

Arrêt

n°322 119 du 20 février 2025
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître T. MITEVOY
Chaussée de Haecht 55
1210 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 7 février 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 16 décembre 2013.

Vu le titre I^{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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) n° 240 962 du 15 septembre 2020.

Vu l'arrêt du Conseil d'Etat n° 258.379 du 10 janvier 2024.

Vu l'ordonnance du 17 décembre 2024 convoquant les parties à l'audience du 28 janvier 2025.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me T. MITEVOY, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *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 4 juillet 2011, la partie requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil n°91 810 du 20 novembre 2012.

1.2. Le 3 novembre 2011, la partie requérant a introduit une 1^{ère} 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. Celle-ci a été déclarée recevable, le 24 janvier 2012. Le 17 avril 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée.

1.3. Le 28 juin 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale (annexe 13quinquies), à l'encontre de la partie requérante.

1.4. Le 25 octobre 2012, la partie requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Celle-ci a été déclarée recevable, le 6 mars 2013. Le 1^{er} août 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée. Cette décision a été retirée, le 8 octobre 2013. Le recours introduit contre cette décision a dès lors été rejeté par le Conseil (arrêt n° 117 696, rendu le 27 janvier 2014).

1.5. Le 16 décembre 2013, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré la demande, visée au point 1.4., non fondée. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivé comme suit:

« 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 12.12.2013, le médecin de l'OE. 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 n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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 .

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

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

1.6. Le 16 juillet 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante. Le Conseil a rejeté le recours introduit contre cette décision dans son arrêt n° 240 963 du 15 septembre 2020.

1.7. Le Conseil a rejeté le recours introduit contre cette décision dans son arrêt n° 240 962 du 15 septembre 2020.

1.8. Par l'arrêt n° 258.379 du 10 janvier 2024, le Conseil d'Etat a cassé l'arrêt du Conseil susmentionné et a renvoyé l'affaire devant le Conseil.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un **moyen unique** de la violation :

- de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980,
- des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après: la CEDH),
- de « l'obligation de motivation matérielle »
- et du « principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives ».

2.2. Dans une 1^{ère} branche, intitulée « *la nécessité de traitements et l'incapacité de voyager* », elle fait valoir que « *Le requérant nécessite pour ses différentes pathologies les traitements médicamenteux suivants: [...] antihypertenseur, [...] antiagrégant, [...] antidouleur et anti-inflammatoire, [...] anticholestérol, [...] antiacidité gastrique, gouttes ophtalmiques. La pathologie cardiovasculaire dont souffre le requérant nécessite un traitement postopératoire médicamenteux à vie [...]. Le Dr. [X.], cardiologue, rajoute qu'une nouvelle opération dans le futur ne peut pas être exclue [...]. Au traitement médicamenteux nécessaire se rajoute un suivi à vie en médecine générale et en cardiologie, ainsi qu'un régime diététique. Les risques en cas d'arrêt de traitement pour le requérant sont particulièrement importants. Il s'agit d'une décompensation cardiaque et du décès. Le Dr. [Y.] a en outre précisé dans son certificat médical du 06.08.2012 que le requérant est incapable de voyager au moins jusqu'au 31.12.2012. La partie adverse ne peut déduire de ce certificat et/ou*

de l'absence d'un nouveau certificat confirmant l'incapacité de voyager après cette date qu'il n'y aurait « Pas de contre-indication à un voyage plus d'un an après une opération de l'aorte ». Il ne ressort pas du dossier administratif que l'incapacité de voyager du requérant aurait pris fin en date du 31.12.2012. [...] ».

