

Arrêt

n° 349 240 du 26 juin 2026
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. KABONGO MWAMBA
Avenue Louise 441/13
1050 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 PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 27 février 2025, par X qui se déclare de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation « de la décision portant refus de séjour avec un ordre de quitter le territoire prise par la partie adverse en date du 10.01.2025 et lui notifiée le 31 janvier 2025 ».

Vu le titre Ier *bis*, chapitre 2, section IV, sous-section 2, ancien, 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 23 avril 2026 convoquant les parties à l'audience du 22 mai 2026.

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

Entendu, en leurs observations, Me F. OMANEMBA WON YA *loco* Me C. KABONGO MWAMBA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, Me M. PYTEL *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. La requérante est arrivée en Belgique le 21 avril 2017 et a fait acter une déclaration d'arrivée en date du 23 mai 2017 auprès de la commune d'Uccle.

1.2. Le 24 mai 2024, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Celle-ci a introduit un recours contre cette décision devant ce Conseil qui l'a rejeté par un arrêt n° 349 241 du 26 juin 2026.

1.3. Le 17 octobre 2024, la requérante a introduit une 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 qui a été déclarée recevable mais non-fondée par la partie défenderesse au terme d'une décision prise le 10 janvier 2025 et assortie d'un ordre de quitter le territoire.

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

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

« 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 (sic) 2010 portant des dispositions diverses.

Madame [K.P.M.F.] 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 10.01.2025 (remis à la requérante 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 l'intéressée ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors,

1) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'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 ».

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

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

- o *En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :*

ø L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable.

Motivation art. 74/13

- 1. Unité de la famille et vie familiale : la décision concerne la requérante seule et, dès lors, aucune atteinte à l'unité familiale ne saurait être constatée.
Signalons que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde de l'unité familiale et la vie de famille.*
- 2. Intérêt supérieur de l'enfant : pas d'enfant mineur en Belgique repris au dossier.*
- 3. Etat de santé : l'avis médical du 10.01.2025 stipule qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».*

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La requérante prend un moyen unique, subdivisé en *trois branches*, « de la

- Violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ;
- Violation des articles 2 à 4 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- De la violation des articles 7 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 ;
- Violation des articles 8 et 3 CEDH ».

2.1.1. Dans une *première branche*, la requérante, après quelques considérations afférentes à la portée de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, expose ce qui suit :

« Que la partie défenderesse s'appuie sur l'avis de son médecin conseil, lequel affirme que les soins médicaux et le suivi sont disponible (sic) au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Qu'il s'agit d'affirmations contraires à la réalité. D'abord en ce qui concerne la disponibilité des soins, il faut dire que celle-ci est très limitée. Certains médicaments indispensables [à son] traitement manquent à l'appel. C'est notamment le cas de l'alginate (Gavisson).

Qu'ensuite, en ce qui concerne l'accessibilité [...] aux soins nécessaires à ses pathologie, la partie défenderesse se contente d'alléguer l'existence de spécialistes et d'exams complémentaires sans se

demander si [elle] aurait les moyens de s'offrir les services de ces spécialistes et de bénéficier de ses examens.

Qu'en effet, même à considérer que les médicaments, les spécialistes et les examens nécessaires pour [elle] se trouve (*sic*) dans son pays d'origine, force est de constater qu'[elle] n'a aucun moyen de s'offrir l'accès aux soins prétendument existants au pays d'origine.

Que la partie défenderesse a tort de s'en tenir uniquement à l'avis de son médecin conseil, lequel n'a pas connaissance de [sa] situation socio-économique.

Que la partie défenderesse mentionne l'existence des soins et des spécialistes dans [son] pays d'origine mais omet d'indiquer à quel prix lesdits soins seraient accessibles.

Que les informations concordantes et objectives portées à la connaissance de la partie défenderesse démontrent à suffisance que dans sa situation socio-économique, [elle] ne pourrait pas s'offrir l'accès aux soins pouvant exister dans son pays d'origine relativement à ses pathologies.

