

Arrêt

n° 335 267 du 30 octobre 2025
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. BEMBA MONINGA
Rue de Livourne 66/2
1000 BRUXELLES

Contre :

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

LA PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 avril 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 6 mars 2024.

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'ordonnance du 29 août 2025 convoquant les parties à l'audience du 30 septembre 2025.

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

Entendus, en leurs observations, le requérant assisté par Me M. BEMBA MONINGA, avocat, et Me G. EL ALAMI *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique en juin 2022.

1.2. Le 23 juin 2022, il a introduit une demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) n° 318 158 du 9 décembre 2024 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise le 12 mars 2024 par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides.

1.3. Le 14 juillet 2023, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 6 mars 2024, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande susvisée non fondée. Cette décision, notifiée le 26 mars 2024, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motif :

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

La personne intéressée a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Dans son avis médical du 06.03.2024 (remis à la personne intéressée sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de la personne intéressée ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors,

- 1) Il n'apparaît pas que la personne intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*
- 2) Il n'apparaît pas que la personne intéressée 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 elle séjourne.*

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

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 13/1 de l'arrêté royal du 11 juillet 2003 fixant la procédure devant le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides, des obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 ainsi que 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 principe de bonne administration, en particuliers les devoirs de minutie et de prudence, du principe de confidentialité en matière d'asile, et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. Sous une première branche, elle soutient que la décision attaquée « ne repose pas sur une analyse minutieuse, et n'est pas dûment motivée, et méconnaît l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, car l'analyse des traitements actifs actuels est insuffisante et inadéquate ». En ce sens, elle souligne que le médecin-conseil estime à tort qu'elle ne suit plus aucun traitement à l'heure actuelle et affirme à cet égard que « bien que le traitement initié en septembre 2022 a duré 9 mois, le certificat médical type mentionne qu'il faut ensuite un « *suivi de 1 an après l'arrêt du traitement* », soit un suivi ambulatoire 1x/mois comprenant imagerie, clinique, biologie. A l'heure de rédiger la présente, ce suivi d'un an nécessaire après l'arrêt du traitement (intervenu en juin 2023) est donc toujours d'actualité et est nécessaire au requérant. Il a, par exemple, des rendez-vous pour des radiographies et scanner du thorax ».

A cet égard, la partie requérante expose qu'à « aucun moment, le médecin conseil n'analyse la disponibilité ou l'accessibilité de traitements par imagerie, clinique ou biologie, se limitant à attester de la disponibilité de consultations en pneumologie ou de « *suivi spécifique par un médecin spécialiste de la tuberculose* », ce qui n'implique pas non plus que le traitement par imagerie ou biologie nécessaire au requérant sont disponibles ni accessibles ». Elle ajoute que « Ces suivis ne sont pas mentionnés dans le « *traitement actif actuel* » de l'avis du médecin-conseil qui n'en tient manifestement pas compte dans son avis, ce qui ne se peut ».

2.3. Sous une deuxième branche, la partie requérante soutient que la décision querellée « ne repose pas sur une analyse minutieuse, et n'est pas dûment motivée, et méconnaît l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, car l'analyse de la disponibilité des traitements et médicaments nécessaires à la partie requérante sur laquelle elle repose, est insuffisante et inadéquate ».

Elle observe, quant à la disponibilité des traitements et soins médicamenteux en cause, que la partie défenderesse « se limite à produire un extrait d'une requête « *MedCOI* » datant de mai 2022, il y a près de deux ans, et ne mentionne pas si ces spécialistes sont disponibles en quantité suffisante sur place », et se réfère à l'arrêt n°238 576 du Conseil dont elle cite un extrait.