2.2.2. Dans une 2^{ème} branche, intitulée « la disponibilité des soins », la partie requérante fait valoir que « La partie adverse estime - à tort - que «l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis » sont disponibles et accessibles au requérant pour conclure au non-fondement de la demande d'autorisation de séjour 9ter. Le médecin fonctionnaire précise dans son avis du 12.12.2013 que la pathologie cardiovasculaire du requérant (HTA) était « soignée au Congo » avant son départ en juillet 2011. Le médecin fonctionnaire se réfère sur ce point aux déclarations faites par le requérant lors du rendez-vous médical à l'OE en date du 30.05.2013, or le dossier administratif ne comporte en outre aucun rapport médical du médecin fonctionnaire suite à l'entretien avec le requérant en date du 30.05.2013. On ne peut donc vérifier ces déclarations. Puisque la partie adverse fait référence dans la décision entreprise aux déclarations du requérant dans le cadre de sa demande d'asile, il convient de souligner que si le requérant a en effet cherché à se faire soigner pour la pathologie cardiovasculaire HTA lorsqu'il résidait encore dans son pays d'origine, il a déclaré in tempore non suspecto lors de l'audition CGRA qu'il consultait «les infirmiers du quartier», et non des médecins. Ceux-ci prenaient en outre que sa tension [...]. Ceci ne correspond pas au suivi cardiologique que nécessite le requérant aujourd'hui. La partie adverse ne peut dès lors déduire du seul fait que le requérant a tenté de se faire soigner en RDC que les soins nécessaires auraient été et/ou seraient disponibles, quod non in casu. La partie adverse a un devoir de gestion consciencieuse et un devoir de motivation qui nécessite que la décision entreprise se fonde sur des informations objectives reprises dans le dossier administratif. La partie adverse ne peut se borner à affirmer que les soins médicaux nécessaires seraient disponibles sur base des seules déclarations du requérant. Dans la mesure où le médecin fonctionnaire n'a pas posé de questions supplémentaires au requérant sur « les soins » dont il aurait bénéficié avant son départ du pays lors de leur entretien du 30.05.2013, la partie adverse a manqué à son devoir de gestion consciencieuse ».

Elle fait valoir également que « La décision entreprise affirme que des médecins généralistes et cardiologues/internistes sont présents en RDC et que dès lors le suivi médical du requérant serait assuré en cas de retour au pays d'origine. Or, des informations auxquelles se réfère la partie adverse dans la décision entreprise il n'est pas possible de conclure à la disponibilité du suivi médical. L'information tiré par la partie adverse du site Allianz démontre qu'il y a 7 docteurs à Kinshasa. Ce nombre est particulièrement faible au regard du fait que la ville héberge 9 millions d'habitants. En outre, le faible nombre de 7 docteurs, inclut un gynécologue et un pédiatre, qui ne peuvent évidemment pas offrir le suivi médical nécessaire au requérant. Quant à l'information tirée par la partie adverse du site Congomoja n'établit pas non plus que le suivi médical nécessaire est disponible en RDC. La liste des médecins généralistes et celle des cardiologues se réfère à la totalité du territoire congolais et ne comporte guère un nombre suffisants de médecins au regard du nombre total des congolais en 2013: 75.507.308. Le requérant souligne le caractère particulièrement sommaire et partiel de cet ex[amen]. En effet, la partie adverse n'a pas vérifié si le nombre de cardiologues était suffisant et/ou si leur répartition territoriale permettait de confirmer une réelle disponibilité. Elle se limite à constater que la présence de 5 cardiologues est confirmée. Or, ceci ne garantit pas la disponibilité des soins pour le requérant en cas de retour en RDC, plus particulièrement à Kinshasa. Il se pose en outre le problème de la disponibilité de l'équipement approprié en cardiologie. La décision entreprise ne comporte aucune motivation à l'égard de l'information concernant la disponibilité des soins jointe à la demande 9ter du requérant, puisque la partie adverse ne motive rien par rapport au manque de matériel et d'équipement médical [...]. Ainsi, le requérant avait fait mention du rapport OSAR « RDC : consultations en cardiologie et traitement du cancer » du 22.12.2010 [...] ».

