

Arrêt

n° 320 511 du 23 janvier 2025
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ANDRIEN
Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 janvier 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 7 décembre 2023.

Vu le titre 1^{er} bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 29 octobre 2024 convoquant les parties à l'audience du 27 novembre 2024.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me J. PAQUOT *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me E. BROUSMICHE *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 Le 21 juin 2011, la partie requérante a introduit une première demande de protection internationale qui s'est clôturée par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n° 93 684 du 17 décembre 2012, refusant de lui reconnaître la qualité de réfugiée et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 4 septembre 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'encontre de la partie requérante. Le Conseil a rejeté le recours dirigé contre cette décision dans son arrêt n° 99 367 du 21 mars 2013.

1.3 Le 21 novembre 2012, la partie requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Le 22 janvier

2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante.

1.4 Le 12 février 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile (annexe 13*quinquies*) à l'encontre de la partie requérante.

1.5 Le 25 février 2013, le requérant a introduit une seconde demande de protection internationale qui s'est clôturée par un arrêt du Conseil n°111 560 du 2 octobre 2013, refusant de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.6 Le 17 avril 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile (annexe 13*quinquies*) à l'encontre de la partie requérante, dont le délai a été prorogé jusqu'au 28 février 2014 par une décision du 18 février 2014.

1.7 Le 12 mai 2013, la partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée le 21 mars 2014. Le 23 septembre 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

1.8 Le 27 août 2014, la partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée les 28 octobre et 14 novembre 2014. Le 29 octobre 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 (annexe 13 *sexies*) d'une durée de deux ans, à l'encontre de la partie requérante.

1.9 Le 2 décembre 2014, la partie requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée les 10 février, 14 et 24 juillet 2015. Le 22 mai 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante. Le 9 juillet 2015, la partie défenderesse a retiré ces décisions. Le Conseil a rejeté le recours introduit contre ces décisions dans son arrêt n° 152 494 du 15 septembre 2015.

1.10 Le 15 juillet 2015, la partie défenderesse a de nouveau déclaré la demande visée au point 1.9 irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante. Le Conseil a annulé ces décisions dans son arrêt n° 225 572 du 2 septembre 2019.

1.11 Les 14 janvier, 11, 16, 19 et 24 septembre 2019, la partie requérante a complété la demande visée au point 1.9.

1.12 Le 12 mars 2019, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9*bis* de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée le 10 février 2022.

1.13 Le 5 décembre 2019, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.9 recevable mais non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante. Le Conseil a annulé ces décisions dans son arrêt n° 270 899 du 5 avril 2022.

1.14 Les 11 avril, 7 et 28 juin 2022, la partie requérante a complété la demande visée au point 1.9.

1.15 Le 30 août 2022, la partie défenderesse a de nouveau déclaré la demande visée au point 1.9 recevable mais non fondée. Le Conseil a annulé cette décision dans son arrêt n° 284 022 du 30 janvier 2023.

1.16 Le 19 septembre 2022, la partie défenderesse a autorisé la partie requérante au séjour temporaire, pour une durée d'un an, en application des articles 9 et 13 de la loi du 15 décembre 1980.

1.17 Le 8 février 2023, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.9 sans objet. Le Conseil a annulé cette décision dans son arrêt n° 293 105 du 23 août 2023.

1.18 Le 7 décembre 2023, la partie défenderesse a de nouveau déclaré la demande visée au point 1.9 recevable mais non fondée. Ces décisions ont été notifiées à la partie requérante le 5 janvier 2024. La décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour constitue la décision attaquée et est motivée comme suit :

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

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 [in]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 06.12.2023, 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 [e]uropéenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.

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

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 [a]rrêt 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 également 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) ».

1.19 Le 11 décembre 2023 et le 12 septembre 2024, l'autorisation de séjour temporaire de la partie requérante a été prolongée respectivement jusqu'au 15 septembre 2024 et jusqu'au 15 septembre 2025.

