Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 352 512 du 3 septembre 2026
dans l'affaire X / III

En cause : X

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

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 juin 2024, par X, qui se déclare de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation du « refus de séjour médical et [de] l'ordre de quitter notifiés le 6 juin 2024 (…) ».

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 l'article 5.12, § 3, de la loi du 17 juin 2026 relative au Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après: le Conseil).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 mai 2026 convoquant les parties à l'audience du 5 juin 2026.

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

Entendu, en leurs observations, Me F. LAURENT *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique le 20 octobre 2014.

1.2. Le 16 décembre 2021, il 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, complétée à diverses reprises, laquelle a été déclarée non-fondée par la partie défenderesse au terme d'une décision prise le 7 mai 2024 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 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.*

Le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entrainerait 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 07.05.2024 (remis au requérant 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 du requérant ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors,
1) Il n'apparait 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'apparait 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 existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il 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:*

***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. Le requérant n'est pas en possession d'un visa valable.*

Article 74/13
1. L'unité de la famille et vie familiale : La décision concerne le requérant seul et, dès lors, aucune atteinte à l'unité familiale ne saurait être constatée. Signalons en outre 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 l'unité (sic) familiale et la vie de famille.
2. Intérêt supérieur de l'enfant : pas enfant mineur connu
3. L'état de santé : voir avis du 07.05.2024 ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. Le requérant prend un moyen unique de l'« Erreur manifeste d'appréciation et violation des articles 3 CEDH, 5 de la directive retour 2008/115. 8.4 et 8.5 du livre VIII du Code Civil (et du principe qui s'en déduit, imposant à celui qui invoque une preuve de la rapporter avec un degré suffisant de certitude, 7, 9ter, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que du devoir de minutie ».

2.1.1. Dans un *premier grief*, le requérant expose ce qui suit :
« D'une part, le médecin adverse se trompe sur la pathologie dont [il] souffre, [lui qui] souffre d'une hyporarathyroïdie et non d'une hyperparathyroïdie, ainsi qu'il resort (*sic*) du CMT; de sorte que l'ensemble du raisonnement qui en découle est inopérant pour démonrtrer (*sic*) disponibilité et accessibilité des soins. D'autre part, le médecin adverse ne tient pas compte du rapport médical du 30 août 2022, transmis le 29 septembre 2022. La décision n'est pas motivée en conformité avec les articles 9ter et 62 de la loi et méconnait le devoir de minutie ».

2.1.2. Dans un *deuxième grief*, le requérant expose ce qui suit :
Selon l'article 9ter §1er, alinéa 5 de la loi du 15 décembre 1980 : « *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* ».

D'une part, la décision consiste en une motivation par double référence : un rapport du médecin fonctionnaire, lequel renvoie lui-même à des requêtes MEDCoi reproduites dans son avis ainsi qu'à divers

sites internet. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés (Cons. État [13e ch.], 17 juin 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130). Cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond donc pas au prescrit des articles 62 §2 de la loi sur les étrangers, 2 et 3 de la loi relative à la motivation formelle. Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète afin de [lui] permettre et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui [le] concerne, de pouvoir le contester.

D'autre part, la base de données Medcoi est « non publique » et donc privée, ce qui rend invérifiable la fiabilité pas plus que la réalité des rapports produits. D'autant moins que les auteurs de ses rapports ne sont même pas identifiés (« International Sos »), pas plus leurs qualifications et mérites que leurs sources. De sorte que les conclusions de ses rapports sont invérifiables. Un rapport dont l'auteur est anonyme et dont les sources ne sont pas identifiées est totalement invérifiable et ne peut fonder aucune preuve suffisamment certaine de la disponibilité des soins.

De plus, plusieurs médications sont uniquement disponibles en « alternative medication », sans que ne soit démontrée in concreto, par le défendeur qui en a la charge de la preuve aisni (*sic)* qu'exposé, leur compatibilité avec les soins [lui] prodigués. Une intervention n'est pas disponible (« Not avalaible »). Plusieurs médicaitons (*sic)* sont en rupture de stock (« Currently experiencing supply problems »). Or, il appartient au médecin fonctionnaire de se prononcer sur la disponibilité du traitement requis et non de fournir des pistes de solutions hypothétiques et non étayées en cas d'indisponibilité du traitement (CCE. arrêts 255345 du 31 mai 2021, 248649 du 3 février 2021, 240436 du 2 septembre 2020, 270255 du 22 mars 2022...). Le médecin adverse prétend qu'en cas de rupture de stock, [il] pourrait se rendre dans une autre région du pays où il peut être soigné. Mais si les ruptures existent déjà dans la capitale, l'on voit mal comment elles seraient moindres à l'intérieur de cet immense pays. D'autant qu'[il] rappelait dans son courrier du 23 juin 2022 : « Comme vous le savez, la situation sécuritaire dans l'est de la RD du Congo, région dont est originaire le requérant, s'est à nouveau fortement dégradée entraînant des conséquences désastreuses sur l'accès aux soins et l'approvisionnement des médicaments. Ainsi, un rapport des Nations Unies du 31/05/2022 suite à un Conseil de Sécurité nous informe que « La résurgence du M23 au Nord-Kivu et ses actions hostiles contre les Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC) et les Casques bleus de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en RDC (MONUSCO) aggrave une situation déjà grave, a prévenu aujourd'hui la Sous-Secrétaire générale aux affaires politiques et de consolidation de la paix. (...) Mme MARTHA AMA AKYAA POBEE, Sous-Secrétaire générale pour l'Afrique au Département des affaires politiques et de la consolidation de la paix, a indiqué que malgré les efforts déployés par le Gouvernement congolais pour lutter contre l'insécurité dans l'est de la République démocratique du Congo (RDC), la violence des groupes armés a continué de faire payer un lourd tribut à la population civile dans plusieurs sites des provinces du pays. La récente résurgence du Mouvement du 23 Mars, connu comme « M23 », en particulier, et ses actions hostiles contre les Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC) et les Casques bleus de la MONUSCO au Nord-Kivu, aggrave une situation déjà sérieuse et constituent une menace grave à la paix, à la sécurité et à la stabilité régionales. (...) Mme Akyaa Pobee a par ailleurs rappelé que la violence armée reste généralisée dans tout l'est de la RDC. Que ce soit en Ituri, au Sud- Kivu ou dans d'autres régions du Nord-Kivu. une multitude de groupes armés continuent de s'attaquer à la population civile, à saper les efforts de paix, de stabilité et d'un développement durables en RDC et dans la région. ». La situation ne s'est pas améliorée en 2023 et 2024 : «La province du Nord-Kivu à l'est de RDC connaît un contexte sécuritaire instable depuis plus de 30 ans. On note néanmoins une intensification des combats entre le Mouvement du 23 Mars (M23) et les Forces armées de la République Démocratique du Congo (FARDC) depuis le mois de novembre 2023. Des affrontements réguliers ont lieu notamment dans les territoires de Masisi, de Rutshuru et de Nyiragongo, ce qui entraîne de nouveaux mouvements de populations vers la ville de Goma, capitale de la province. L'OIM a observé près de 630 000 mouvements de déplacements individuels dans le Nord-Kivu entre le 29 janvier et le 13 mars 2024 en raison des récents conflits. En mars 2024, on comptait plus de 1.6 millions personnes déplacées en raison de la crise du M23, soit près de 785 000 personnes de plus qu'il y a un an. Face à l'explosion des nouvelles arrivées, de nouveaux sites informels de déplacés voient le jour. Ces derniers ne disposent pas des infrastructures nécessaires pour assurer des conditions de vie dignes aux populations déplacées. Les sites gérés par les organisations internationales, bien que disposant de certaines infrastructures, n'ont pas la capacité de faire face à cet afflux continu de nouvelles arrivées.
...Une pression importante s'exerce sur les services existants, ce qui exacerbe l'ampleur des besoins humanitaires. L'accès à la nourriture, aux abris, à l'eau potable, aux infrastructures sanitaires et soins de santé est contraint pour des centaines de milliers de personnes, du fait de l'existence de barrières physiques ou financières, ainsi que du manque de personnel et d'équipements dans les centres de santé. Les conditions de vie dans les sites de déplacés sont extrêmement précaires et la situation humanitaire est

alarmante... « La situation au Nord Kivu est dramatique. Les besoins sont énormes et la réponse humanitaire n'est pas encore satisfaisante, faute de moyens financiers pour assister correctement les milliers de personnes déplacées. Nous avons besoin d'une mobilisation à grande échelle » (https://www.hi.org/fr/actualites/crise-au-nord-kivu-des-cliniques-mobiles-pour-fournir-des-soins-indispensables). Ce dont le médecin adverse ne tient nul compte. Vu l'immensité du Congo, la disponibilité des soins doit être vérifiée dans la région de provenance du demandeur. Vu le contexte de guerre prévalant au Nord Kivu et les ruptures de stock à Kinshaa (*sic*), les soins requis ne sont manifestement pas disponibles, contrairement à ce que prétend le défendeur.

Selon le rapport de l'EUAA, de manière générale la population congolaise n'a qu'un accès extrêmement limité aux soins de santé dans le pays. Une disponibilité limitée des médicaments et un coût élevé qui entraînent une mauvaise adhésion aux traitements. Selon l'EUAA, 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 patients ont souvent une mauvaise adhésion aux traitements (EUAA, août 2021). De plus, certains rapports Medcoi ne sont pas actuels (2020 et 2022), ce qui ne permet pas au défendeur d'établir la disponibilité des soins et médicaments en 2024 ».

2.1.3. Dans un *troisième grief* (relatif à l'accessibilité des soins), le requérant expose ce qui suit :
« Comme tous les soins ne sont pas disponibles à Kinshasa ni dans le Nord Kivu pour les raisons évoquées supra, ils n'y sont à fortiori même pas accessibles. La clause de non-responsabilité relative au projet MedCOI stipule que « Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie ». Quant à la loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité », la source à laquelle se réfère la partie défenderesse ne donne aucune information sur la couverture des soins requis par [son] état de santé. En effet, ce document, qui fait état des buts et objectifs des mutuelles de santé, ne permet pas de déterminer, concrètement, si [il] pourrait s'affilier à une des mutuelles précitées, le cas échéant, à quelles conditions [il] le pourrait, et quels frais pourraient être couverts. Le médecin adverse [le] renvoie vers des cliniques et pharmacies privées (« Private facility »). Selon le propre site du Ministère des Affaires Extérieures de Belgique : " Les hôpitaux publics sont rarement à même de dispenser des soins de qualité. On trouve toutefois des praticiens généralistes et spécialistes de bon niveau, ainsi que des laboratoires médicaux fiables, surtout à Kinshasa et à Lubumbashi. Toutes les prestations sont payables d'avance". Le médecin adverse, qui en a la charge de la preuve pour les raisons exposées supra, ne démontre pas concrètement comment [il] pourra faire face à ces dépenses, alors qu'il a quitté le Congo voici neuf ans et que sa seule famille proche était son épouse belge dont il est séparé ; [il] affirme être sans ressource, ni bien, ni attache familiale au Congo et le défendeur, qui en a la charge de la preuve, ne démontre pas la preuve positive contraire. L'avis « médical » selon lequel « 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 » n'est nullement étayé et constitue une pétition de principe qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine. La référence à la solidarité familiale ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des traitements et suivis nécessaires […] au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux de leur coût, au regard du système de santé au pays d'origine. Un tel motif, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9ter, et dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté qu'[il] souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écarter que cette maladie n'entraîne un risque réel pour [sa] vie ou [son] intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat dès lors qu'il s'agit d'écarter un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH. Le médecin adverse ne se préoccupe pas du coût des médicaments vendus et des prestations fournies par ces établissements privés et ne démontre donc pas leur accessibilité financière pour [lui]. Qu'il renvoie vers trois mutuelles, sans démontrer concrètement ni qu'[il] pourra y adhérer, a fortiori sans délai d'attente, ni que celles-ci couvriront notamment les prestations privées. A défaut d'informations plus détaillées, [il] ne peut s'assurer qu'un stage d'attente n'est pas toujours requis ni qu'il aura directement accès aux soins. Le médecin adverse ne fournit aucune information sur les conditions d'adhésion ni sur la couverture concrète. Ainsi, [il] ne peut vérifier si, dans sa situation, il pourra effectivement adhérer et être couvert par les mutuelles en question. En ce qui concerne la Musquap, est évoqué « le versement régulier d'une cotisation », sans que son montant ne soit précisé ; 90% des soins seraient couverts, sans qu'il ne soit exclu que ceux dont [il] souffre (*sic*) figurent bien parmi les 10% non pris en charge ; le site auquel renvoie le médecin adverse (sans préciser la page ni la reproduire), date de 2016, ce qui dément son actualité et il s'agit d'un simple article de « 7 sur 7 » ; aucun site de la Musquap n'est renseigné et rien n'établit qu'elle existe toujours en 2024 ; il ne ressort pas du document auquel se réfère le fonctionnaire médecin que les soins [lui] nécessaires sont couverts. Quant à Lisinga, le défendeur renvoie à un Medcoi de 2020 ; d'une recherche sur internet, il n'existe aucune mutuelle à ce nom en juin 2024 ; elle ne couvrirait pas tous les travailleurs ni toutes les prestations ; [il] ne travaille plus au Congo depuis son arrivée en Belgique ; rien n'est dit de ses conditions d'adhésion, son coût ; la couverture ne vise pas tous les soins... Il en va de même pour le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), lequel sollicite le paiement d'une cotisation afin de pouvoir accéder à ses

services de sorte que rien ne permet de s'assurer, quant au traitement nécessaire pour [lui], qu'il pourra y avoir accès, aucune certitude ne ressortant de l'avis du fonctionnaire médecin (arrêt 302834). Le fait qu'une ASBL caritative doive venir en aide aux patients confirme l'inaccessibilité des soins.

Erreur manifeste d'appréciation et violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi, ainsi que des dispositions et principes visés au moyen.

L'illégalité du refus de séjour induit celle de l'ordre de quitter qui en est l'exécution ».

3. Discussion

A titre liminaire, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9*ter*, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980 « L'étranger qui séjourne en Belgique […] 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 troisième et cinquième alinéas de ce premier paragraphe indiquent que : « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. […] L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

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 ». 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.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue la partie défenderesse doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité administrative ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ses motifs. Il suffit par conséquent que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours, et à la juridiction compétente d'exercer son contrôle de légalité. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.1. Sur le *premier grief* du moyen unique, le Conseil observe que le requérant dénonce une erreur de plume dans le chef du médecin conseil de la partie défenderesse quant à l'identification de sa pathologie et n'a pas intérêt à son grief dès lors qu'il ne conteste pas les traitements et suivis requis par son état de santé tels que précisés dans le rapport médical du 7 mai 2024 qui sert de fondement à l'acte querellé. Par ailleurs, l'affirmation du requérant selon laquelle le médecin conseil de la partie défenderesse n'aurait pas tenu compte du rapport médical du 30 août 2022 manque en fait, celui-ci étant repris sous l'onglet « Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier » comme suit : « rapport consultation du Dr [A.F.] et Pr [A.G.] : bilan d'une amaurose transitoire de l'œil gauche. Asaflow et Rosuvastatine » daté certes erronément du 29 octobre 2022 alors qu'il a été établi le 30 août 2022, date erronée qui constitue à nouveau une erreur de plume sans incidence sur la légalité de la motivation de l'acte querellé.

Partant, le premier grief n'est pas fondé.

3.2. Sur le *deuxième grief* du moyen unique, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions : « Première condition: le document […] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 […]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif […]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui […], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif […]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation

par référence n'est pas admissible […]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure […] mais elle ne peut en principe être postérieure […]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif, Ed. La Charte, 2005, p. 44-45, n°50).
Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001 ; C.E., arrêt n° 174.443 du 13 septembre 2007 ; C.E., arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 ; C.E., arrêt n° 228.829 du 21 octobre 2014 ; C.E., n° 230.579 du 19 mars 2015 ; C.E., arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016 ; C.E., arrêt n° 235.763 du 15 septembre 2016 ; C.E., arrêt n° 237.643 du 14 mars 2017 ; C.E., arrêt n° 239.682 du 27 octobre 2017).

En l'occurrence, le Conseil relève que l'acte attaqué contient une motivation qui s'appuie sur les conclusions du médecin conseil de la partie défenderesse émises dans son avis du 7 mai 2024, lequel est joint à l'acte entrepris et a été communiqué au requérant. Cet avis se fonde, en substance, sur des informations provenant de la base de données MedCOI. Lesdites informations indiquent, d'une part, le traitement et le suivi nécessités par le requérant, et d'autre part, la disponibilité ou non de ceux-ci. Le médecin conseil a, en l'espèce, résumé la conclusion de chaque requête MedCOI et reproduit les tableaux qu'il estimait pertinents. Les critiques relatives à une violation de la motivation formelle ne peuvent dès lors être retenues.

Concernant le fait que les auteurs de la base de données MedCOI sont anonymes et ne mentionnent pas leurs sources, ces éléments sont sans aucune pertinence quant à la crédibilité de ladite base de données dans la mesure où, comme indiqué dans la note infrapaginale du rapport médical, « L'EUAA MedCOI Sector reçoit des informations des sources suivantes :
- Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine :
Ces médecins ont été sélectionnés par l'EUAA MedCOI Sector sur base de critères de sélection prédéfinis : avoir 6 ans d'expérience en tant que médecin, être fiable, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des compétences linguistiques ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. L'identité de ces médecins locaux, engagés sous contrat avec EUAA, est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et CV sont connus par EUAA. La spécialisation exacte de ces médecins n'a pas de pertinence. C'est, en effet, leur réseau professionnel médical dans le pays d'origine, critère de sélection pour être engagé, qui importe. Celui-ci leur permet ainsi de répondre à des questions concernant n'importe quelle spécialisation médicale.
- International SOS (Blue Cross Travel) : Il s'agit d'une société internationale de premier plan fournissant des services d'assistance médicale et de sécurité. Elle possède des bureaux dans plus de 70 pays et un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 64 cliniques et 650 sites externes. International SOS (BCT) s'engage contractuellement à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples informations sur cette organisation sur le site web d'International SOS: https://www.internationalsos.com/. Les informations médicales fournies par les médecins sous contrat local et International SOS (BCT) sont ensuite évaluées par les médecins de l'EUAA MedCOI Sector ».

Le Conseil observe encore que le requérant n'a pas intérêt à soulever que plusieurs médications ne sont disponibles qu'en "alternative medication" dès lors qu'il ne démontre pas que celles-ci lui seraient contre-indiquées. Qui plus est, l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980 vise un traitement adéquat et non un traitement identique.

Quant à l'affirmation selon laquelle plusieurs médications seraient en rupture de stock, elle se doit d'être nuancée, les extraits de la base de données MedCOI indiquant que leur réapprovisionnement nécessite deux semaines. Par ailleurs, conformément au prescrit de l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980, la disponibilité du traitement médicamenteux s'apprécie au pays d'origine de l'étranger qui sollicite l'application de cette disposition ou dans le pays où il séjourne de sorte que l'argument du requérant selon lequel la disponibilité des soins doit être vérifiée dans la région de provenance du demandeur manque en droit. L'argument du requérant selon lequel "si les ruptures existent déjà dans la capitale, l'on voit mal comment elles seraient moindres à l'intérieur de cet immense pays" n'est quant à lui pas étayé, le requérant se contentant de se référer à un article de presse ne visant que certaines régions de l'est de son pays d'origine.

S'agissant de la remarque du requérant selon laquelle une intervention ne serait pas disponible, le Conseil suppute, à défaut d'identification de celle-ci, qu'elle concerne la transplantation de foie. Or, bien que le médecin conseil ait effectivement relevé son indisponibilité, elle n'est pas préconisée dans les documents médicaux déposés par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour en manière telle que le constat de son indisponibilité est dénué d'utilité.

In fine, le grief du requérant afférent à la non-actualité de certains rapports MedCOI est dépourvu d'intérêt à défaut pour ce dernier de démontrer l'indisponibilité des soins et médicaments dans son pays d'origine en 2024.

Par conséquent, le deuxième grief du moyen unique n'est pas non plus fondé.

3.3. Sur le *troisième grief* du moyen unique, le Conseil observe que si les requêtes MedCOI ne fournissent aucune information sur l'accessibilité du traitement requis par l'état de santé du requérant, cette question est néanmoins examinée par le médecin conseil dans son avis, dans la rubrique «Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine ».
Quant à cette question d'accessibilité, le Conseil observe que par ses griefs, le requérant se limite à évoquer l'inaccessibilité des traitements en des termes généraux et reste en défaut d'indiquer et a fortiori, de démontrer concrètement en quoi sa situation personnelle serait affectée par son prétendu constat. Ainsi, la partie défenderesse a pu estimer à juste titre que « l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En effet, il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux pour établir une inaccessibilité des soins. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable [au] requérant ».

Le Conseil rappelle en effet que le caractère suffisamment accessible des soins doit s'apprécier en fonction de la situation individuelle de l'étranger et ne dépend donc pas nécessairement de la possibilité d'y avoir accès gratuitement. Qui plus est, le requérant ne démontre aucunement qu'il serait exclu du marché de l'emploi ou qu'il serait dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle adaptée lui permettant de subvenir à ses besoins comme le relève le médecin conseil dans son rapport médical servant de fondement à l'acte querellé.

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

3.4. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision litigieuse et qui constitue la seconde décision attaquée par le présent recours, le Conseil observe que le requérant n'expose ni ne développe aucun moyen pertinent à son encontre. Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par le requérant à l'égard de la première décision querellée et que, d'autre part, la motivation de la seconde décision attaquée n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cette mesure d'éloignement.

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 trois septembre deux mille vingt-six par :

V. DELAHAUT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. IGREK, greffier.

Le greffier,

A. IGREK

La présidente,

V. DELAHAUT