La partie requérante soutient en outre que « Depuis le retrait de la première décision négative, la partie adverse a joint plusieurs documents nouveaux au dossier, à savoir: « des informations émanant de la banque de données de MedCOI »[...] Dans le dossier administratif figure des formulaires de réponse BMA-4975, BMA-5007, BMA-5071. Qui a fourni les informations, n'est pas mentionné. On ne peut même pas déduire s'il s'agit d'un médecin. Le formulaire de réponse BMA-5071 fait ressortir d'ailleurs que: 8. Is heart surgery available for this patient ? NO 9. Is cardiac rehabilitation available for this patient? NO [...] Pourtant, le médecin traitant du requérant indique clairement qu'une nouvelle opération cardiaque peut être nécessaire pour le requérant. Il est donc clair qu'une telle opération ne peut se faire au Congo. Les pièces émanant de Med COI sont vagues et ne mentionnent pas de source. Med COI est une organisation qui ne travaille que pour des services de migration comme l'Office des Etrangers et qui n'est pas au service de toute la population. Cette organisation n'a jamais été contrôlée en termes de qualité par des scientifiques ou par des ONG. A première vue, cette organisation a comme but de pouvoir renvoyer un maximum de personnes dans leur pays d'origine, une organisation qui est au service de la politique migratoire de l'Europe et qui n'a pas comme but de promouvoir les droits de l'homme mais bien une protection des frontières européennes. Le droit d'existence d'une telle organisation n'est pas contesté par la partie requérante, mais le fait que ses informations soient utilisées comme source objective dans ce dossier est par contre très inquiétant. L'examen

de la partie adverse et de son médecin est donc d'un niveau inférieur. La décision entreprise ne se base pas sur des éléments objectifs dont une copie se trouve dans le dossier administratif. La décision entreprise n'est dès lors pas adéquatement motivée. [...]».

Enfin, la partie requérante fait valoir que « La décision entreprise affirme que les différents traitements médicamenteux nécessaires en raison des différentes pathologies dont souffre le requérant seraient disponibles en RDC. Il ne ressort pas de la «Liste Nationale des Médicaments Essentiels» que ces médicaments seraient actuellement disponibles en RDC. Le document joint par la partie adverse au dossier administratif ne permet pas de vérifier le pays auquel il se réfère, ni la date à laquelle cette liste a été établie. Cette liste ne comporte aucune référence au traitement antiagrégant ni au traitement anticholestérol que nécessite le requérant. Il ne ressort pas non plus de l'établissement de cette liste que les médicaments repris sont effectivement disponibles en RDC actuellement. Les formulaires de réponse MedCOI ne permettent pas non plus de vérifier de manière détaillée si les nombreux médicaments dont le requérant a besoin sont disponibles et surtout à quel prix. On ne peut pas constater de qui viennent ces informations. Il ressort de l'avis du médecin fonctionnaire que les traitements médicamenteux que le requérant prend actuellement ne sont pas (tous) disponibles en RDC puisque le [fonctionnaire médecin] affirme que des «équivalents qui peuvent valablement les remplacer sans nuire à sa sécurité» seraient disponibles, quod non in casu. L'avis médical ne permet pas de vérifier si le [le fonctionnaire médecin] qui a établi l'avis négatif et/ou le médecin qui a reçu le requérant lors du rendez-vous du 30.05.2013, est médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Il semble en tout cas impossible que l'un et/ou l'autre médecin fonctionnaire soit spécialisé [e]t en cardiologie [e]t en ophtamologie [e]t en orthopédie, alors que les pathologies dont souffre le requérant ressortent de ces 3 spécialisations médicales distinctes. Le requérant estime que seul un médecin spécialiste puisse affirmer qu'un traitement médicamenteux qui relève de sa spécialisation peut se remplacer par un autre médicament « sans nuire à sa sécurité ». Or il ne ressort pas du dossier administratif que le(s) médecin(s) fonctionnaire(s) soient ou aient consultés un médecin spécialisé [...] ».

2.2.3. Dans une 4^{ème}, en réalité 3^{ème} branche, intitulée « l'accessibilité des soins », la partie requérante allègue que « Les soins médicaux nécessaires, pour autant qu'ils soient disponibles en RDC quod non in casu voir supra, ne sont pas accessibles au requérant.