Que la République Démocratique du Congo est pays (*sic*) dont la situation économique et sociale est loin d'être rassurante. Son système de santé dont l'assurance santé reste extrêmement limitée n'est pas du tout favorable aux personnes dans la situation comparable à [la sienne].

Qu'après des décennies de déclin de l'infrastructure publique, les soins médicaux en RDC sont très limités et souvent même inexistants. Cette situation est due à la taille du pays et au conflit qui persiste dans de nombreuses régions. Dans les villes d'une certaine importance, **les malades peuvent avoir accès à des soins médicaux, mais à condition de pouvoir les payer**. Dans les régions rurales, ils atteignent souvent trop tard les hôpitaux et centres sanitaires (*sic*). Et même s'ils y parviennent à temps, les médicaments sont rares, même les plus banals, et totalement hors de prix pour la population. Dès lors, rien d'étonnant à ce que la RDC connaisse régulièrement des épidémies échappant au contrôle des services sanitaires.

Qu'en raison du piètre état de l'infrastructure publique, **la plupart des services sociaux de RDC sont dispensés par les Eglises, les organisations non gouvernementales locales et leurs partenaires étrangers. Mais leur portée est très limitée et seule une minorité en profite.**

Que pour les personnes handicapées, il existe une certaine infrastructure uniquement dans les grandes villes, mais elle est généralement réservée aux familles qui peuvent en assumer le coût. Les psychothérapies et traitements psychiatriques à la mode occidentale sont quasi inexistants en RDC.

Que plusieurs organisations locales de femmes qui s'occupent surtout de personnes traumatisées par des viols, ainsi que des psychologues d'organisations internationales, proposent toutefois un encadrement psychosocial dans différentes parties du pays.

Qu'en RDC, les personnes atteintes de maladies psychiques consultent généralement des guérisseurs traditionnels ou des groupes de prière et, rarement, un psychiatre. Les médicaments courants en Europe occidentale pour le traitement des souffrances psychiques sont presque introuvables et hors de prix en RDC. Etant donné qu'en RDC, les patients et leur famille doivent subvenir eux-mêmes aux coûts des médicaments, des traitements, de la nourriture, de la literie et de certaines prestations du personnel soignant, une hospitalisation n'entre pas en ligne de compte pour la grande majorité de la population

Qu'une disponibilité limitée des médicaments et un coût élevé qui (*sic*) entraînent une mauvaise adhésion aux traitements. Que selon le rapport de l'EUA, les établissements de soins primaires peuvent en principe délivrer des médicaments, toutefois, les chaînes d'approvisionnement limitent considérablement leurs disponibilités. **Le manque de disponibilité des principaux médicaments, associé au coût prohibitif de ceux-ci, font que les patient-e-s ont souvent une mauvaise adhésion aux traitements (EUA, août 2021).**

Que le système de santé hiérarchisé (*sic*). Le système de santé congolais présente une structure hiérarchisée : le pays est subdivisé en 516 zones sanitaires englobant 393 « hôpitaux généraux de référence » et 8504 « aires de santé » planifiées (Ministère de la Santé Publique, mars 2016). Une zone sanitaire comporte un hôpital pour environ 100'000 à 150'000 habitant-e-s. Ces hôpitaux proposent un « paquet complémentaire d'activités ». Chaque zone sanitaire est subdivisée en plusieurs aires de santé qui assurent chacune un « paquet minimum d'activité (*sic*) » à une population de 5000 à 10'000 habitant-e-s (Ministère de la Santé Publique, mars 2016).

Le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) représente le système de santé congolais sous la forme d'une pyramide : le tiers inférieur rassemble les zones sanitaires avec les aires de santé et les centres sanitaires, le tiers du milieu les « hôpitaux provinciaux » et le tiers supérieur les « hôpitaux généraux de référence » nationaux et universitaires (SEM, décembre 2014).

Que les patient-e-s souffrant de graves problèmes de santé sont attribués aux institutions médicales plus hautes. D'après l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), il y a en principe un hôpital municipal, ainsi que des cliniques privées et des centres de traitement, dans toutes les grandes villes. Dans les régions

rurales, ce genre d'institutions n'est toutefois pas toujours à disposition à proximité immédiate (OIM, octobre 2014). Problèmes et défauts du système de santé.