Elle observe par ailleurs que « La requête *MedCOI* utilisée par le médecin-conseil à l'appui de son avis médical date de mai 2022 cela ne permet pas de s'assurer que les informations sont toujours actuelles et que, par conséquent, la disponibilité des soins et médicaments visés dans cette requête, l'est toujours aussi ». Elle ajoute que « L'interrogation est d'autant plus grande que la crise sanitaire liée à la Covid-19 frappait encore fortement en 2021 et 2022, en particulier dans les pays d'Afrique comme la RDC, et que cette crise a fait des ravages notamment sur les infrastructures médicales des pays du monde. La partie défenderesse n'a fourni ni en termes d'avis ni de décision, ni joint des informations actualisées au dossier administratif ». Elle en déduit que la partie défenderesse a manqué de démontrer la disponibilité actuelle et donc effective de tous les soins et traitements requis.

En outre, elle constate que « le médecin-conseil conclut à la disponibilité des soins pour le requérant alors qu'il ne fait références qu'à des spécialistes et/ou pneumologues disponibles à Kinshasa, soit à plus de 2600km de la ville d'origine du requérant. La seule «*disponibilité*» démontrée par le médecin-conseil, et par la partie adverse, des traitements et suivis indispensables au requérant est de ce fait non-pertinente, insuffisante et inadéquate ». Elle ajoute qu'elle n'a jamais vécu à Kinshasa, qu'elle n'y a pas de famille et qu'« Il ne peut être attendu du requérant qu'il se rende là pour obtenir ses soins, encore moins au vu de la nécessité de bénéficier d'une régularité de ses traitements. Il ne pourrait être attendu de lui qu'il aille s'installer seul à Kinshasa, où il n'a aucune attache, ni qu'il fasse des allers-retours réguliers entre Kinshasa et Goma - les deux villes étant séparées de plus de 2600 km ». Quant à la possibilité de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles, la partie requérante estime que « des nuances sont à apporter aux propos du médecin-conseil, car l'arrêt précité ne dit pas ce que veut lui faire dire la partie défenderesse. Dans l'arrêt 61464, il est indiqué (traduction libre puisque l'arrêt est en néerlandais) que la partie requérante n'a pas indiqué pourquoi il ne lui était pas possible de vivre ailleurs dans son pays d'origine (i.e. le Maroc), pour être plus proche des soins ou dans une ville où ses soins sont dispensés. Par conséquent, il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte du fait que la requérante habite à 175 km de là où les soins sont dispensés. Or, in casu, les éléments du dossier du requérant et le requérant indiquent les raisons pour lesquelles (à considérer que les soins y soient disponibles et accessibles, quod non) il n'est pas possible qu'il se fasse soigner à Kinshasa (supra). Notons aussi que la RDC est un pays immense, où les distances séparant les villes du pays sont gigantesques (voir supra) et non comparables à celles du Maroc ».

Quant à l'indication de l'avis du médecin-conseil selon laquelle « les informations fournies dans le cadre des recherches sur la disponibilité n'ont pas vocation à être exhaustives et que la disponibilité au pays d'origine n'est donc pas limitée aux structures citées », la partie requérante soutient que « Ce « *disclaimer* » ne pourrait être utilisé a posteriori pour démontrer la disponibilité des traitements nécessaires au requérant ». Elle précise qu'elle « ne peut suivre cette argumentation, puisque c'est bien à la partie défenderesse, qui prend la décision querellée, qu'il incombe de démontrer la disponibilité et l'accessibilité des traitements et médicaments en cause, et de contester les informations fournies par la partie requérante. C'est donc à elle qu'il incombe de donner ces informations, soit les sources dont ressort l'éventuelle disponibilité des produits et soins requis. Elle ne peut prétendre que les références citées au dossier ne sont pas limitatives, puisqu'il est attendu qu'elle fasse une analyse exhaustive/complète de la situation, et démontre dûment ce qu'elle allègue ». Elle ajoute que « Les droits de la défense, et le droit à un recours effectif, ne permettent pas de supposer d'autres preuves étayant les propos de la partie défenderesse, qui ne sont pas valablement produites ».

2.4. Sous une troisième branche, la partie requérante affirme que la décision entreprise « ne repose pas sur une analyse minutieuse, et n'est pas dûment motivée, et méconnaît l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, car l'analyse de l'accessibilité des traitements et médicaments nécessaires à la partie requérante sur laquelle elle repose, est insuffisante et inadéquate ».