2. Question préalable

2.1 Dans sa note d'observations, la partie défenderesse excipe de l'irrecevabilité du recours, en soutenant ensuite qu' « [i]l appartient [à la partie requérante] de justifier de son intérêt au recours depuis son introduction jusqu'à la clôture des débats. [...] L'exigence d'un intérêt au recours suppose que la partie requérante soit lésée par la décision attaquée et que cette lésion soit personnelle, directe, certaine et actuelle. Il est, en outre, requis que l'annulation éventuelle de la décision attaquée procure un avantage direct à la partie requérante. En ce sens, la situation personnelle de la partie requérante, en fait ou en droit, doit se trouver améliorée par l'effet du recours en annulation. [...] Par ailleurs, comme [le] Conseil l'a déjà décidé, la loi du 15 décembre 1980 n'organise pas la coexistence d'autorisations de séjour multiples sur des fondements différents. Il en est d'autant plus ainsi que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'est qu'un cas d'application de l'article 9 de la même loi, qui confère au ministre ou à son délégué le pouvoir d'autoriser au séjour de plus de trois mois l'étranger « qui ne se trouve pas dans un des cas prévus à l'article 10 ». On en veut pour preuve le fait que l'article 9bis, § 2, 4°, de la loi exclut l'invocation de circonstances tirées d'une demande introduite sur la base de l'article 9ter. Dès lors, la partie requérante ne peut prétendre à une autorisation de séjour de plus de trois mois dont elle dispose déjà sur le fondement de l'article 9 de la loi du 15 décembre 1980 par décision du 12 septembre 2022 et qui a été renouvelée le 11 décembre 2023 jusqu'au 15 septembre 2024. Il s'ensuit qu'elle n'a pas intérêt à son recours, lequel n'est pas susceptible de lui procurer un quelconque avantage si minime soit-il. La circonstance que, selon l'article 13, § 1^{er}, alinéa 2, de

la loi du 15 décembre 1980, « [l']autorisation de séjour donnée pour une durée limitée sur la base de l'article 9ter devient illimitée à l'expiration de la période de cinq ans suivant la demande d'autorisation », n'est pas de nature à fonder l'intérêt au recours. Il s'agit tout au plus d'un intérêt éventuel ou hypothétique et non direct et certain, puisque l'obtention d'une autorisation de séjour illimitée à l'issue d'une période de cinq ans suppose une décision discrétionnaire d'octroi d'une autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter, ce qui ne peut résulter de l'annulation de l'acte attaqué. [...] Dans cette mesure, le recours est irrecevable. [...] Considérer que la partie requérante a un intérêt au recours, c'est admettre qu'elle formule, en réalité, à travers sa demande sur pied de l'article 9ter de la loi, une demande de changement de statut. La recevabilité du recours implique dès lors nécessairement que la partie requérante renonce au bénéfice de l'autorisation de séjour de plus de trois mois dont elle est actuellement nantie ».

2.2 Lors de l'audience du 27 novembre 2024, interrogée sur l'exception d'irrecevabilité soulevée dans la note d'observations, la partie requérante renvoie à la teneur de l'arrêt du Conseil n° 293 105 du 23 août 2023 qui a déjà répondu à la question. Elle précise encore qu'une autorisation de séjour basée sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 n'est pas la même que celle basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle soutient enfin que la demande d'autorisation de séjour a été introduite en 2014, et que si le séjour lui était autorisé aujourd'hui la partie requérante serait directement en possession d'un séjour illimité.

La partie défenderesse se réfère à l'appréciation du Conseil s'agissant de l'exception d'irrecevabilité soulevée dans la note d'observations.

2.3 Le Conseil invite la partie défenderesse à lire son arrêt n°293 105 prononcé le 23 août 2023, qui a autorité de chose jugée, et contre lequel elle n'a pas introduit de recours en cassation administrative devant le Conseil d'État.

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1 La partie requérante prend un **moyen unique** de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), du « devoir de minutie », et de l' « autorité de chose jugée de [l'arrêt du Conseil] 270899 ».