Que d'après les indications fournies en mars 2016 par le Ministère congolais de la Santé, le système de santé est en proie à des difficultés telles que la fourniture de prestations de soins et de service, des défauts d'infrastructure, un équipement insuffisant et une pénurie de spécialistes. Les institutions sanitaires souffrent d'une pénurie de médicaments et les médicaments de mauvaise qualité sont toujours très répandus. Il y a en outre des problèmes au niveau du financement de la santé publique, de la mise à disposition des informations et de l'administration du secteur de la santé (Ministère de la Santé Publique, mars 2016).

Assurance maladie et coûts des services de santé

Pas d'assurance maladie publique, pas de couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire, l'ébauche de loi en la matière n'ayant pas encore été adoptée, bien qu'elle date de 2015. Il n'y a pas d'assurance maladie publique en RD Congo (OIM, octobre 2014). Une ébauche de loi pour une couverture sanitaire universelle (CSU) prévoyant une assurance maladie obligatoire a été élaborée en mai 2015 (Institut de Médecine Tropicale, 2017). La CSU doit être financée d'une part par un système d'assurance-maladie obligatoire, d'autre part par les cotisations de l'Institut national de sécurité sociale (INSS) pour le secteur privé formel et par celles de la Caisse de sécurité sociale des agents publics de l'État (CSSAPE), du Fonds pour les indigents et vulnérables (avec un financement de l'État et des organisations partenaires internationales) et des associations d'assurances mutuelles pour l'économie informelle (Institut de Médecine Tropicale, 2017).

Selon ses propres indications, le gouvernement s'efforce certes d'assurer un service de santé sur l'ensemble du territoire. Les médicaments pour traiter les principales maladies telles que la malaria, le VIH/SIDA et la tuberculose seraient gratuits depuis des années. Les mères et les enfants de moins de cinq ans auraient accès à de solides services de santé à moindre coût. Ce programme serait appliqué dans 13 provinces et toucherait près de 30 millions d'habitant-e-s (Agence d'Information d'Afrique Centrale, 9 avril 2018). Selon une interview du ministre de la santé de RD Congo menée par le journal congolais Kinshasa Times en date du 17 avril 2018, l'ébauche de loi de 2015 pour un service de santé couvrant l'ensemble du territoire n'a toutefois pas encore été adoptée. Le but serait d'instaurer un tel service d'ici 2030.

Dans l'interview d'Oly Ilunga, l'intervieweur du Kinshasa Times a critiqué le fait que le gouvernement congolais ne consacre que sept à huit pour cents des finances publiques à la santé au lieu des quinze pourcents correspondant aux recommandations internationales (Kinshasa Times, 17 avril 2018). Les chefs d'État de l'Union africaine, y compris celui de RD Congo, avaient promis en 2001, dans le cadre du protocole additionnel à l'accord d'Abuja, de consacrer au moins quinze pourcents du budget annuel au secteur de la santé (OMS, 2011).

Le système de sécurité sociale ne couvre pas les risques médicaux extraprofessionnels. Selon un rapport du Centre de Connaissance en Santé (CCSC) datant d'octobre 2017, le système de sécurité sociale administré par l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) n'offre aucune protection contre les risques médicaux extraprofessionnels. Seule une toute petite partie de la population (principalement les fonctionnaires et les employés du secteur privé formel) profite d'une répartition des risques dans le domaine de la santé.

D'après le plan national de développement sanitaire 2016-2020, seule une toute petite partie de la population profite d'une répartition des risques dans le domaine de la santé (trois pourcents en 2013). Les coûts de la santé des fonctionnaires sont donc supportés par les finances publiques. Dans le secteur privé non plus, les employé-e-s n'ont pas à supporter eux-mêmes les coûts de la santé. Il n'y a en outre que peu de mutuelles (Ministère de la Santé Publique, mars 2016).

