

Arrêt

n° 346 255 du 6 mai 2026
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. DE TROYER
Rue Charles Lamquet 155/101
5100 JAMBES

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 F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 5 juin 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 23 avril 2024.

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 (ci-après dénommée la « Loi »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 20 février 2026 convoquant les parties à l'audience du 31 mars 2026.

Entendue, en son rapport, Madame M.-L. YA MUTWALE, juge au contentieux des étrangers.

Entendues, en leurs observations, Me A.HAEGEMAN *loco* Me C. DE TROYER, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AMRI *loco* Me C. PIRONT et Me E. BROUSMICHE, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante, de nationalité congolaise, déclare être arrivée en Belgique le 12 décembre 2011 et y a introduit une demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n° 105 327 du 18 juin 2013 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise le 25 février 2013 par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA).

1.2. Le 10 juillet 2012, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi. Cette demande a été déclarée recevable le 13 novembre 2012 et non-fondée en date du 3 avril 2013. Cette décision a toutefois été retirée par la partie défenderesse le 1^{er} aout 2013 ce qui a été constaté par un arrêt du Conseil n° 111 220 du 3 octobre 2020.

1.3. Le 17 juillet 2013, la 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. Suite au retrait de la décision dans la demande visée au point 1.2. du présent arrêt, la partie défenderesse a pris une décision de rejet des deux demandes introduites, le 11 février 2015 ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Le recours introduit contre ces décisions devant le Conseil a donné lieu à un arrêt de rejet n° 233 098 du 25 février 2020.

1.4. Le 27 juin 2013 et le 19 mars 2015, la requérante a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13^{quinqies}).

1.5. Le 28 septembre 2015, la 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. Cette demande a été déclarée irrecevable le 9 octobre 2015, pour défaut de production de document d'identité valable et est accompagnée d'ordres de quitter le territoire. Le recours introduit devant le Conseil de céans a donné lieu à un arrêt de rejet n° 233 100 du 25 février 2020.

1.6. Le 13 avril 2016, la 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. Cette demande a été déclarée recevable le 28 juin 2016 mais non fondée le 5 avril 2017. Des ordres de quitter le territoire sont joints. Le recours introduit devant le Conseil de céans a donné lieu à un arrêt de rejet n° 233 111 du 25 février 2020.

1.7. Le 21 juin 2017, la requérante a introduit une cinquième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi. Cette demande a été déclarée irrecevable le 13 octobre 2017 et des ordres de quitter le territoire sont délivrés. Par un arrêt n° 243 682 du 10 novembre 2020, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.8. Le 19 octobre 2020, la requérante a introduit une sixième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi. Le 1^{er} mars 2023, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire.

1.9. Le 9 septembre 2023, la requérante a introduit une septième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi. Cette demande a été complétée le 29 janvier 2024.

Le 23 avril 2024, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, qui a été notifiée à la requérante le 7 mai 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.

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), 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 (Rép. dém.), pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 15.04.2024, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.).

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

1) il n'apparaît pas 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

2) *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 d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

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...). »

1.10. Le 12 septembre 2023, la requérante est partie à destination du pays d'origine. Elle est revenue en Belgique à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

1.11. Le 23 janvier 2024, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la Loi. Le 4 juin 2024, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions font l'objet d'un recours auprès du Conseil, enrôlé sous le n° 320 008.

2. Recevabilité du recours

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève en substance une irrecevabilité du recours en ce qu'il vise le rapport médical établi par le fonctionnaire médecin, daté du 23 avril 2024.

2.2. Le Conseil rappelle que le rapport médical établi par le fonctionnaire médecin ne constitue qu'un avis, tel que requis par l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 5, de la Loi, et n'est donc pas une décision attaquable au sens de l'article 39/1, § 1^{er}, de la même loi, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Partant, ce rapport ne constitue nullement un acte susceptible de recours devant le Conseil.

À titre de précision, le Conseil souligne que la motivation de l'acte attaqué se réfère explicitement à l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse et qu'il peut dès lors être considéré que, ce faisant, la partie défenderesse a fait siennes les considérations exprimées par ce médecin.

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de « *la violation des articles 9ter et 62 de la Loi, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du « principe général de bonne administration », de « l'obligation générale de prudence et de l'obligation de statuer en prenant en considération toutes les circonstances du dossier » et de l'article 3 de la CEDH, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.*

3.2.1. Dans une première branche, intitulée « le seuil de gravité de la maladie », la partie requérante fait valoir ce qui suit :

« Attendu que le médecin fonctionnaire estime la requérante ne souffre pas d'une maladie potentiellement mortelle qui présente un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique qui la rendrait incapable de voyager, ni d'une maladie comportant un risque réel de traitement inhumains ou dégradants en cas de retour au pays.