3.2 Dans un « Premier grief – disponibilité », elle fait valoir que « [d']une part, comme déjà jugé illégal dans [l'arrêt du Conseil] 270899, la décision consiste en une motivation par double référence : un rapport du médecin fonctionnaire, lequel renvoie lui-même à des requêtes MEDCOI reproduites dans son avis ainsi qu'à divers sites internet. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés [...]. Cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond donc pas au prescrit des articles 62 §2 de la [loi du 15 décembre 1980], 2 et 3 de la [loi du 29 juillet 1991]. 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. Non seulement la base de données MedCOI est « non publique » et donc privée, ce qui affecte sa crédibilité, mais elle contient une clause de non-responsabilité : « les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis » [extrait non conforme à la teneur exacte de l'avis du fonctionnaire médecin]. Il ressort de cette clause que le projet MedCOI analyse la disponibilité des soins au Congo uniquement sur base d'informations recueillies dans un seul et unique établissement de soins. Une telle information permet légitimement de douter du sérieux de cette étude supposée évaluer la disponibilité des soins à l'échelle nationale. Ensuite, les auteurs de ces rapports ne sont pas renseignés, pas plus leurs qualifications et mérites que leurs sources ; il faudrait donc croire sur parole la partie adverse qui se base sur des rapports aux auteurs anonymes et aux sources non identifiées, alors que [la partie requérante], dans sa demande, a cité et reproduit de multiples sources qui ne sont pas rencontrées par la décision. D'autre part, le médecin-conseil ne conteste pas des problèmes d'approvisionnement et de rupture de stock, mais invite [la partie requérante] à se constituer une réserve de médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie temporaire. Le fait qu'il tente de trouver des solutions pour pallier à [sic] cette indisponibilité n'est pas de nature à atténuer le constat d'indisponibilité. En effet, il appartient au médecin

fonctionnaire de se prononcer sur la disponibilité du traitement requis et non de fournir des pistes de solutions hypothétiques et non étayées en cas d'indisponibilité du traitement ».

3.3 Dans un « Deuxième grief – accessibilité », elle soutient que « [I]a clause de non-responsabilité relative au projet MedCOI stipule précisément que « *Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie* ». [La partie requérante] comprend mal pourquoi la référence à des informations dites « générales » ne suffirait pas pour permettre de conclure à l'inaccessibilité des soins médicaux nécessaires à sa survie au Congo, puisque le médecin adverse se base également sur des informations tout aussi générales pour tenter de démontrer le contraire. L'administration doit tenir compte tant des informations générales que de la situation personnelle de l'étranger dans son pays d'origine [...]. Par conséquent, le médecin conseil ne peut se contenter d'opposer le caractère général des informations déposées par [la partie requérante] à l'appui de sa demande 9ter pour ne pas les prendre en considération. Ainsi que déjà exposé dans les précédents recours, des sources publiques et reconnues prouvent l'inaccessibilité des soins, comme le rapport OSAR 2018, dont l'introduction précise que « cette recherche repose sur des renseignements d'expert-e-s et sur les propres recherches de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR). Conformément aux standards COI, l'OSAR fonde ses recherches sur des sources accessibles publiquement. Lorsque les informations obtenues dans le temps impari sont insuffisantes, elle fait appel à des expert-e-s. L'OSAR documente ses sources de manière transparente et traçable (...) » (Rapport OSAR du 19 juin 2018 concernant les maladies mentales au Congo, disponible sur : <https://www.ecoi.net/en/file/local/2018032/180619-drc-psycherkrankungen-f.pdf>). Examinant l'accessibilité des soins médicaux et du suivi au pays d'origine, le médecin adverse renvoie à une mutuelle en formation et à des associations caritatives et internationales. Ce qui confirme l'inaccessibilité des soins auprès des autorités congolaises, dont les plans évoqués remontent à 2011 et 2012, voici plus de dix ans, sans que leur effectivité actuelle ne soit démontrée. Le défendeur se basant sur des articles de presse, passablement anciens, qui constituent des sources d'autant moins fiables que leurs propres sources ne sont pas citées. Dans son avis, le médecin conseil soutient que le Congo aurait mis en place un « programme national pour la promotion des mutuelles de santé ...de plus en plus de Congolais adhèrent à ces structures. » [extrait non conforme à la teneur exacte de l'avis du fonctionnaire médecin]. Or, ainsi que déjà exposé dans les précédents recours, quatre ans après le lancement de ce programme pour la promotion des mutuelles de santé, une étude sur les mutuelles de santé en RDC dit ceci « (...) les résultats restent en dessous des attentes. Les mutuelles ont jusqu'à présent peu d'influence en termes d'amélioration de la qualité de l'offre de soins, de régulation du système de santé et de financement des services de santé. » (Institut de Médecine Tropicale, «- Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle », 2017, disponible sur : [file:///C:/Users/doandr/Downloads/2017_Etude_MdS_RDC%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/doandr/Downloads/2017_Etude_MdS_RDC%20(1).pdf)).