Concernant les sources mentionnées par le médecin-conseil, elle constate « qu'il est fait référence à des informations qui datent d'il y a plusieurs années : 2013 ; 2016 ; 2017 ; 2018. Cela ne permet pas de s'assurer que les informations sont toujours actuelles et que, par conséquent, l'accessibilité des soins et médicaments l'est toujours aussi ». Elle ajoute que « L'interrogation est d'autant plus grande que la crise sanitaire liée à la Covid-19 frappait encore fortement en 2021 et 2022, en particulier dans les pays d'Afrique comme la RDC, et que cette crise a fait des ravages notamment sur les infrastructures médicales des pays du monde. La partie défenderesse n'a fourni ni en termes d'avis ni de décision, ni joint des informations actualisées au dossier administratif » et estime que « la partie défenderesse a manqué de démontrer l'accessibilité actuelle et donc effective de tous les soins et traitements requis pour le requérant ».

De plus, elle fait valoir que la partie défenderesse « ne démontre nullement l'accessibilité effective aux soins et traitements requis pour la partie requérante en cas de retour en RDC et ne prend pas en considération les nombreux éléments joints à la demande de séjour ». A cet égard, elle observe que le médecin-conseil « déclare à tort que ces éléments invoqués présentent un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant, ni que sa situation individuelle est comparable à la situation générale ». Premièrement, elle relève que, ce faisant, le médecin fonctionnaire se contredit « puisqu'il base la majeure partie, voire tout son propre avis médical sur des informations générales ». Elle se réfère, en ce sens, aux arrêts n^{os} 238 576 et 189 963 du Conseil, dont elle cite des extraits. Deuxièmement, elle souligne que « les informations fournies par la partie requérante à l'appui de sa demande de séjour et qui concernent les soins disponibles en RDC pour la tuberculose - maladie dont souffre le requérant, l'instabilité politique, le faible budget de santé, les problèmes d'infrastructures, la pénurie des spécialistes, la qualité et coûts des traitements, les disparités entre régions, etc ne sont manifestement pas moins pertinentes que les informations générales sur lesquelles s'appuie le médecin de l'Office des étrangers pour affirmer que les soins dont la partie requérante a besoin sont disponibles et accessibles au pays et pour affirmer que la partie requérante aura accès aux soins requis en cas de retour puisque le requérant est de nationalité congolaise (RDC), originaire de Goma, qu'il souffre de tuberculose, qu'elle a besoin de suivis particuliers et de l'intervention de spécialistes, qu'il sera un homme malade dépendant d'infrastructures en manque de moyens, très chères et de qualité médiocre ». Après avoir reproduit un extrait de l'arrêt n^o 265 087 du Conseil, elle soutient qu'elle n'a donc pas manqué de « relier » son cas individuel à la situation générale, contrairement à ce que prétend la partie défenderesse.