Que pour rappel, la requérante souffre de :

- *Diabète insulino requérant nécessitant des contrôles réguliers*
- *Troubles anxieux*
- *Accident ischémique transitoire avec tétraparésie*
- *Hypertension artérielle*
- *Hypercholestérolémie*

Que ses maladies existent toujours aujourd'hui.

*Que force est de constater que le médecin fonctionnaire ne conteste pas celles-ci.
Qu'on ignore cependant les raisons pour lesquelles il n'y aurait pas un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans le pays d'origine.
Que le médecin conseil semble analyser les deux risques sur base des mêmes éléments et même motifs.
Qu'il s'agit pourtant de deux hypothèses totalement différentes qui reposent sur des critères différents ».*

Elle se réfère ensuite à deux arrêts du Conseil qu'elle estime s'appliquer en l'espèce.

3.2.2. Dans une deuxième branche, intitulée « l'absence de soins au Congo », la partie requérante fait valoir ce qui suit :

« Attendu que le médecin conseil de la partie adverse considère qu'il n'existe aucune menace directe pour la vie de la concernée ou pour son intégrité physique car le traitement médical est disponible au pays d'origine. Qu'il se fonde pour ce faire sur des sites d'informations générales sans pour autant démontrer que la requérante pourrait, réellement, avoir accès aux soins de santé au CONGO.

Que le médecin fonctionnaire se contente notamment de reprendre la base de données MedCOI, qui n'est cependant pas accessible au public, de sorte que les informations qui s'y trouvent ne peuvent être vérifiées par la requérante.

Qu'en tout état de cause, la requérante a surtout dénoncé le manque d'accessibilité aux médicaments et suivis.

Qu'à cet égard, le médecin fonctionnaire se base sur un rapport de Jean-Bosco Kahindo Mbeva de septembre 2023 et les extraits repris par le médecin font référence à la volonté de la RDC de progresser vers la couverture santé universelle.

Qu'il convient de rappeler qu'il est demandé au médecin fonctionnaire d'analyser la situation médicale du pays d'origine actuelle, au moment où il rend son rapport.

Qu'il ne peut baser son avis sur des spéculations, espoirs ou des promesses faites l'Etat.

Qu'en effet, le président de la RDC espère que le système de santé sera accessible pour tous d'ici 2030.

Qu'on en est encore loin...

Qu'il ressort, au contraire, de ce même rapport, que :

L'accès des populations aux services de santé s'est amélioré ces dernières années en RDC [40]. Malgré cette tendance positive, l'accessibilité des populations aux services de santé et d'autres indicateurs sanitaires demeurent à des niveaux non optimaux.

En considérant les services de santé, une étude réalisée en 2017 montre que des formations sanitaires en RDC offrent l'entièreté desdits services de base [41]. En revanche, en considérant les services de santé essentiels préconisés par l'OMS, le niveau d'intégration des services de santé essentiels est demeuré en deçà de 50% (41,0% en 2017 et 41,5% en 2019) [42], [20]. Les statistiques sanitaires mondiales situent l'index de couverture à 39 pour la RDC [43]. Certaines études sur l'itinéraire thérapeutique du patient montrent des niveaux élevés de recours à l'automédication ou d'autres recours alternatifs (5196 dans la ville de Gomar à l'Est de la RDC) [44]. Les carences et les retards observés dans la mise en place d'un système d'assurance maladie, accroissent la proportion des ménages confrontés à des dépenses catastrophiques des soins [45], [46], [47], voire des cas de privations de liberté [48].

une étude menée dans la ville de Goma à l'Est de la RDC en 2017, situe la proportion des ménages ayant été confrontés à des dépenses catastrophiques au cours du dernier épisode maladie à 42,9% [24]; l'étude réalisée en 2019 dans la ville de Lubumbashi au Sud-Est de la RDC situait la proportion des mères incapables de faire face aux coûts directs des soins obstétricaux et néonataux à des chiffres similaires des ménages confrontés à une barrière financière dans l'accès aux soins) avaient déjà été observés dans une étude réalisée dans la zone de santé de Katakombé, dans la partie centrale de la RDC [50]. Ces faits rejoignent globalement les résultats mitigés des analyses effectués par Nyamugira et al [51] en rapport avec les effets des engagements pris en RDC au sujet de la CSU. Dans ce contexte d'intégration limitée des services de santé essentiels de qualité et de barrières financières dans l'accès aux soins les performances des services de santé sont limitées comme l'indiquent les niveaux encore élevés de mortalité maternelle et de mortalité néonatale en RDC (respectivement 473 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et 27 décès néonataux pour 1000 Naissances vivantes en 2020) [26], [43].