4. Discussion

4.1 **À titre liminaire, sur le moyen unique**, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'État et du Conseil, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué¹.

Le Conseil constate qu'en l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière la décision attaquée violerait l'article 3 de la CEDH et le devoir de minutie. Il en résulte que le moyen unique est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition et de ce principe.

4.2 **Sur le reste du moyen unique**, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

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

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 septembre 2006), ayant inséré l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur »².

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation³.

4.3 En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 6 décembre 2023, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande

¹ cf. notamment C.E., 8 novembre 2006, n° 164.482 et C.C.E., 29 mai 2008, n° 12 076.

² Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9.

³ dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n°147.344.

d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la partie requérante souffre de « *[s]équelles fonctionnelles d'une poliomyélite contractée à l'âge de trois ans* », pathologie pour laquelle le traitement médicamenteux et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « *Tegretol®* ». Le fonctionnaire médecin a par ailleurs indiqué « *Au [sic] titre de pure exhaustivité, car non mentionnés dans le certificat médical type mais dans d'autres rapports : Dafalgan® (= paracétamol); Tradonal® (= tramadol); Ibuprofen (= dénomination commune internationale)* ». Il a par ailleurs examiné la disponibilité des « *consultations en chirurgie orthopédique* », des « *traitements de kinésithérapie* », des « *radiographies* » et des « *examens par CT scanner* ».

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

4.4.1 S'agissant de la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la partie requérante en R.D.C., la partie requérante fait valoir en substance que la décision attaquée procède d'une « motivation par double référence », qui ne satisfait pas aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle découle de la loi du 29 juillet 1991.

À 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 sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (le Conseil souligne)⁴. 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 motivé⁵.

En l'espèce, le Conseil estime que l'avis du fonctionnaire médecin, susmentionné, 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 R.D.C. 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 de la partie requérante. Par ailleurs, la partie requérante n'explique pas en quoi les deux autres conditions que doit remplir une motivation par référence valable ne seraient pas remplies.

Dès lors, contrairement à ce que la partie requérante prétend en termes de requête, l'avis du fonctionnaire médecin permet de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontrent la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical en R.D.C. Cette motivation quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical en R.D.C. doit dès lors être considérée comme suffisante et adéquate.

4.4.2 Le Conseil estime que les critiques dirigées contre la base de données MedCOI ne peuvent suffire à justifier l'annulation de la décision attaquée.

⁴ X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in P. JADOUX et S. VAN DROOGHENBROUCK (coord.), *La motivation formelle des actes administratifs*, Bruxelles, La Charte, 2005, p. 44-45.

⁵ 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.

Tout d'abord, en ce que la partie requérante souligne le fait que cette base de données n'est pas publique, le Conseil constate à la lecture du dossier administratif – et outre ce qui vient d'être dit *supra*, au point 4.4.1 –, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les questions et réponses et de les ajouter au dossier administratif, de telle sorte que la partie requérante est en mesure d'y avoir accès.

Ensuite, en ce que les informations relatives à la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi requis ne concernent qu'un « seul et unique établissement de soins », ce qui « permet légitimement de douter du sérieux de cette étude supposée évaluer la disponibilité des soins à l'échelle nationale », le Conseil observe, à la lecture du rapport du fonctionnaire médecin, qu'une réserve est libellée comme suit : « *Disclaimer: Dans le cadre de la recherche de la disponibilité, les informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif. Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie. L'information est recueillie avec grand soin.*

L'EUAA MedCOI Sector fait tout son possible pour fournir des informations précises, transparentes et actualisées dans un délai limité. Aucun droit, tel que la responsabilité médicale, ne peut être dérivé du contenu.

L'EUAA MedCOI Sector définit que :

- un traitement médical est considéré comme disponible lorsqu'il est, lors de la recherche, suffisamment présent dans le pays d'origine dans au moins un établissement médical particulier (public ou privé).
- un médicament est considéré comme disponible lorsqu'il est, en principe, enregistré dans le pays d'origine et y est distribué dans les pharmacies, les drogueries ou autres lieux où les médicaments peuvent être vendus. Le médicament est soit produit, soit importé dans le pays d'origine et il n'y a pas de problème d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche.

