérante vit donc sous le même toit que sa sœur aînée et les membres de sa famille. Or, t élément est parfaitement connu de la partie adverse, mais n'est même pas mentionné dans les décisions contestées (ni dans le refus de la demande 9ter (même si c'est présent dans le rapport du médecin) ni - et c'est encore plus préjudiciable - dans l'ordre de quitter le territoire pris concomitamment.

La partie requérante forme bien une famille au sens de l'article 8 de la C.E.D.H. puisque partageant des liens de sang et habitant sous le même toit. Du reste, vu la fragilité de la santé mentale de la partie requérante, la présence et le soutien des membre de la famille de sa soeur est nécessaire dans la mesure où cette présence et ce soutien l'aident beaucoup dans les gestes du quotidien.

La décision contestée n'est absolument pas motivée par rapport à ce contact familial primordial au bien-être de la partie requérante dans la mesure où vu la fragilité de la santé mentale de la partie requérante, le soutien inconditionnel des membres de la famille de sa soeur ainsi que celui de sa soeur sont nécessaires.

Il apparait donc que la motivation des actes attaqués manque également en fait en ce qu'ils ne font absolument pas référence à la présence **d'une vie familiale de plus de 9 ans sur le territoire du Royaume** et ne démontre, dès lors, pas que la partie adverse a adéquatement procédé à une mise en balance des intérêts de la partie requérante avec la gravité de l'atteinte à ce droit familial, surtout au regard de l'affection mentale dont il souffre et pour laquelle la composante « *vie familiale et soutient de ceux-ci* » est capitale.

Partant, il convient d'annuler l'ordre de quitter le territoire (Annexe 13quinquies) ».

En l'espèce, le Conseil rappelle que le droit au respect à la vie privée et familiale consacré par l'article 8, alinéa 1er, de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés

fondamentales peut être expressément circonscrit par les Etats contractants dans les limites fixées par l'alinéa 2 du même article.

La loi du 15 décembre 1980 étant une loi de police qui correspond aux prévisions de cet alinéa, il s'ensuit que l'application de cette loi n'emporte pas en soi une violation de l'article 8 de la Convention précitée. Cette disposition autorise donc notamment les Etats qui ont signé et approuvé la Convention à soumettre la reconnaissance du droit à la vie privée et familiale à des formalités de police. Le principe demeure en effet que les Etats conservent le droit de contrôler l'entrée, le séjour et l'éloignement des non nationaux et que les Etats sont ainsi habilités à fixer des conditions à cet effet. L'article 8 de la Convention ne s'oppose donc pas à ce que les Etats fixent des conditions pour l'entrée des étrangers sur leur territoire.

Dans la mesure où l'acte attaqué est valablement motivé et que le requérant ne conteste pas utilement cette motivation, force est de conclure que la décision litigieuse ne peut être considérée comme violant l'article 8 de la Convention précitée.

Qui plus est, si le requérant entendait se prévaloir d'une vie privée et familiale sur le territoire belge, il lui incombait d'initier les procédures *ad hoc* en vue de protéger ses intérêts privés et familiaux, *quod non* en l'espèce.

Partant, le second moyen ne peut être retenu.

3. Débats succincts

3.1. 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.

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

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

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-quatre août deux mille vingt-trois par :

V. DELAHAUT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

V. DELAHAUT