Que ce rapport appelle également à la plus grande prudence :

Cette étude sur la marche de la RDC vers la couverture santé universelle met en évidence une volonté forte de progression de la RDC vers la CSU. En revanche, elle révèle une congruence limitée entre, d'une part, cette volonté et d'autre part (i) le cadre légal et organisationnel en vue de la CSU; (ii) les pratiques de gouvernance, d'organisation des services de santé et de prestations des soins. Les effets de cette congruence limitée sont illustrés par: (i) le faible niveau d'intégration des services de santé essentiels; (ii) l'insuffisance de performances; (iii) le niveau élevé de dépenses catastrophiques des ménages pour la santé et l'exclusion de la population dans l'accès aux soins de santé.

Qu'il est par ailleurs mal venu de venir reprocher à la requérante de ne déposer que des rapports d'informations générales sans démontrer le lien avec sa situation personnelle alors que le médecin

fonctionnaire, non seulement, agit de la même manière mais ou en outre, se contente d'invoquer les projets et/ou espérances des autorités congolaises et des lois sans vérifier leur application sur le terrain.

Qu'ainsi, ce rapport se montre particulièrement très prudent avec la loi sur les mutualités, adoptée en RDC en 2017 : « le plus gros défi en RDC est d'accroître le taux de couverture assurantielle, qui demeure au niveau national à moins de 10% En effet, la faible capacité contributive des usagers constitue une des contraintes majeures qui limite fortement le niveau de cotisation en termes de primes ainsi que les taux d'adhésion et de fidélisation ».

Que pire encore, « le caractère volontaire de l'adhésion, la prise en compte inégale des besoins des bénéficiaires et la gestion amateuriste des mutuelles de santé, rendent le système basé sur les mutuelles de santé communautaires et volontaires, hasardeux en termes de couverture et de levier pour progression vers la CSU ».

Que contrairement à ce que soutient le médecin fonctionnaire, on est encore bien loin de la couverture de santé universelle.

Que le rapport conclut, en effet, à une certaine incongruence entre le cadre légal, les dispositifs élaborés et la volonté de progresser vers la CSU :

Cette étude sur la marche vers la couverture santé universelle en RDC montre une réelle volonté déclarée pour la CSU. Cette volonté, qui répond à une aspiration profonde des populations de la RDC à l'équité en santé, se heurte dans les faits à un cadre légal et organisationnel des dispositifs d'opérationnalisation et des pratiques des acteurs, qui sont en décalage avec cette volonté.

Que dans la pratique, concrètement, fin 2023, les autorités congolaises ont voulu lancer la gratuité de la maternité, qui devait être la première étape d'un accès pour tous à des services de santé essentiels.

Que quelques mois après son lancement, il s'avère que ce programme et son application est un véritable fiasco, le personnel de santé menaçant même les autorités de faire grève : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2024/05/20/en-rdc-les-debuts-difficiles-de-lacouverture-sante-universelle_6234450_3212.html

Que force est de constater que le médecin fonctionnaire n'apporte aucunement la preuve que la requérante pourrait aujourd'hui bénéficier d'une gratuité des soins ou d'un accès facile à ces soins et ne dépose aucune information tendant à contredire les informations fournies par la requérante dans sa demande.

Qu'il ne suffit pas de faire une analyse théorique de la situation mais il convient de regarder ce qu'il se passe sur le terrain.

Que quant aux deux mutuelles citées par le médecin fonctionnaire, il convient de constater que ses informations sont trop anciennes puisqu'elles datent de 2016 et 2020.

Qu'il ne s'agit donc pas d'une analyse actuelle et pertinente.

Qu'en tout état de cause, l'article auquel se réfère le médecin conseil ne précise pas si les soins de santé et les suivis dont a besoin la requérante pourront être couverts par cette mutuelle.

Que l'article parle de

« Les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée ; les examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; les hospitalisations de moins de 15 jours ; les opérations de petite et moyenne chirurgie : les accouchements; les actes infirmiers; ainsi que les médicaments essentiels génériques ».

Que rappelons que la requérante a besoin de plusieurs suivis médicaux spécialisés dont la cardiologie, l'ophtalmologie, la neurologie, la diabétologie, ...

Qu'en outre, l'article parle de couverture de soins moyennant le paiement d'une cotisation par mois et par famille.

Que le médecin fonctionnaire ne donne cependant aucune indication sur le montant de cette cotisation et sur la possibilité pour la requérante de prendre en charge cette dépense ou encore sur les conditions d'adhésion à cette mutuelle.