En outre, la partie requérante relève que « L'unique analyse fournie par la partie défenderesse sur l'accessibilité des soins et du suivi indispensables au requérant se limite à une analyse de certaines mutuelles de santé en RDC, ce qui ne peut suffire ». Premièrement, elle souligne que l'article de presse concernant le « Programme national pour la promotion des mutuelles de santé » ne dit rien sur la situation actuelle dans sa région d'origine (Nord-Kivu) sur l'état des mutuelles, ni sur les conditions d'accès de ces mutuelles. Deuxièmement, en ce que le médecin-conseil évoque la MUSQUAP, la partie requérante expose que « cette mutuelle concerne les quartiers populaires de Kinshasa, alors que le requérant est originaire de Goma ; le médecin-conseil n'aborde en outre pas les conditions d'adhésion à une telle mutuelle et ne dit pas si la partie requérante pourrait en bénéficier dans sa situation. En outre, les soins couverts par la MUSQUAP ne sont pas spécifiés. L'avis médical évoque le fait que « près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts » mais force est de constater que le requérant ne souffre pas de problèmes « fréquents » ; son état de santé requiert un suivi pluridisciplinaire lourd et important. Enfin, le médecin-conseil fonde ses propos concernant la MUSQUAP sur une source peu fiable (un article « 7sur7 »), qui date de 2016 ». Troisièmement, quant à l'aide que pourrait fournir le BDOM, elle estime que la motivation est inadéquate et insuffisante dès lors que le BDOM « ne couvre que 25% des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa, or le requérant est originaire de Goma, et le médecin-conseil reste en défaut de démontrer que les soins spécifiques dont a besoin le requérant en font partie ». La partie requérante souligne de plus que le Conseil « a déjà annulé une décision similaire (il s'agissait également d'un ressortissant congolais ayant fait une « demande 9ter » en Belgique ; CCE, arrêt n^o 107 785 du 31.07.2013) au motif principal que les références faites par la partie défenderesse aux différentes mutualités, les projets politiques et les aides d'ONG internationales étaient largement insuffisantes pour attester d'une accessibilité effective ». Elle reproduit un extrait de l'arrêt n^o 207 404 du Conseil et constate que, dans la présente décision attaquée, la partie défenderesse « n'a nullement égard au traitement conséquent, pointu et rigoureux nécessaire à la partie requérante, et se borne à des généralités (pour résumer, elle fait grand cas de deux mutuelles, cfr supra) mais n'analyse pas l'accessibilité concrète à laquelle sera confrontée ou non le requérant en cas de retour ». Elle conclut à la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

2.5. Sous une quatrième branche, la partie requérante souligne que « L'avis du médecin-conseil, qui motive la décision de refus de séjour, est inadéquat et méconnaît l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 puisque les critères utilisés pour l'analyse de la possibilité pour la partie requérante d'être prise en charge médicalement en RDC se réfèrent aux seuils de l'article 3 de la CEDH et non à la grille d'analyse qui prévaut pour l'article 9ter ». Elle précise que « L'article 3 de la CEDH est sans pertinence pour analyser l'effectivité de l'accès aux soins sous l'angle de l'article 9ter » et conclut en affirmant que « l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 est méconnu, pris seul et conjointement aux obligations de motivation ».

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat 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 la décision attaquée (cf. notamment C.E., 8 novembre 2006, n^o 164.482 et C.C.E., 29 mai 2008, n^o 12 076).

Le Conseil constate en l'occurrence que, dans son moyen unique, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière la décision litigieuse violerait l'article 13/1 de l'arrêté royal du 11 juillet 2003 fixant la procédure devant le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides et le principe de confidentialité en matière d'asile. Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition et de ce principe.

3.2.1. Sur le reste du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de l'acte attaqué :

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

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

3.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un avis du médecin-conseil, daté du 6 mars 2024, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une « *Tuberculose pulmonaire bilatérale résistante à la Nicotibine® traitée pour 9 mois à partir du 19/09/2022* », affections pour lesquelles les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

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

3.3.1. S'agissant du grief fait au médecin-conseil de considérer que la partie requérante « *ne suit plus aucun traitement ni suivi à l'heure actuelle* » alors que « *ce n'est manifestement pas le cas puisque, bien que le traitement initié en septembre 2022 a duré 9 mois, le certificat médical type mentionne qu'il faut ensuite un « suivi de 1 an après l'arrêt du traitement », soit un suivi ambulatoire 1x/mois comprenant imagerie, clinique, biologie. A l'heure de rédiger la présente, ce suivi d'un an nécessaire après l'arrêt du traitement (intervenu en*

juin 2023) est donc toujours d'actualité et est nécessaire au requérant. Il a, par exemple, des rendez-vous pour des radiographies et scanner du thorax », le Conseil constate que le certificat médical type de la partie requérante, daté du 17 avril 2023 et produit à l'appui de sa demande, précise notamment : « C/ Traitement actuel et date du début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B :

- Traitement médicamenteux/ matériel médical

21/07/2022 — 19/09/2022 : rifadine 600 mg, nicotibine 300 mg, myambutol 1200 mg, tebrazid 1500 mg, pyridoxine 125 mg 2x/semaine, d cure 1x/semaine.