- La partie adverse estime que les soins médicaux sont accessible[s] puisque la Société Nationale d'Assurances (ci-après :SONAS) a dans sa gamme de produits une assurance santé. A ce sujet, le requérant a expliqué dans sa demande d'autorisation de séjour 9ter que : [reproduction d'un extrait de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2.] La décision entreprise ne comporte aucune motivation sur ce point. En effet, vu l'incapacité de travail de 100 % dont souffre le requérant [...], ce qui n'est pas contestée par la partie adverse, celui-ci n'a pas accès [à] cette assurance santé payante auprès de SONAS, compagnie d'assurance privée, puisqu'il faut nécessairement travailler. En outre, une personne doit, pour souscrire cette assurance, avoir préalablement travaillé en tant que salarié ou en tant qu'indépendant pendant 2 ans au minimum. Ceci n'est manifestement pas le cas en l'espèce. La partie adverse ne peut dès lors pas utilement faire référence à SONAS pour conclure à l'accessibilité des soins médicaux pour le requérant.

- La partie adverse fait référence au développement d'« un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale » pour conclure à l'accessibilité des soins médicaux en RDC. Or, l'Ordonnance n° 07/018 fixe uniquement les attributions des Ministères et prévoit dans son article premier: « Organisation, Promotion et Agrément des Mutuelles de Prévoyance Sociale » en date du 16.05.2007. Aucun système de mutuelles de santé n'existait manifestement en RDC avant le 16.05.2007. La partie adverse ne peut déduire de la simple existence de cette Ordonnance visant à organiser, promouvoir et agréer des mutuelles de santé que celles-ci soient en cours de développement. Même s'il devait ressortir du dossier administratif, quod non in casu, qu'un système de mutuelles de santé serait effectivement « en voie de développement », celui-ci n'a par conséquent pas encore été mis en place, promu et agr[é]. La référence à l'Ordonnance n°07/018 n'est pas pertinente en ce qu'elle ne démontre pas que les soins médicaux seraient accessibles pour le requérant en cas de retour en RDC aujourd'hui.

- La partie adverse cite à titre d'exemple de mutuelle, la « MUSU ». La « MUSU » est l'abréviation de « Mutuelle des syndicats de l'union nationale des travailleurs du Congo [...]» (voir demande 9ter). Le requérant a motivé sa demande 9ter sur ce point: [...] Il ressort de l'information jointe par la partie adverse au dossier administratif concernant la «MUSU» qu'«on adhère pas à la mutuelle de santé pour un cas des maladies, mais plutôt pour assurer la prévention des risques financiers que peut causer la maladie» et qu'il faut « observer une période d'observation de 3 mois pendant lequel on n'accède pas encore au soins (sic) ». La MUSU ne garantit dès lors pas l'accessibilité des soins pour le requérant qui nécessite des traitements médicaux et un suivi spécialisé continu. En cas de retour, ceux-ci seraient nécessairement interrompus pendant une durée de 3 mois minimum. Or, l'arrêt du traitement entraînera une décompensation cardiaque et le décès du requérant [...]. La partie adverse ne démontre pas non plus que le requérant aurait accès à la MUSU après cette période de 3 mois, puisqu'elle ne tient pas compte de la situation spécifique du requérant en ce qu'il ne peut pas travailler d'une part et qu'il n'aura dès lors pas accès à la « MUSU », et en ce qu'il tomberait en cas de retour en RDC dans la catégorie de personnes ayant effectué une demande d'asile à l'étranger et que ne reçoivent aucune assistance de la part des services publics d'autre part (voir extrait du

rapport OSAR repris ci-dessus). La partie adverse n'établit pas qu'une personne souffrant déjà de différentes pathologies graves pourrait effectivement s'affilier à la « MUSU ». La partie adverse a omis de motiver la décision entreprise sur ce point. La liste de soins couverts par la MUSU ne couvrent en outre pas tou[s] les traitements médicaux nécessaires pour le requérant en l'espèce. Les mutuelles existantes et capables de fonctionner en RDC ne concernent qu'une infime partie de la population. En outre, l'adhésion à une mutuelle nécessite le paiement d'un droit d'adhésion ainsi que le paiement d'une cotisation mensuelle. Par conséquent, l'affiliation à une mutuelle nécessite des moyens financiers dont le requérant ne dispose pas. [...] ».

La partie requérante soutient également que « Le requérant n'est en outre pas en mesure d'acheter les médicaments nécessaires, pour autant qu'ils seraient disponibles en RDC quod non, ni de payer les médecins et spécialistes. Le requérant n'avait pas accès aux soins médicaux en RDC avant son départ en 2011. Le requérant a déclaré in tempore non suspecto lors de l'audition CGRA que « les infirmiers du quartier » qui prenaient sa tension, lui donnaient des ordonnances pour l'achat de médicaments. Or le requérant ne pouvait pas acheter ces médicaments à défaut de moyens financiers [...]. Le requérant a indiqué dans sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter que : [reproduction d'un extrait de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2.]»[.] La partie adverse ne démontre pas que le requérant bénéficiera d'un accès garanti aux soins médicaux qu'il nécessite. Elle se borne [à] faire des suppositions [...]. Il ressort tout d'abord du dossier administratif que l'épouse du requérant est femme au foyer et que son fils était étudiant au moment de son départ en 2011. Aucune profession est indiquée pour son frère dans le questionnaire rempli par le requérant dans le cadre de sa demande d'asile. La partie adverse ne démontre ni que ces personnes ou l'une d'entre elle disposeraient de moyens financiers et ni que ces moyens financiers seraient suffisants pour prendre en charge les frais médicaux du requérant d'autre part. Le coût des médicaments, qui seraient disponibles en RDC, est fort élevé et ne peut être pris en charge par le requérant. Le requérant a souligné l'inaccessibilité financière dans sa demande 9ter [...] en citant plusieurs extraits de rapports/articles dont une copie a été jointe au dossier administratif [...] La décision entreprise ne comporte aucune motivation quant au coût élevé des médicaments et soins médicaux. La partie adverse se borne à affirmer - sans fondement - que ceux-ci seraient accessibles pour le requérant. Ceci ne ressort cependant pas du dossier administratif. La partie adverse fait également référence au montant payé au passeur pour le voyage du requérant pour supposer - et non démontrer - que le requérant, qui rappelons-le est désormais incapable de travailler, pourrait disposer de moyens financiers « relativement importants ». Premièrement, il ne ressort pas du dossier administratif que le requérant aurait lui-même rassemblé la somme de 3 700 \$ pour financer son voyage vers l'Europe. Deuxièmement, cette somme, conséquente et unique, a été rassemblée pour le requérant en 2011. Rien ne permet à la partie adverse d'en déduire que le requérant disposerait d'un même montant financier en cas de retour en RDC en 2013. La partie adverse ne remplit pas son devoir qui consiste à démontrer à suffisance qu'en cas de rapatriement, le requérant pourra bénéficier, dans son pays d'origine, d'un accès satisfaisant à des soins médicaux convenables [...] ».

Elle fait valoir, enfin, que « La partie adverse dit que pour financer les frais des traitements et des médicaments, les congolais font appel à « l'entraide familiale », parce qu'en effet la partie adverse ne peut nier qu'il n'existe aucun système de sécurité sociale garantie[.] Ceci est naturellement absurde comme argument. Si cela était si simple que cela, le monde des ONG internationales et autres organisations internationales ne se fatigueraient pas à écrire des rapports sur l'état inquiétant des soins médicaux en [RDC], justement parce que l'accessibilité des soins n'existe que pour ceux qui savent le payer. OSAR affirme que : [reproduction d'un extrait d'un rapport de cet organisation] [...]. À supposer que le requérant puisse faire appel à « l'entraide familiale », quod non, cette entraide ne suffit clairement pas dans la majorité des cas et fait dire à OSAR: [reproduction d'un extrait]. Déjà le prix en Belgique de tous les médicaments dont le requérant a besoin est élevé. La seule façon pour le requérant de faire face à ces frais est via le système de la mutuelle et la prise en charge par le CPAS. A titre informatif, les différents prix des médicaments s'élèvent à 29 € pour Amlor, 15 € pour Emcoretic, 17 € pour Tritace, 10 € pour Asaflo, 23 € pour Zocor. Le requérant a besoin de ces médicaments pour un traitement à vie. Les frais deviennent donc très élevés. [...] Le requérant cite d'un rapport de juillet 2007 'Enquête sur les prix des médicaments en République Démocratique du Congo', avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé et la coopération technique belge [...]. En conclusion, les traitements et médicaments ne sont non seulement très chers, ils sont aussi de qualité inférieure. La partie adverse ne remplit pas son devoir qui consiste à démontrer à suffisance qu'en cas de rapatriement, le requérant pourra bénéficier, dans son pays d'origine, d'un accès satisfaisant à des soins médicaux convenables [...] ».

3. Discussion

3.1. Sur la 2^{ème} branche moyen unique, 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 alinéa 3 et 5 de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. [...]. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, montrent que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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 souligne également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande.

Enfin, l'obligation de motivation 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'explicitier 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.

Le contrôle de légalité que le Conseil est appelé à exercer, se limite à vérifier :

- si l'autorité administrative qui a pris l'acte attaqué n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif
- et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de ses décisions, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (Dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

3.2.1. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis d'un fonctionnaire médecin, daté du 12 décembre 2013 et joint à cette décision, qui indique, en substance, que la partie requérante souffre de plusieurs pathologies, dont les traitements et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclu à l'absence « *de contre-indication à un retour au pays d'origine* ».

3.2.2. a) S'agissant de la disponibilité de la prise en charge médicale de la partie requérante, au pays d'origine, le fonctionnaire médecin a indiqué ce qui suit :

« Les sites suivants montrent la disponibilité de médecins généralistes et cardiologues/internistes qui peuvent assurer le suivi du requérant :

- <http://www.allianzworldwidecare.com/hospital-doctor-and-health-practitioner-finder?TRANS=H%C3%B4pitaux%2C+docteurs+et+praticiens+en+Kinshasa%2C+R%C3%ASpubliaue+D%C3%Almocratique+du+Congo&PROVTYPE=PRACTITIONERS&CON=Africa&COUNTRY=CongoDemocratic Republic of the&CITY=Kinshasa>, <http://www.congomoja.com/secteurs/sante/medecine-generale>
- <http://www.congomoja.com/secteurs/sante/cardiologie>

Les sites

- <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18817fr/s18817fr.pdf>;
- <http://Awww.asrames.com/>;
- <http://www.asrames.com/wp-content/uploads/2012/06/Liste-des-medicaments-ASRAMES-26-06-2013.pdf>.

montrent la disponibilité des principes actifs prescrits au requérant (amlodipine, hydrochlorothiazide, acide acétylsalicylique faiblement dosé, ibuprofen et paracetamol, simvastatine) ou d'équivalents qui peuvent valablement les remplacer sans nuire à sa sécurité (autres antihypertenseurs aténolol, captopril et enalapril peuvent remplacer bisoprolol et ramipril, omeprazole peut remplacer pantoprazole) et la disponibilité de nombreuses gouttes ophtalmiques.

Voir aussi les informations émanant de la banque de données MedCOI qui précisent en outre la disponibilité de spécialistes en hépatologie et la possibilité de réaliser des examens de surveillance en cardiologie :

- Requête du 23/08/2013 portant le numéro de référence unique Case Reference BMA-4975 Intl. SOS reference 4PAR002990;
- Requête du 11/09/2013 portant le numéro de référence unique Case Reference BMA-5007Intl. SOS reference 4PAR003921 ;
- Requête du 15/10/2013 portant le numéro de référence unique Case Reference BMA-5071 Intl. SOS reference 4PAR005763;
- Requête du 14/11/2013 portant le numéro de référence unique Case Reference BMA-5123Intl. SOS reference 4PAR007494 », mentionnées dans ledit avis.

b) La partie requérante critique, de manière générale, les informations tirées des sources « MedCOI », ainsi que la « Liste Nationale des Médicaments Essentiels », sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis.

S'agissant particulièrement de ladite liste, la partie requérante fait notamment valoir que :

- celle-ci « ne permet pas de vérifier le pays auquel il se réfère, ni la date à laquelle cette liste a été établie»,
- « ne comporte aucune référence au traitement antiagrégant ni au traitement anticholestérol que nécessite le requérant »,
- et « [i]l ne ressort pas non plus de l'établissement de cette liste que les médicaments repris sont effectivement disponibles en RDC actuellement ».

Quant aux 2 sites auxquels le médecin fonctionnaire se réfère pour montrer « la disponibilité de médecins généralistes et cardiologues/internistes qui peuvent assurer le suivi du requérant », la partie requérante fait valoir qu' « il n'est pas possible de conclure à la disponibilité du suivi médical » dès lors que :

- le « site Allianz démontre qu'il y a 7 docteurs à Kinshasa. Ce nombre est particulièrement faible au regard du fait que la ville héberge 9 millions d'habitants. En outre, le faible nombre de 7 docteurs, inclut un gynécologue et un pédiatre, qui ne peuvent évidemment pas offrir le suivi médical nécessaire au requérant»,
- et « Quant à l'information tirée par la partie adverse du site Congomoja n'établit pas non plus que le suivi médical nécessaire est disponible en RDC. La liste des médecins généralistes et celle des cardiologues se réfère à la totalité du territoire congolais et ne comporte guère un nombre suffisants de médecins au regard du nombre total des congolais en 2013 : 75.507.308 »,

c) A cet égard, ainsi que rappelé au point 3.1., le Conseil doit vérifier si la partie défenderesse n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif.

En l'occurrence, l'examen du dossier administratif et du dossier de procédure, communiqué au Conseil, montre que les informations tirées :

- de la base de données « MedCOI »,
- de la « Liste Nationale des Médicaments Essentiels »,
- du site internet Allianz,
- et du site internet congomoja,

jugées pertinentes par le fonctionnaire médecin, n'ont pas été versées, de façon lisible, dans ce dossier.

Par ailleurs, le Conseil constate que les liens internet indiqués dans cet avis ne permettent pas non plus d'accéder au contenu de ces 2 derniers sites.

Dès lors, le Conseil :

- n'est pas en mesure de vérifier la pertinence des informations du fonctionnaire médecin, au regard de la disponibilité de ce suivi requis, dans le pays d'origine,
- et ne peut que constater que la partie défenderesse ne lui a pas permis d'examiner le caractère suffisant et adéquat de la motivation de sa décision à cet égard.

3.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait notamment valoir ce qui suit :

« le requérant ne démontre pas valablement en quoi les sources citées par la partie adverse seraient [e]rronées. [...] Le requérant n'est pas non plus fondé à critiquer la décision attaquée en ce qu'elle se fonde sur des renseignements provenant de la banque de données MedCol qui seraient vagues et ne mentionneraient pas de source. [...] Quant au fait que la « Liste Nationale des Médicaments Essentiels », joint au dossier administratif ne permet pas d'identifier le pays auquel il se réfère ni la date d'établissement

de ladite liste, il convient de relever que l'allégation du requérant manque de pertinence dès lors qu'il ne prouve pas, in concreto, en quoi cette liste de médicaments ne serait pas celle des médicaments disponibles au Congo, ni que celle-ci ne serait pas d'actualité. En outre, il ne démontre pas, pièce probante à l'appui que lesdits médicaments nécessaires à sa pathologies ne seraient pas effectivement disponibles au Congo ».

Cette argumentation n'est pas de nature à contredire les constats posés aux points 3.2.2.

En effet, l'ensemble des requêtes « MedCOI », la « Liste Nationale des Médicaments Essentiels » et les extraits des sites internet Allianz et congomoja, sur lesquels s'est basé le fonctionnaire médecin pour conclure à la disponibilité des suivis requis par l'état de santé de la partie requérante, dans son pays d'origine, présents au dossier administratif, sont illisibles.

3.4. La 2^{ème} branche du moyen unique est fondée, et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches de ce moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts

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

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

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 16 décembre 2013, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme C. DE WREEDE, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDROY, greffière assumée.

La greffière,

La présidente,

S. DANDROY

C. DE WREEDE