Que la Juridiction de Céans (arrêt du 18 avril 2023 n° 287 679) a déjà statué sur ce:

Quant à [la référence à la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (la MUSQUAP), le Conseil relève qu'il ne ressort pas du document, auquel se réfère le fonctionnaire médecin que les soins nécessaires sont couverts, l'article précisant à cet égard que les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée : les examens de laboratoire- de radiologie et d'échographie : les hospitalisations de moins de 15 jours: les opérations de petite et moyenne chirurgie: les accouchements: les actes infirmiers: ainsi que les médicaments essentiels génériques. Force est dès lors de constater, ainsi que relevé en termes de requête que l'article précité ne permet pas à la partie requérante de comprendre si les traitements dont elle doit bénéficier seraient couverts ou non par cette mutuelle, comme « la prise quotidienne et à très long terme d'un médicament spécifique ».

Que le même constat peut s'appliquer également au BDOM cité par le médecin fonctionnaire.

Que ce dernier se base sur deux sites internet : le premier (bdomkinshasa) n'est pas daté et on ignore si les informations figurant sur ce site sont régulièrement mises à jour.

Qu'il ne donne cependant aucune indication qui pourrait concerner la situation personnelle de la requérante.

Que le deuxième (solidarco) fait craindre à la requérante deux problèmes : d'une part, l'adhésion à cet organisme requiert le paiement d'une cotisation de 30€ quand on sait que 80% de la population vit avec

moins de 2 dollars par jour (<https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>) et d'autre part, il faut un stage d'attente de 3 mois, qui ne peut être envisagé pour la requérante.

Que dans l'arrêt précité de 2023, la Juridiction de Céans avait jugé que « s'agissant des considérations du fonctionnaire médecin tenant au BDOM, le Conseil ne perçoit pas, après la lecture du site internet référencé en note de bas de page, en quoi les informations qu'il livre permettent d'établir que la couverture des soins requis par l'état de santé de la partie requérante sera assurée ».

Que le médecin fonctionnaire fait grand cas de l'existence d'une association des diabétiques du Congo.

Que cette association est une ASBL.

Que leur objectif est de sensibiliser les autorités sur cette maladie, de conscientiser la population et aider les personnes souffrantes à gérer les symptômes.

Que rien ne permet de dire si la requérante pourra bénéficier de leur aide et quelle sera concrètement leur aide.

Qu'en tout état de cause, le médecin fonctionnaire ne peut se contenter d'indiquer que la requérante dispose encore de la famille au CONGO qui pourra lui venir en aide au besoin.

Qu'en effet, il convient de rappeler que la requérante a quitté son pays en 2011, soit il y a 13 ans.

Que le médecin fonctionnaire indique qu'elle aurait encore ses frères et sœurs, sa mère et son compagnon.

Qu'il n'a cependant pas cherché à vérifier si les informations qu'elle tire de la procédure d'asile de la requérante et qui sont donc anciennes, sont encore valables aujourd'hui.

Que dans un arrêt du 30 novembre 2021 (n° 264 561), la Juridiction de Céans avait déjà jugé que :

Enfin, la considération selon laquelle le requérant « a vécu plus de 38 ans de sa vie au Congo

RDC et qu'il a dû y tisser des liens sociaux et familiaux. Dès lors, rien ne démontre que son entourage social et/ou sa famille ne pourrait l'accueillir ou lui venir en aide afin de financer les soins de santé, si cela s'avérait nécessaire n'est étayée par aucun élément versé au dossier administratif, et apparaît comme une simple pétition de principe, insuffisante à fonder le constat de l'accessibilité des traitements et soins requis.

Que par conséquent, rien ne permet de dire que la prise en charge médicale des maladies de la requérante est suffisamment accessible dans son pays d'origine.

Que la motivation de la décision litigieuse et de l'avis médical sur lequel elle se base n'est pas adéquate, ni correcte ».

4. Examen du moyen d'annulation

4.1.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, tel qu'applicable lors de la prise du premier 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, 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 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 la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante 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.

4.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 15 avril 2024, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *Diabète insulino requérant nécessitant des contrôles réguliers* », de « *Trouble anxieux* », d'« *Accident ischémique transitoire avec tétraparésie* », d'« *Hypertension artérielle* » et d'« *Hypercholestérolémie* », pathologies nécessitant un traitement médicamenteux composé de « *Metformax (metformine) : traitement anti diabétique* », de « *NovoMix (insuline aspart) : traitement anti diabétique* », de « *Redomex (amitriptyline) : traitement anti déprimeur* », d'« *Asaflow (acide acétylsalicylique) : traitement anti agrégant plaquettaire* » et d'« *Atorvastatine (atorvastatine) : traitement hypolipémiant* », ainsi qu'un suivi en diabétologie/endocrinologie, cardiologie, neurologie, gynécologie, des bilans biologiques du diabète, de la dyslipidémie et de l'imagerie médicale.