19/09/2022- : stop nicotibine, start levofloxacin 1000 mg 1x/j, rifadine 600, myambutol 1200, tebrazid 1500, pyridoxine, d cure.

- Intervention / Hospitalisation (fréquence / dernière en date)

19/07/22 — 8/08/2022 : hospitalisation dans le service de Maladie infectieuses à « St Pierre »

- Durée prévue du traitement nécessaire

Minimum 9 mois et puis suivi de 1 an après l'arrêt du traitement.

[...]

F/ Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ?

Suivi en ambulatoire 1x/mois par imagerie, clinique, biologie ».

En l'espèce, le Conseil ne peut qu'observer qu'il ressort du certificat médical du 17 avril 2023 susmentionné que, d'une part, le traitement médicamenteux prescrit à la partie requérante était prévu pour une durée de neuf mois à partir du 19 septembre 2022, et, d'autre part, que le suivi ambulatoire était, à défaut d'indication contraire, envisagé sur une durée d'un an. Or, le Conseil s'interroge sur l'intérêt de l'argumentation susvisée de la partie requérante dans la mesure où tant le délai de neuf mois que le délai d'un an sont dépassés et, partant, que la suivi ambulatoire mentionné dans le certificat médical type revêt un caractère hypothétique.

Pour le surplus, le Conseil constate qu'il ressort de la requête MedCOI « AVA 15794 », à laquelle le médecin-conseil fait référence dans son avis médical du 6 mars 2024, que le « *diagnostic imaging : integrated PET/CT – scan* » et le « *diagnostic imaging : X-ray radiography* » sont également disponibles aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, soit dans le même établissement que les « *consultations en pneumologie* » et le « *suivi spécifique par un médecin spécialiste de la tuberculose* ».

3.3.2. S'agissant du reproche fait à la partie défenderesse d'avoir utilisé des informations datant de « *mai 2022, il y a près de deux ans* » et qui ne permettraient pas de s'assurer que les informations sont toujours actuelles, force est de constater que la partie requérante s'abstient de démontrer concrètement en quoi les informations citées par la partie défenderesse ne seraient plus d'actualité. Le Conseil observe en outre que la référence à la crise sanitaire liée au Covid-19 et les conséquences qu'elle a eu notamment sur les infrastructures médicales est invoqué pour la première fois en termes de recours. Il ne peut donc pas être reproché à la partie défenderesse de ne pas l'avoir pris en considération au moment d'adopter l'acte attaqué.

Quant au grief fait à la partie défenderesse de ne pas mentionner si les spécialistes, nécessaires à l'état de santé de la partie requérante, sont disponibles en quantité suffisante en République démocratique du Congo, le Conseil relève que les allégations de la partie requérante demeurent vagues et non étayées et ne démontrent pas que cette dernière ne pourrait pas bénéficier d'un suivi dans les spécialités en question. En effet, le Conseil rappelle que c'est aux requérants, qui ont introduit une demande d'autorisation de séjour, d'apporter la preuve des éléments qu'ils allèguent, tandis que l'administration n'est, quant à elle, pas tenue d'engager avec les intéressés un débat sur la preuve des circonstances dont ceux-ci se prévalent.

En tout état de cause, la partie requérante n'apporte aucun élément de preuve susceptible de documenter une pénurie ou une rupture de stock des médicaments requis, ainsi qu'un manque de spécialistes. Dans sa requête, elle ne démontre pas non plus la caducité des informations sur lesquelles s'est fondée la partie défenderesse. Elle n'a donc pas intérêt à son grief.