Les personnes aisées concluent des assurances maladie mutuelles. D'après le Centre de Connaissance en Santé (CCSC) (octobre 2017), les personnes les plus aisées parmi les travailleurs du secteur informel tentent de s'assurer auprès d'assurances maladie facultatives à forme mutuelle. La loi organique 17/002 du 8 février 2017 définit une mutuelle comme un groupement de personnes physiques ou morales, de droit privé, à but non lucratif qui, au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et/ou des personnes à leur charge, des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide (Agence Congolaise de Presse (ACP), février 2017). D'après le CCSC (octobre 2017), ces assurances achètent parfois des ensembles de prestations à des établissements de santé privés. Le plan national de développement sanitaire 2016-2020 relève également que l'accès aux rares mutuelles existantes est lié au revenu : alors que 0.7 pourcents des hommes et un pourcent des femmes du quintile de population le plus pauvre déclarent avoir profité d'une forme d'assurance maladie, c'est le cas de 12 pourcents des hommes et de 15.3 pourcents des femmes du quintile le plus riche (Ministère de la Santé Publique, mars 2016; chiffres de 2013/2014).

Pour une grande partie de la population, l'accès aux services de santé dépend des paiements directs, ce qui entraîne d'importantes dépenses de santé privées. Selon le rapport du Centre de Connaissance en Santé (CCSC) d'octobre 2017, une grande partie de la population de RD Congo n'a accès aux services de santé qu'au moyen de paiements directs. D'après l'African Health Observatory (AHO, 2017) subordonné à l'OMS, les dépenses privées ont représenté plus de 78 pour cent des coûts de la santé en RD Congo (chiffres de 2014), ce qui a placé ce pays au deuxième rang des pays africains où la part des dépenses privées est la plus importante. En 2013, les paiements out-of-pocket ont représenté 33 pourcents du total des coûts de la santé en RD Congo (AHO, 2016).

Le système de sécurité sociale ne couvre pas les personnes qui travaillent à leur compte ou dans le secteur informel ; or, celles-ci représentent la grande majorité de la population de RD Congo. Selon un rapport du

Centre de Connaissance en Santé (CCSC) datant d'octobre 2017, le système de sécurité sociale administré par l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) protège les employés du secteur public et du secteur privé formel contre plusieurs risques sociaux, y compris les risques sanitaires professionnels, les maladies et les accidents. Les personnes actives dans le secteur informel, c'est-à-dire le gros de la population, n'ont pas accès au système de sécurité sociale. Il y a en outre plusieurs fonds de portée limitée, financés par les pouvoirs publics, qui cofinancent un fonds d'assurance obligatoire pour certaines catégories de fonctionnaires (par exemple les enseignant-e-s et les policiers/policières). D'après l'International Social Security Association (ISSA) (janvier 2017), le système des assurances sociales est lié aux employeurs. Les indépendant-e-s ne sont donc pas couverts. Attendu qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 9ter précité, les traitements existant (*sic*) 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. CCE, n° 206 744 du 12 juillet 2018 ; **CCE Arrêt n° 225 284 du 27 août 2019**.

Que partant, la décision de la partie adverse viole les dispositions de l'article 9ter dans sa lettre et dans son esprit de la loi du 15 décembre 1980 ».

2.1.2. Dans une *deuxième branche*, la requérante expose ce qui suit :

« Attendu que selon la partie adverse les soins destinés [à ses] pathologies seraient disponibles et accessibles alors que l'ensemble des informations démontrent tout le contraire.

Qu'en effet, les soins de santé, même primaires, sont un luxe en République Démocratique du Congo comme cela a été démontré ci-haut. L'accès aux médecins, surtout spécialisés, et la fourniture en médicaments sont extrêmement limités.

Que la partie défenderesse fonde ses conclusions sur des considérations théoriques loin de la réalité.

Qu'il s'agit d'une motivation erronée et inadéquate de la part de la partie adverse dans la mesure où elle ne correspond pas à la réalité des faits.

Que la motivation de la décision attaquée porte entorse aux dispositions des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs dans la mesure où elle n'est, ni adéquate, ni pertinente ni proportionnelle.

Qu'en effet, la partie adverse ne prend pas en compte l'ensemble des éléments [de son] dossier, éléments relatifs à sa vie privée et à sa scolarité de plein exercice. »

La requérante rappelle la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse et conclut comme suit :

« Que dans le cas d'espèce, [elle] a démontré qu'elle ne pourrait pas avoir accès aux soins à ses problèmes de santé dans sa demande basée sur l'article 9ter.

Les éléments présentés dans le cadre de cette demande n'ont cependant pas été pris en compte par la partie défenderesse.

Qu'au regard de tout ce qui précède, la partie adverse a manifestement violé la loi de 1991 relative à la motivation des actes administratifs ainsi que les différents principes généraux y résultant. De ce fait, la décision attaquée doit être annulée ».

2.1.3. Dans une *troisième branche*, la requérante expose ce qui suit :

« Attendu que selon la partie défenderesse du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à [son] retour dans son pays d'origine.

Qu'[elle] a pourtant démontré qu'elle ne pourra pas bénéficier d'un traitement médical adéquat dans son pays d'origine.

Que donc [son] renvoi hors du territoire du Royaume actuellement, avec tout ce que cela implique comme conséquence (*sic*), comporte le risque de violation de l'article 3 de la CEDH.

A titre de rappel, l'article susmentionné dispose : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. ».

Qu'il y a lieu de rappeler que « (...), s'agissant de la violation de l'article 3 de la CEDH alléguée par la partie requérante, il convient de rappeler que cet article dispose que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». La Cour EDH a déjà considéré que l'éloignement par un Etat membre peut soulever un problème au regard de l'article 3 de la CEDH, et donc engager la responsabilité d'un Etat contractant au titre de la Convention, lorsqu'il y a des motifs sérieux et avérés de croire que la partie requérante courra, dans le pays de destination, un risque réel d'être soumise à des traitements contraires à l'article 3 de la CEDH. Dans ces conditions, l'article 3 de la CEDH implique l'obligation de ne pas éloigner la personne en question vers ce pays ...» (voir : Cour EDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 75, et les arrêts auxquels il est fait référence ; adde Cour EDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 66 ; Soering, précité, §§ 90-91, Vilvarajah et autres, précité, § 103, Ahmed, précité, § 39, H.L.R. c. France, 29 avril 1997, § 34, Recueil 1997-III, Jabari c. Turquie, no 40035/98, § 38, CEDH 2000-VIII, Salah Sheekh c. Pays-Bas, no 1948/04, § 135, 11 janvier 2007).

En outre : « *β*) Eléments retenus pour évaluer le risque de subir des traitements contraires à l'article 3 de la Convention

116. Pour déterminer l'existence de motifs sérieux et avérés de croire à un risque réel de traitements incompatibles avec l'article 3, la Cour s'appuie sur l'ensemble des éléments qu'on lui fournit (sic) ou, au besoin, qu'elle se procure d'office (H.L.R. c. France, précité, § 37, et Hilal c. Royaume-Uni, no 45276/99, § 60, CEDH 2001-II). Dans des affaires telles que la présente espèce, la Cour se doit en effet d'appliquer des critères rigoureux en vue d'apprécier l'existence d'un tel risque (Chahal c. Royaume-Uni, 15 novembre 1996, § 96, Recueil 1996-V).

117. Pour vérifier l'existence d'un risque de mauvais traitements, la Cour doit examiner les conséquences prévisibles du renvoi d'un requérant dans le pays de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108 in fine).

118. Dans ce but, en ce qui concerne la situation générale dans un pays, la Cour a souvent attaché de l'importance aux informations contenues dans les rapports récents provenant d'associations internationales indépendantes de défense des droits de l'homme telles qu'Amnesty International, ou de sources gouvernementales (voir, par exemple, Chahal, précité, §§ 99-100, Müslim c. Turquie, no 53566/99, § 67, 26 avril 2005, Said c. Pays-Bas, no 2345/02, § 54, CEDH 2005-VI, Al-Moayad c. Allemagne (déc.), no 35865/03, §§ 65-66, 20 février 2007, Saadi, précité, § 131).

121. Pour ce qui est du moment à prendre en considération, il faut se référer en priorité aux circonstances dont l'Etat en cause avait ou devait avoir connaissance au moment de l'éloignement. » (Affaire Hirsi Jamaa et autres c. Italie, Requête no 27765/09 du 23 février 2012 CEDH).

Attendu que la violation de l'article 3 se trouve établie toutes les fois que, même en l'absence de lésions corporelles ou de vives souffrances physiques ou mentales, « dès lors que le traitement humilie ou avilit un individu, témoignant d'un manque de respect pour sa dignité humaine ou la diminuant, ou qu'il suscite chez l'intéressé des sentiments de peur, d'angoisse ou d'infériorité propres à briser sa résistance morale et physique, il peut être qualifié de dégradant et tomber ainsi également sous le coup de l'interdiction énoncée à l'article 3 » (voir, parmi d'autres, Vasyukov c. Russie, no 2974/05, § 59, 5 avril 2011, Gäfgen, § 89, Svinarenko et Slyadnev, § 114, et Géorgie c. Russie (I), § 192, précités). Il faut en outre préciser qu'il peut suffire que la victime soit humiliée à ses propres yeux, même si elle ne l'est pas à ceux d'autrui (voir, parmi d'autres, Tyrer c. Royaume-Uni, 25 avril 1978, § 32, série A no 26, et M.S.S. c. Belgique et Grèce [GC], no 30696/09, § 220, CEDH 2011).

Que c'est dans cette dernière hypothèse qu'il convient d'envisager [sa] situation. Sérieusement souffrante, [elle] verrait sa vie mise en péril en cas de retour en République Démocratique du Congo.

Que compte tenu de ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée ».

3. Discussion

3.1. Sur les *trois branches réunies* du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement

adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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. Il transmet un certificat médical type dont le modèle est déterminé par le Roi. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. 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 ».

Le Conseil 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 de légalité.

3.2. En l'occurrence, le Conseil observe que la décision de rejet attaquée est fondée sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 10 janvier 2025, lequel indique, en substance, que la requérante souffre de « Lombosciatalgie gauche », de « Syndrome d'apnée du sommeil de forme obstructive modérée nécessitant un appareillage nocturne par CPAP » et d'« hypoxémie nocturne » pour lesquels 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 requérante. En effet, le Conseil ne peut que constater à la lecture de la requête que la requérante se contente d'affirmations totalement péremptoires telles que la disponibilité limitée des soins, l'indisponibilité du Gaviscon et l'impossibilité d'avoir accès aux médicaments et traitements requis en raison de sa situation socio-économique. Par ailleurs, la requérante consacre de longs développements afférents à la situation sanitaire qui prévaut en République démocratique du Congo et au financement des soins de santé sans, d'une part, citer précisément ses sources ou annexer celles-ci à sa requête de sorte que le Conseil n'est pas à même de les vérifier et sans, d'autre part, expliquer en quoi cette situation générale qu'elle dénonce l'empêcherait personnellement d'avoir accès aux traitements qu'elle requiert, lesquels ne sont de surcroît pas visés par lesdits développements.

Il s'ensuit que la requérante n'est pas fondée à reprocher à la partie défenderesse d'avoir adopté une motivation erronée et inadéquate et d'avoir violé l'article 3 de la CEDH, le risque de subir un traitement contraire à cette disposition n'étant aucunement établi. Elle n'est par ailleurs pas davantage fondée à lui reprocher de ne pas avoir pris en considération "sa vie privée et sa scolarité de plein exercice", lesquels éléments sont étrangers à l'application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

3.3. Le Conseil constate *in fine* que le recours est irrecevable en tant qu'il vise l'ordre de quitter le territoire attaqué, aucun grief n'étant exposé à l'encontre de cette mesure d'éloignement.

3.4. Au regard de ce qui précède, il appert que le moyen unique n'est fondé en aucune de ses branches.

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 vingt-six juin deux mille vingt-six par :

V. DELAHAUT,	présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
A. IGREK,	greffier.

Le greffier	La présidente,
-------------	----------------

A. IGREK	V. DELAHAUT
----------	-------------