Ce dernier a toutefois estimé qu'« *il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressée ne serait pas en état de voyager* », pour en conclure qu'« *il ne peut également être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible* ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

4.2. En effet, tout d'abord, sur l'affirmation de la partie requérante selon laquelle « on ignore les raisons pour lesquelles il n'y aurait pas un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans le pays d'origine », le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a recherché la disponibilité et l'accessibilité des traitements et suivis au pays d'origine et qu'il a conclu que ceux-ci étaient disponibles et accessibles, sans que la partie requérante ne remette valablement cette conclusion en question.

4.3. Plus précisément, sur la disponibilité, en ce que la partie requérante reproche au fonctionnaire médecin de se contenter de reprendre la base de données MedCOI, qui n'est pas accessible au public, de sorte que les informations qui s'y trouvent ne peuvent être vérifiées par ses soins, le Conseil constate que le contenu des requêtes MedCOI n'est pas contesté par la partie requérante.

La circonstance que cette plateforme ne serait pas directement accessible au public n'est pas pertinente dès lors que les documents de questions/réponses originaires de cette plateforme et qui appuient l'appréciation du fonctionnaire médecin figurent, comme en l'espèce, au dossier administratif, de sorte que la partie requérante peut en prendre connaissance et à toute latitude pour en contester le contenu.

4.4.1. S'agissant de l'accessibilité des suivis et traitements au pays d'origine, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a considéré, d'une part, qu'« *alors que cela lui incombait, l'intéressée 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 la requérante ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, elle ne démontre pas qu'elle 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 à la requérante d'étayer son argumentation (C.E. du 13 juil.2001 n° 97.866). D'autant plus qu'il ressort des déclarations déposées par l'intéressée auprès des instances d'asile compétentes belges, qu'elle a de la famille au pays d'origine (frères et sœurs, mère, compagnon). C'est d'ailleurs son grand frère qui a organisé et financé son voyage illégal vers la Belgique pour un montant de 7000\$. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de sa famille au pays d'origine en cas de nécessité ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui se contente d'affirmer qu'elle a quitté la RDC en 2011, sans remettre les informations avancées par le fonctionnaire médecin en question.

4.4.2. D'autre part, le fonctionnaire médecin a considéré que la requérante « *est en âge de travailler et qu'aucun élément médical n'est présent au dossier en vue de démontrer une incapacité de travail. Rien ne démontre dès lors qu'elle serait exclue du marché du travail au pays d'origine et qu'elle ne pourrait financer ses soins médicaux par ses revenus et/ou bénéficier de la couverture maladie précitée* ».

Cette motivation n'est pas contestée par la partie requérante qui ne démontre pas que la requérante serait dans l'incapacité de travailler au pays d'origine afin de financer son traitement. Elle ne transmet en effet aucun certificat médical en attestant et reste dès lors en défaut de contester valablement l'accessibilité du traitement au pays d'origine.

4.4.3. Les autres informations quant à l'accessibilité du traitement et des suivis nécessaires à la requérante notamment à propos de la politique nationale de santé en R.D.C., du cadre légal des mutuelles, de l'existence de la MUSQUAP et de la Mutuelle de santé Lisinga, du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) et de la présence en R.D.C. d'une association des diabétiques du Congo apparaissent dès lors revêtir un caractère surabondant.

En effet, bien que le Conseil constate que la situation en ce qui concerne les soins de santé en R.D.C. rencontre des difficultés certaines, comme attesté dans les documents à caractère général, transmis par la requérante à l'appui de sa demande susvisée, force est de constater que la requérante ne démontre aucunement qu'elle est en incapacité de travailler et que les membres de sa famille présents au pays d'origine ne seraient pas en mesure de l'aider à financer son traitement.

A cet égard, il convient de rappeler que c'est à l'étranger qui prétend satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un droit de séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve, l'administration n'étant, quant à elle, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des circonstances dont celui-ci se prévaut sous peine d'être placée dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (voir, notamment, C.E., n°109.684 du 7 août 2002 et C.C.E., n° 10.156 du 18 avril 2008).

4.5. 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 six mai deux mille vingt-six par :

Mme M.-L. YA MUTWALE, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffière

La greffière

La présidente,

A. KESTEMONT

M.-L. YA MUTWALE