3.3.3. S'agissant de l'argument de la partie requérante selon lequel « *le médecin-conseil conclut à la disponibilité des soins pour le requérant alors qu'il ne fait références qu'à des spécialistes et/ou pneumologues disponibles à Kinshasa, soit à plus de 2600km de la ville d'origine du requérant. La seule «disponibilité» démontrée par le médecin-conseil, et par la partie adverse, des traitements et suivis indispensables au requérant est de ce fait non-pertinente, insuffisante et inadéquate. Le requérant n'a jamais vécu à Kinshasa et n'a pas de famille là-bas. Il ne peut être attendu du requérant qu'il se rende là pour obtenir ses soins, encore moins au vu de la nécessité de bénéficier d'une régularité de ses traitements. Il ne pourrait être attendu de lui qu'il aille s'installer seul à Kinshasa, où il n'a aucune attache, ni qu'il fasse des allers-retours réguliers entre Kinshasa et Goma - les deux villes étant séparées de plus de 2600 km* », il ne peut suffire à justifier l'annulation de la décision attaquée. En effet, la partie requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait pas s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins et le suivi requis sont

disponibles et ce, d'autant qu'elle n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard dans sa demande d'autorisation de séjour (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464).

Le Conseil rappelle en outre la jurisprudence du Conseil d'Etat, selon laquelle, lorsque le constat de la disponibilité des soins et du suivi requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité desdits médicaments doit être considérée comme effective (C.E. n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019).

3.3.4. Par ailleurs, le Conseil souligne que le médecin-conseil n'avait aucune obligation de citer de manière exhaustive tous les établissements disponibles au pays d'origine de la partie requérante. Ainsi qu'il ressort du « disclaimer » relatif aux informations provenant de la base de données MedCOI, repris en note de bas de page de l'avis susmentionné, « *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 [...]* ». Le médecin-conseil ajoute d'ailleurs, toujours en note de bas de page, qu'« *[i]l convient de rappeler que les réponses fournies par l'EUA Medcoi Sector n'ont pas vocation à être exhaustives [...]. La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées* ».

A cet égard, le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à son argumentation selon laquelle « *Ce « disclaimer » ne pourrait être utilisé a posteriori pour démontrer la disponibilité des traitements nécessaires au requérant. En effet, la partie requérante ne peut suivre cette argumentation, puisque c'est bien à la partie défenderesse, qui prend la décision querellée, qu'il incombe de démontrer la disponibilité et l'accessibilité des traitements et médicaments en cause, et de contester les informations fournies par la partie requérante. C'est donc à elle qu'il incombe de donner ces informations, soit les sources dont ressort l'éventuelle disponibilité des produits et soins requis. Elle ne peut prétendre que les références citées au dossier ne sont pas limitatives, puisqu'il est attendu qu'elle fasse une analyse exhaustive/complète de la situation, et démontre dûment ce qu'elle allègue* », dès lors que, même si les soins requis sont effectivement disponibles dans un seul ou deux établissement(s) au pays d'origine, cela suffit à démontrer, à défaut d'élément contraire, la disponibilité de ceux-ci.

Le Conseil entend en outre préciser qu'il découle clairement de l'article 9^{ter}, §1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, que l'existence d'un traitement adéquat s'apprécie dans le pays d'origine ou de séjour du demandeur et nullement dans la localité ou la municipalité où ce dernier serait désireux de s'établir, de sorte que l'affirmation selon laquelle « *Il ne pourrait être attendu de lui qu'il aille s'installer seul à Kinshasa, où il n'a aucune attache, ni qu'il fasse des allers-retours réguliers entre Kinshasa et Goma - les deux villes étant séparées de plus de 2600 km* » est dénuée d'intérêt.

3.4.1. Quant à l'accessibilité du traitement, il ressort de la motivation de la décision entreprise que la partie défenderesse a pris en considération les éléments invoqués par la partie requérante à l'appui de sa demande, notamment les informations concernant la situation particulière de la partie requérante, l'accès au traitement de la tuberculose et la situation générale dans le pays, et a indiqué à cet égard que :

« Le conseil du requérant affirme que les soins sont Inaccessibles en République Démocratique du Congo. Il communique divers sites internet dont il n'apporte pas de document, mais en cite quelques extraits. Il ressort de ces extraits des problèmes liés à l'instabilité politique, au faible budget de santé avec dépendance aux aides étrangères, mais aussi aux problèmes d'infrastructures, à la pénurie de spécialistes, à la qualité et coûts de traitement, disparité entre régions... Notons que les éléments invoqués présentent un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE ne23.040 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 oet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En effet il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux pour établir des discriminations des soins. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable au requérant. Notons qu'un manque d'infrastructures adaptées ou encore l'absence de qualité des soins ne suffisent pas à démontrer une inaccessibilité des soins dans le pays d'origine ».