Il convient de rappeler que les réponses fournies par l'EUAA MedCOI Sector n'ont pas vocation à être exhaustives (cf. Disclaimer). La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées » (le Conseil souligne). Cette réserve entend préciser que cette base de données ne concerne que la disponibilité du traitement et du suivi et non leur accessibilité sans pour autant signifier qu'ils ne sont disponibles que dans une seule pharmacie ou un seul établissement médical. La critique de la partie requérante à ce sujet est par conséquence inopérante.

En outre, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence du grief portant sur le fait que « les auteurs de ces rapports ne sont pas renseignés, pas plus leurs qualifications et mérites que leurs sources ; il faudrait donc croire sur parole la partie adverse qui se base sur des rapports aux auteurs anonymes et aux sources non identifiées, alors que [la partie requérante], dans sa demande, a cité et reproduit de multiples sources qui ne sont pas rencontrées par la décision ».

En effet, le Conseil observe, à la lecture du rapport du fonctionnaire médecin, qu'une note infrapaginale est libellée comme suit : « *L'EUAA MedCOI Sector reçoit des informations des sources suivantes :*

- *Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine :*

Ces médecins ont été sélectionnés par l'EUAA MedCOI Sector sur base de critères de sélection prédefinis : avoir 6 ans d'expérience en tant que médecin, être fiable, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des compétences linguistiques ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. L'identité de ces médecins locaux, engagés sous contrat avec EUAA, est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et CV sont connus par EUAA. La spécialisation exacte de ces médecins n'a pas de pertinence. C'est, en effet, leur réseau professionnel médical dans le pays d'origine, critère de sélection pour être engagé, qui importe. Celui-ci leur permet ainsi de répondre à des questions concernant n'importe quelle spécialisation médicale.

- *International SOS (Blue Cross Travel) :*

Il s'agit d'une société internationale de premier plan fournissant des services d'assistance médicale et de sécurité. Elle possède des bureaux dans plus de 70 pays et un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 64 cliniques et 650 sites externes. International SOS (BCT) s'engage contractuellement à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples informations sur cette organisation sur le site web d'International SOS: <https://www.internationalsos.com/>.

Les informations médicales fournies par les médecins sous contrat local et International SOS (BCT) sont ensuite évaluées par les médecins de l'EUAA MedCOI Sector » (le Conseil souligne). Au vu de ces précisions, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude des auteurs et des sources de la base de données précitée. Au demeurant, la partie requérante ne précise pas quelles sources citées dans sa demande « ne sont pas rencontrées par la décision ».

Enfin, dans la mesure où la partie requérante n'apporte aucun élément permettant de douter des quantités disponibles ou d'établir un risque de ruptures de stock, la partie requérante ne peut reprocher à la partie défenderesse d'avoir relevé que « *tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans n'importe quel pays du monde, ce qui n'empêche toutefois pas d'avoir recours à une alternative médicamenteuse du moins si pas identique du moins raisonnable. Par ailleurs, les affections dont il est question étant chroniques, le requérant peut à loisir se constituer un petit stock pouvant pallier lesdites indisponibilités temporaires* ».

4.5 S'agissant de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la partie requérante en R.D.C., le rapport du fonctionnaire médecin susvisé porte que « *[c]oncernant la disponibilité et l'accessibilité des soins, le conseil du requérant cite dans la requête plusieurs documents dont un article de radio okapi, un rapport de l'OMS et un document de betrade-congo. Soulignons qu'aucune copie des documents en question n'a été apportée avec la requête et force est de constater que les liens internet cités sont anciens et ne sont plus accessibles. Quoi qu'il en soit, les éléments invoqués (en substance : espérance de vie faible, peu d'investissement dans le secteur de la santé, indicateurs sociaux bas, conflits au sein du pays, taux d'accès aux soins entre 40 et 50%) 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'il invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021).*

Le conseil du requérant affirme, sans plus de détails, que son client n'aurait jamais reçus [sic] de soins adéquats dans son pays d'origine. Notons à ce propos que ce dernier souffre de problèmes médicaux depuis sa naissance et qu'il est arrivé il y a plus de dix ans en Belgique, la disponibilité des soins actuelle n'est plus celle de l'époque, et nous avons démontré supra par des sources récentes et fiables (base de données medCOI) que tous les soins et traitements nécessaires à l'intéressé sont bien disponibles en R.D.C. La disponibilité des soins ne saurait donc être mise en doute, qui plus est par des sources plus anciennes ou de simples assertions. En outre, concernant les considérations du Dr [M.] dans son attestation du 03.01.2022, ces allégations ne correspondent pas à la réalité comme le démontre l'étude de disponibilité ; par ailleurs, le pronostic suite à une intervention chirurgicale, qui dans le cas présent est hypothétique, est du domaine de l'aléas [sic] médical, que ce soit en Belgique ou ailleurs dans le monde ; c'est le reflet de l'avis de ce médecin et cela ne constitue pas un fait.

Rappelons aussi 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). Ainsi, les documents apportés au Conseil du Contentieux des Etrangers dans le cadre des différents recours n'ont pas été transmis à l'Office des Etrangers et il n'en sera pas tenu compte.

Par ailleurs, au sujet des soins, un article d'IPS2 nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisations sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles données en exemple sont de l'ordre de 4,5 dollars.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts.

Autre exemple, la mutuelle de santé KINCARE prend notamment en charge les consultations généralistes et spécialistes de même que les visites, les actes médicaux et la radiologie. Ainsi que les soins et honoraires hospitaliers, chambre, frais de séjour pour hospitalisation spécialisée. Elle s'adresse en outre « à tout le monde sans condition de revenu ». Le remboursement des frais de santé varie entre 50 à 80% en fonction de la formule souscrite. Le prix variant entre 3.8 euros à 13 euros pour un étudiant ou entre 7 et 23 euros pour une personne célibataire par exemple.

Pour mieux réglementer le système de mutuelles, la loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité » a été promulguée le 9 février 2017. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle

confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. Il prévoit la prise en charge des soins médicaux par la méthode du tiers payant ou par l'assurance directe dans les établissements de soins des mutuelles. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

Accessoirement, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas, OMS, Enabel sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

Notons que l'intéressé ne démontre pas qu'il ne pourrait souscrire à une mutuelle[*n*], faire appel à l'une des aides évoquées ci-dessus.

De plus, soulignons que l'intéressé a vécu longtemps au pays d'origine avant de venir sur le territoire belge. Rien ne prouve qu'il n'a pas tissé de relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité. Remarquons d'ailleurs que l'intéressé a affirmé (Cf. Demande d'asile du 21.06.2011) avoir bénéficié de l'aide d'une connaissance pour s'évader de la prison et voyager vers la Belgique. Signalons aussi que l'intéressé a reconnu avoir de la famille (deux sœurs et trois demi-sœurs et un demi-frère) au pays d'origine (Cf. Demande d'asile du 21.06.2011). Rien ne prouve qu'il ne pourrait ainsi s'appuyer sur ses proches à son retour notamment pour une aide financière ou matérielle. Précisons que nous devons considérer ces informations comme étant crédibles puisque le requérant, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître comme réfugié.

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 n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Congo (R.D). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume-Uni du 06 février 2001, 838). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

Le Conseil estime que la partie requérante se borne à prendre le contre-pied de la décision attaquée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis en l'absence de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

En effet, le Conseil observe tout d'abord que l'examen de l'accessibilité réalisé par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse est suffisamment individualisé, compte tenu des éléments invoqués par la partie requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour.

La demande d'autorisation de séjour du 2 décembre 2014, visée au point 1.9, se contentait en effet de préciser, après un rappel de la situation sécuritaire en R.D.C. que, « [l]e climat d'insécurité et de violence a profondément affecté les différents secteurs de la vie sociale, notamment celui de la santé. Actuellement, 37% de la population n'ont pas accès aux soins de santé primaires⁶.

« Le manque d'investissement dans le système de santé se traduit par un manque d'infrastructures et de personnel médical correctement formé, à travers le pays. Alors que les besoins médicaux sont énormes, les gens doivent se démener pour accéder au niveau le plus élémentaire des services de santé. "Pour avoir accès aux soins, les patients doivent souvent marcher plusieurs heures" explique Christine Buesser, chef de mission MSF. "Imaginez une femme enceinte portant un autre enfant sur le dos. Ces distances sont très difficiles à surmonter. C'est un véritable défi de se rendre dans une structure de santé". Des décennies de négligence du système de santé en RDC ont entraîné une hausse des taux de mortalité materno-infantile à travers le pays. L'espérance de vie y est parmi les plus faibles au monde »⁷.

« Peu de structures de santé sont opérationnelles en République démocratique du Congo (RDC) et la plupart des habitants souffrent d'un manque criant de soins. L'escalade de la violence à l'est a encore accentué les besoins. »⁸

« A l'Ofida, plus rien ne marche du côté des centres médicaux. Pas d'outils de travail adéquats, ni de médecins spécialistes. Ce sont des agents et cadres qui le disent et râlent, au vu de la situation déplorable qu'ils traversent. Même s'ils reconnaissent qu'à 30 ans, l'Ofida vit et respire, ils redoutent néanmoins, les conséquences incalculables résultant de l'absence d'un suivi en matière de santé. Ce qui est vrai à l'Ofida,

⁶Lire : <http://www.caritas-int.be/fr/aide-a-letranger/projets-par-pays-region/afrique/rd-congo.html>

⁷Source : <http://www.msf-azg.be/fr/nouvelle/r%C3%A9publique-d%C3%94Almocratique-du-congo-situation-toujours-critique>

⁸http://www.msf-azg.be/fr/pays/republique-democratique-du-Congo?qclid=CiwKEAiA4_WiBRCNqf7A_KeE9jwSJADtegYdk5KUmDlt3WVsgoQpmPTQOYED6jsCRw4afsHeh_hV7uROCr7Xw_wcb.

dans la ville de Kinshasa, l'est également pour l'intérieur du pays. Le manque criant des matériels est un sort commun, pour la vie des agents, cadres et leurs membres de famille. Parmi ces matériels, il y a notamment, des médecins spécialistes, médicaments et équipements médicaux. En cas d'urgence, ils sont incapables de recevoir les malades pour leur apporter secours. Comme la santé n'a pas de prix, ces agents et cadres ne peuvent rendre un bon service à l'Ofida ; c'est-à-dire, donner le meilleur d'eux-mêmes que s'ils sont en bonne santé. À cet effet, ils préfèrent recourir à d'autres institutions hospitalières ou à l'étranger pour bénéficier de soins. Par manque de matériels et médecins spécialistes, le taux de mortalité ne fait qu'accroître au cours d'une année »]⁹.

« Le taux d'accès aux soins de santé en RDC oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007 et actualisée en 2009. En clair, plus de 30 millions des Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité. »¹⁰

Selon le Country return Information de l'UNHCR consultable via le lien suivant <https://www.unhcr.org/refworld/pdfid/46f3af1c0.pdf>

« p.49 à 53 : le système de sécurité sociale congolais devrait être restructuré en profondeur. Son champ d'application devrait être étendu aux personnes non encore couverte et les prestations offertes nécessitent une amélioration tant quantitative que qualitative dans la mesure ou des neufs branches minimums déterminées par la Convention 102 de l'OIT, six seulement sont couvertes par l'INSS... Cette sécurité sociale obligatoire touche l'ensemble des entreprises et organisations employant des travailleurs... en pratique les prestations sociales ne sont pas délivrées aux personnes... Avantage spécifiques pour les candidats au retour : au niveau du gouvernement congolais, aucun avantage spécifique n'est mis en place pour l'instant ...

P.63 à 67 3.4.3.1 Critères d'accès aux services de santé

Dans l'ensemble les institutions sanitaires n'ont pas d'infrastructures appropriées...

3.4.3.2. L'accès aux services de santé est libre pourvu que l'intéressé (le patient) dispose des moyens financiers pour se faire soigner. En effet, en République Démocratique du Congo, la malade prend tout en charge à l'hôpital pour son propre intérêt ...

3.4.3.3 Coûts des soins de santé

Les soins de santé coûtent cher en République Démocratique du Congo. En effet, en dehors des frais administratifs et des actes de médecins à payer, le malade ou sa famille prend également en charge les coûts des médicaments dont il est difficile d'estimer le montant... ».

Concernant, plus précisément, l'accessibilité et la disponibilité des soins :

« Il n'existe pas en RDC de compagnie d'assurance maladie publique ni de mutuelle de santé qui prenne en charge les coûts de la santé. La seule compagnie d'assurance maladie existante dans le pays, la SONAS (Société Nationale d'Assurance) est privée et payante et elle n'est pas accessible à la majorité de la population. De plus, les citoyens ne le jugent pas fiable. Le système de sécurité sociale assure, quant à lui, une protection uniquement aux personnes employées dans le secteur officiel du marché de l'emploi, qui est très réduit (uniquement le 2,8 % du marché se fait dans l'économie dite formelle): la majorité de la population n'a donc pas accès à ce système. Il n'existe pas non plus dans le pays d'assistance financière spécifique pour les personnes de retour de l'étranger. Les personnes qui ont effectué une demande d'asile et retournent en RDC ne reçoivent aucune assistance de la part des services publics(...) La qualité des traitements pour les maladies graves ne peut pas être comparée avec les standards européens: les personnes souffrant de cancers ou de cardiopathies doivent souvent être transférées en Afrique du Sud, en Belgique, en France ou ailleurs à l'étranger pour être soignées de façon adéquate »¹¹.

De plus, [la partie requérante], gravement handicapé[e], abandonné[e] par sa famille pour cette même raison, ne saurait, même si les soins et traitements étaient disponibles (*quod non* en l'espèce), avoir accès à ces soins, à défaut pour lui de pouvoir travailler et les financer ».

Le Conseil estime que les termes très généraux de l'argumentation de la partie requérante ne suffisent pas à contester l'effectivité de l'accessibilité du traitement et des soins nécessaires à la partie requérante, en sorte qu'il ne saurait être reproché au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir eu égard à la situation individuelle de cette dernière. En effet, le Conseil estime que la partie requérante est restée, dans sa demande d'autorisation de séjour et ses compléments, en défaut de les mettre en perspective par rapport à la situation individuelle de la partie requérante, en sorte qu'il ne saurait être reproché au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne s'être référé qu'à des « informations tout aussi générales », après avoir relevé que les informations de la partie requérante dans sa demande visaient « *en substance : [l']espérance de vie faible, [le] peu d'investissement dans le secteur de la santé, [les] indicateurs sociaux bas, [les] conflits au sein du pays, [le] taux d'accès aux soins entre 40 et 50%* ».

⁹Source

http://www.douanesrdc.com/index.php?option=com_content&view=article&id=52:deo-rugwiza-appele-a-recruter-des-medecins-specialistes.

¹⁰<http://radiookapi.net/tag/acces-aux-soins-de-sante-en-rdc/>

¹¹« RDC consultation en cardiologie et traitement du Cancer », analyse pays de l'OSAR, décembre 2010.

Ensuite, le seul fait pour la partie requérante de se référer à un Rapport OSAR du 19 juin 2018 « concernant les maladies mentales au Congo » ne suffit pas, au vu de cet argument totalement général et abstrait, à justifier « l'inaccessibilité de soins » en R.D.C.

Enfin, si la partie requérante estime que le renvoi du fonctionnaire médecin à « une mutuelle en formation et à des associations caritatives et internationales » prouve « l'inaccessibilité des soins auprès des autorités congolaises, dont les plans évoqués remontent à 2011 et 2012, voici plus de dix ans, sans que leur effectivité actuelle ne soit démontrée », elle n'étaie pas plus avant ses affirmations. De plus, si elle renvoie à un document de 2017, intitulé *Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle*, de l'Institut de Médecine Tropicale, pour affirmer que les résultats des mutuelles « restent en dessous des attentes », elle ne contredit pas cette affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle « *[p]our mieux réglementer le système de mutuelles, la loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité» a été promulguée le 9 février 2017. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. Il prévoit la prise en charge des soins médicaux par la méthode du tiers payant ou par l'assurance directe dans les établissements de soins des mutuelles. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé* ». En conséquence, en raison de leur caractère purement prérempatoire, le Conseil ne saurait considérer ces allégations comme susceptibles de pouvoir mettre à mal le bien-fondé des motifs de l'avis du fonctionnaire médecin sans substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente, ce qui excède manifestement les compétences qui lui sont dévolues dans le cadre du contrôle de légalité.

4.6 Partant, la décision attaquée est suffisamment et valablement motivée.

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

5. Débats succincts

5.1 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.

5.2 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-trois janvier deux mille vingt-cinq par :

Mme S. GOBERT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS S. GOBERT