En termes de recours, la partie requérante revient sur les informations fournies à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour. En faisant cela, elle tente en réalité d'amener le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard, *quod non* en l'espèce.

Quant aux arrêts du Conseil, cités par la partie requérante, le Conseil constate que cette dernière ne démontre pas en quoi les situations décrites et son cas sont comparables. Or, il incombe à la partie

requérante qui entend s'appuyer sur une situation qu'elle prétend comparable, d'établir la comparabilité de la situation avec la sienne. Dès lors, il ne suffit pas de mentionner la référence d'un arrêt encore faut-il démontrer la comparabilité de la situation individuelle à la situation invoquée, *quod non* en l'espèce.

3.4.2. Par ailleurs, le Conseil constate que, dans son avis du 6 mars 2024, le médecin-conseil indique, notamment, que :

« Par ailleurs, le requérant est en âge de travailler et aucune contre-indication au travail établie par un médecin compétent dans ce domaine ne figure dans son dossier. Rien ne démontre qu'il ne pourrait pas avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. Notons que l'article 9ter §1er alinéa 3 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve. Rappelons que la situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins et que l'intéressé est assisté par son conseil lors de l'introduction de cette demande et est donc considéré comme complètement Informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application. Cependant, alors que cela lui incombait, l'intéressé n'a fourni aucune information concernant sa situation personnelle dans le cadre de cette demande et n'a pas fait valoir l'absence de soutien ou autre (CCE n°271315 du 15.04.2022). Par conséquent, rien ne nous permet de constater que le requérant ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, il ne démontre pas qu'il ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe au requérant d'étayer son argumentation (C.E, du 13 juil.2001 n° 97.866) ».

Le Conseil constate à cet égard que la partie requérante reste de défaut de contester les considérations selon lesquelles elle est encore en âge de travailler, rien ne démontrant qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi et ainsi financer ses traitements médicaux. En outre, même à considérer que son éventuel salaire ne couvrirait pas les frais médicaux, la partie requérante ne conteste pas la circonstance selon laquelle *« rien ne nous permet de constater que le requérant ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, il ne démontre pas qu'il ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine »*.

L'argumentation de cette dernière quant aux autres éléments de la motivation relative à l'accessibilité des soins et suivis requis au pays d'origine – concernant le « Programme national pour la promotion des mutuelles de santé », la MUSQUAP et le BDOM –, ne peut dès lors suffire à démontrer l'illégalité de la décision attaquée, à cet égard. En effet, à supposer que la partie requérante ne puisse pas bénéficier de la couverture sociale en R.D.C., elle ne démontre par contre pas qu'elle ne pourrait travailler dans son pays d'origine et/ou obtenir de l'aide de certains membres de sa famille, lui permettant de financer son traitement et suivi médical.

3.5. Sur la quatrième branche du moyen unique, le Conseil observe que l'argumentation de la partie requérante est fondée sur un postulat erroné, selon lequel *« les critères utilisés pour l'analyse de la possibilité pour la partie requérante d'être prise en charge médicalement en RDC se réfèrent aux seuils de l'article 3 de la CEDH et non à la grille d'analyse qui prévaut pour l'article 9ter »*.

En effet, une lecture attentive de l'avis du médecin-conseil montre que ce dernier a vérifié si la pathologie dont souffre la partie requérante atteignait le degré minimal de gravité requis, pour qu'il s'agisse d'une maladie exposant cette dernière à un risque de traitement inhumain ou dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, et a conclu que ce n'était pas le cas en l'espèce.

Il ressort donc de l'avis susmentionné que le médecin-conseil a bien envisagé la gravité de la maladie au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.6. 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 unique, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

4. Débats succincts.

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

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

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 trente octobre deux mille vingt-cinq par :

E. MAERTENS, présidente de chambre,

A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS