Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 353 190 du 17 septembre 2026
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître S. DELHEZ
Place Léopold 7/1
5000 NAMUR

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 mai 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 12 avril 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 dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 4 juin 2026 convoquant les parties à l'audience du 26 août 2026.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me L. LAMBOT *loco* Me S. DELHEZ, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. VAN HAELEN *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

Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 5 août 2022. Le 23 novembre 2022, il a introduit une demande de protection internationale. Par un courrier du 6 décembre 2022, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter 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 »). Le 12 avril 2024, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée. Cette décision, qui a été notifiée à la partie requérante le 30 avril 2024, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

> « en application de l'article 9ter 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, je vous informe que la demande qui a été déclarée recevable le 31.03.2023, est non fondée.

Motif(s) :
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, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 25.03.2024, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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 le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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. […] ».

2. Exposé du moyen d'annulation

La partie requérante prend un moyen unique, tiré « de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 […], ainsi que des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, les articles 1319,1320 et 1322 du Code civil en ce qu'ils consacrent le principe général de droit du respect de la foi duc aux actes et enfin de l'article 3 de le [Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après « CEDH »)] ».

Dans une *première branche*, intitulée « l'état de santé du requérant », la partie requérante souligne que « la partie adverse ne remet nullement en cause la gravité de la pathologie du requérant. Que le requérant a notamment déposé, à l'appui de sa demande, un certificat médical type daté du 31 octobre 2022. Qu'il convient de rappeler que le requérant était présent à l'aéroport de Zaventem lors des attentats du 22 mars 2016. Qu'au-delà du traumatisme psychologique évident que cet événement a engendré dans son chef, le requérant a depuis lors enchaîné les problèmes de santé et souffre notamment de graves problèmes cardiaques. Que le médecin va, à de multiples reprises, indiquer que les pathologies dont souffre le requérant sont 'très sévère', 'très grave', 'très avancée' ou encore 'aiguë'. Que ses pathologies sont d'une part cardiaque, d'autre part rénale et hépatique. Que la déficience cardiaque engendre en réalité une déficience sur l'ensemble des organes. Que le requérant a d'ailleurs été hospitalisé à plusieurs reprises dans les services de cardiologie et de chirurgie cardiaque ». Elle précise « qu'à défaut d'un traitement, le médecin est extrêmement clair en ce que cela impliquera le décès du requérant. Que l'ensemble de ces traitements et suivis ont uniquement pu être mis en place depuis son arrivée en Belgique. Qu'auparavant, alors qu'il se trouvait au CONGO, il ne prenait que des dafalgans ». La partie requérante ajoute que « la gravité des pathologies du requérant est indéniable. Qu'il est hallucinant de constater que le médecin conseil de la partie adverse mentionne pourtant dans la décision litigieuse que 'Des lors, il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé 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'intéressé ne serait pas en état de voyager'. Que la partie adverse semble tout simplement ne pas prendre en compte l'ensemble des propos particulièrement alarmants des médecins qui disent que la pathologie dont souffre le requérant est très grave et avancée et que le traitement extrêmement lourd qu'il doit prendre est indispensable, sans quoi il décédera ». Elle en conclut que « la décision litigieuse viole les dispositions visées au moyen et

particulièrement les articles 1319,1320 et 1322 du Code civil en ce qu'ils consacrent le principe général de droit du respect de la foi due aux actes ».

Dans une ***deuxième branche***, intitulée « la disponibilité des soins au CONGO », la partie requérante considère que « le médecin conseil de la partie adverse estime, à partir de la base de données MedCOI, que les médicaments ainsi que des cardiologues sont disponibles au CONGO. Que ces informations sont exclusivement issues de la banque de données MedCOI de la partie adverse. Que le requérant n'a pas accès à ces informations et est donc bien en peine pour les examiner. Qu'il va de soi que le risque de subir un mauvais traitement doit s'apprécier par rapport à la situation du requérant dans l'hypothèse où il retournerait dans son pays d'origine ou de séjour », énonçant des considérations théoriques et jurisprudentielles concernant l'examen effectué dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle précise que « la partie adverse ne remet donc nullement en cause lesdites informations produites par le requérant puisqu'elle reprend elle-même l'ensemble des problèmes qui en ressortent. Qu'elle estime toutefois que ces éléments présentent un caractère général au CONGO mais ne vise pas personnellement la situation individuelle du requérant. Qu'elle énonce même que 'le conseil ne démontre pas que la situation individuelle de son client est comparable à la situation générale'. Que contrairement à ce que la partie adverse affirme, si la situation générale est déplorable, par définition chaque citoyen dont l'état de santé nécessite des soins médicaux réguliers et poussés subit et souffre de cette situation générale ». La partie requérante estime que « la partie adverse se contente alors de faire valoir des données dont le requérant n'a nullement accès et de souligner l'existence de mutuelles. Que de telles sources, encore bien plus générales, ne répondent en rien aux arguments avancés par le requérant. Que la décision litigieuse ne saurait être adéquatement motivée si elle ne répond pas aux arguments développés par le requérant. Que partant, elle viole les dispositions visées au moyen ». La partie requérante précise, quant à « l'accès aux banques de données MedCOI », que « la décision litigieuse se fonde exclusivement sur les banques de données MedCOI pour affirmer que les soins de santé sont disponibles au CONGO. Que le requérant n'a toutefois pas accès à ces banques de données. Que le défaut d'accès à la base de données MedCOI pose la question de la motivation de la décision litigieuse. Qu'en effet, une telle décision apparait comme étant inintelligible pour le requérant ». Elle rappelle l'obligation de motivation, énonce des considérations théoriques à cet égard et souligne que « la décision litigieuse s'en réfère à l'avis du médecin conseil de la partie adverse qui, en ce qu'il fait référence à des informations issues de la base de données MedCOI auxquels le requérant n'a pas accès, viole l'obligation de motivation formelle. Qu'il y a lieu d'examiner si la motivation de cette décision répond aux conditions légales prévues dans l'hypothèse d'une motivation par référence », considérant « qu'en l'espèce, à la lecture de la seule décision litigieuse, le requérant n'est pas en mesure de comprendre les motifs de ce refus de prolongation de son autorisation de séjour en ce qu'il n'a pas accès à des informations contredisant ouvertement les informations déposées par lui ».

La partie requérante énonce des considérations théoriques concernant la motivation par référence et précise « qu'en l'espèce, le requérant n'a pas accès aux documents soutenant l'avis du médecin conseil de la partie adverse. Que la décision de la partie adverse est d'autant moins compréhensible que le requérant a joint à sa demande des documents desquels on peut légitimement conclure que les soins et médecins spécialistes requis par son état de santé ne sont pas disponibles. Qu'en tout état de cause, le médecin conseil de la partie adverse ne pouvait dès lors affirmer que les soins requis par l'état de santé du requérant ainsi que les médecins spécialistes devant l'encadrer sont disponibles, pour lui, dans son pays d'origine », citant à l'appui de son propos l'arrêt du Conseil de céans n° 211 356 du 23 octobre 2018. Elle souligne que « le médecin conseil se contente de déclarer dans le cadre de son avis que les médicaments sont disponibles et le suivi également. Qu'il reproduit ce qui semble être des captures d'écran. Que les banques de données MedCOI datent pour la plupart de l'année 2023. Qu'il y a ensuite deux banques de données de février 2024 qui visent à illustrer que divers examens sont disponibles à la Clinique Universitaire de Kinshasa et que le requérant pourrait se fournir en médicaments à la 'New Clinics Pharmacy' ». La partie requérante souligne « qu'au-delà du fait que le requérant n'a aucun moyen de vérifier la provenance et la véracité de ces informations, ces captures d'écran ne nous renseigne nullement sur la disponibilité actuelle ou encore la quantité de médicaments disponibles alors que le requérant en a un besoin vital. Qu'il se pourrait tout à fait que le stock des médicaments en question soit très faible voire en rupture depuis lors. Que dès lors, la décision litigieuse ne peut en aucun cas être considérée comme adéquatement motivée et, partant, viole les dispositions visées au moyen ».

Dans ce qui peut s'apparenter à une ***troisième branche***, intitulée « l'accessibilité des soins », la partie requérante souligne que « le médecin conseil de la partie adverse argue dans un premier temps que le requérant ne déposerait, à l'appui de sa requête, que des documents à caractère général et qui ne le concernent pas personnellement directement. Qu'il se contente ensuite, en termes d'évaluation de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine, de réinsister sur la fiabilité des bases de données MedCOI et d'évoquer la mise en place du Programme National de Promotion des Mutuelles de santé en 2010. Qu'il développe en sus les bienfaits de cette Mutuelle, la présentant comme la solution à tous les problèmes, en citant des sources de 2013, 2016 et 2017 ». Elle précise, quant aux « rapports déposés par le requérant », que « le médecin conseil de la partie adverse reproche au requérant de se fonder sur des rapports décrivant

une situation générale desquels on ne peut tirer aucune conclusion », énonçant des considérations jurisprudentielles concernant l'utilisation de rapports dans l'examen de situation générales. La partie requérante considère « que le médecin conseil de la partie adverse ne peut dès lors reprocher au requérant de se fonder sur des rapports généraux et ce d'autant plus que ces rapports confirment le vécu du requérant. Qu'en outre, ces informations sont objectives et donc ont une crédibilité renforcée par rapport aux informations du médecin conseil de la partie adverse. Que la partie adverse ne tient pas non plus compte du fait que le requérant est actuellement toujours en procédure d'asile. Qu'il ne pourra dès lors, en aucun cas, bénéficier de la protection et de l'aide de ses autorités nationales ». Elle en conclut que « dès lors, en ce que le médecin conseil de la partie adverse affirme que les soins de santé que requiert la pathologie du requérant sont accessibles, pour lui, au CONGO et qu'il ne peut dès lors se voir octroyer une autorisation de séjour, il est manifeste que la décision litigieuse viole les dispositions visées au moyen ».

Sur les « sources du médecin conseil », la partie requérante précise que « le médecin conseil de la partie adverse renvoie à des sources datant de 2013, 2016, 2017 et de 2020, soit il y a au minimum plus de 4 ans. Qu'il convient de souligner qu'une seule source date de 2020, la majorité des sources datent de 2013 à 2017 ». Elle souligne que « ces sources apparaissent manifestement obsolètes, sentiment renforcé à la lectures des sources évoquées par le requérant, en termes de requête, qui sont, elles, bien plus récentes. Qu'en outre, selon le médecin conseil, grâce au Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé initié en 2010, de plus en plus de Congolais ont adhérés aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts élevés des soins. Que comme la partie adverse le dit elle-même dans sa décision, il est évident que les citoyens doivent cotiser mensuellement afin de pouvoir bénéficier d'une telle mutuelle. Que la partie adverse n'est pas sans savoir que le requérant était au chômage depuis le 31 décembre 2021 et n'avait donc plus de revenus lui permettant de payer ces cotisations. Qu'avant cela, c'est l'employeur du requérant, à savoir Handicap International, qui a pris en charge ses frais d'hospitalisation au sein de l'hôpital CMK dont la facture s'élevait à plusieurs milliers de dollars ». Elle considère « qu'une fois son contrat ayant pris fin, il ne lui était pas possible d'assumer de tels frais ou des cotisations mensuelles alors même qu'il bénéficiait d'un très faible revenu du chômage. Qu'en outre, bien que des mutuelles existent au CONGO, celles-ci ne prennent évidemment pas en charge l'ensemble des frais liés aux soins ou interventions qu'un patient peut être amené à subir. Que la partie adverse ne démontre d'ailleurs nullement que les mutualités en question, et notamment la MUSQUAP qui est mise en avant, prennent en charge les soins en cardiologie et en réadaptation alors que ceux-ci sont, à la base, très coûteux mais en sus, s'étalent sur un très grand laps de temps ».

La partie requérante estime « qu'elle ne précise pas non plus à quelles conditions le requérant pourrait s'affilier à de telles mutuelles et à quels frais il pourrait être couvert. Qu'en réalité, le médecin conseil de la partie adverse n'a aucune garantie que les soins de santé seront accessibles au requérant et que celui-ci pourra véritablement bénéficier d'une mutuelle prenant en charge les nombreux soins et médicaments dont il a cruellement besoin », citant à l'appui de son propos l'arrêt du Conseil de céans n° 299 691 du 9 janvier 2024. Elle rappelle que « la pathologie dont souffre le requérant le contraint à prendre un grand nombre de médicaments bien spécifiques à savoir du : Ramipril ; Bisoprolol ; Spironolactone ; Jardiance ; Lasix ; L Thyroxine ; Zyloric » et que « dans le cadre de sa demande, le requérant avait souligné que son médecin insistait également sur le fait qu'en raison de sa situation en termes de séjour, il ne pouvait bénéficier des traitements les plus adaptés qui lui sont pourtant indispensables. Que cela signifie que le requérant devrait normalement bénéficier d'une série d'autres médicaments spécifiques mais malheureusement trop coûteux ». La partie requérante souligne que « le médecin conseil de la partie adverse ne peut donc affirmer purement et simplement que le requérant pourrait retourner au CONGO et bénéficier d'une mutualité permettant de prendre en charge les nombreux soins de santé dont il doit pouvoir disposer alors même qu'il n'en apporte aucunement la preuve ».

Quant aux « sources du requérant », la partie requérante précise que « le médecin conseil de la partie adverse estime que les éléments invoqués par le requérant, bien que nullement remis en cause sur leur véracité et les problèmes qu'ils font ressortir, présentent un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant. Que pourtant, si le requérant dépose une série de sources à l'appui de sa demande, c'est précisément parce qu'il se sent directement concerné par les problématiques dont celles-ci font état. Que ces sources ne sont d'ailleurs certainement pas moins pertinentes que les informations générales sur lesquelles le médecin conseil de la partie adverse s'appuie, et dont pour la plupart le requérant n'a même pas accès, pour déclarer que les soins sont accessibles et disponibles au CONGO. Que par conséquent, le requérant a bel et bien relié son cas à la situation générale que connaît le CONGO ». Elle précise, s'agissant du « travail du requérant », que « l'argumentation de la partie adverse quant au fait que le requérant puisse travailler pour payer ses médicaments et frais médicaux, outre qu'elle démontre que la partie adverse elle-même ne croit pas à la gratuité des soins, apparait fantaisiste. Qu'il en va de même en ce qui concerne le fait que le requérant pourrait recourir à une solidarité familiale. Que le requérant renvoie, concernant sa maladie, à ce qui a été exposé aux branches 1 et 2 du présent recours. Que la décision litigieuse apparait manifestement contraire aux dispositions visées au moyens. Qu'il n'est nullement tenu compte de sa situation médicale ». La partie requérante en conclut « que compte tenu de tout ce qui précède, la décision litigieuse viole les dispositions visées au moyen ».

3. Discussion

3.1.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

> « 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, […] ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (voir CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, nos 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci 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. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 25 mars 2024, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de

la demande d'autorisation de séjour introduite le 6 décembre 2022, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre de

> « Décompensation cardiaque aiguë, contexte d'une insuffisance cardiaque à FEVG 10%
> -ETT montrant une dilatation biventriculaire sévère avec dysfonction systolique sévère associée
> Insuffisance tricuspide sévère secondaire probable-NT-proBNP 4027 ng/L.
> Mono-arthrite goutteuse du genou droit
> Hépatopathie cardiaque supposée
> Insuffisance rénale aiguë récupérée dans un contexte d'une décompensation cardiaque aiguë
> Épanchement péricardique et péri-hépatite, contexte d'une insuffisance cardiaque et hépatopathie cardiaque probable
> Éosinophilie légère
> Anémie microcytaire arégénérative, carence en fer possible
> Hypothyroïdie subclinique
> Hypertension artérielle »

et que le traitement de ce dernier se compose de

> « Spironolactone
> Ramipril
> Bisoprolol
> Jardiance (Empagliflozine)
> Allopurinol (zyloric)
> Lasix (furosémide)
> Dafalgan (paracétamol)
> L-thyroxine (Lévothyroxine)
> Forxiga (dapagliflozine)
> Entresto (sacubitril + valsatran).
>
> Suivi en cardiologie, ECG, échographie, épreuve d'effort cardiopulmonaire, Holter ECG, coronarographie, résonnance magnétique cardiaque, biologie clinique, revalidation cardiaque. Suivi régulier en endocrinologie, gastro-entérologie, médecine interne. »

3.2.1. *Quant aux critiques à l'égard de la base de données Med-COI*, le Conseil observe que la partie requérante précise que la décision entreprise est motivée par double référence à l'avis du médecin-conseil et à la base de données MedCOI à laquelle l'avis se réfère lui-même, soulignant que cette base de données n'est pas publiquement accessible.

A cet égard, 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) (le Conseil souligne).

3.2.2. En l'occurrence, le Conseil constate que les trois conditions ci-avant évoquées sont remplies. En effet, le Conseil relève que le rapport du médecin-conseil du 25 mars 2024, joint à l'acte attaqué et communiqué à la partie requérante, se fonde en substance sur des informations provenant de la banque de données Med-COI, qui se présentent sous la forme de colonnes où d'un côté le traitement ou le suivi sont expressément désignés et de l'autre, la disponibilité ou non de ceux-ci. Le Conseil constate dès lors que si la banque de données Med-COI n'est pas ouverte au public, le médecin-conseil a, en l'espèce, résumé la conclusion de chaque requête et reproduit les tableaux qu'il estimait pertinents, de sorte que les critiques de la partie requérante ne peuvent être retenues.

Le Conseil constate ainsi que les conclusions du médecin-conseil de la partie défenderesse, sur lesquelles se fonde la décision entreprise, ne sont pas utilement contestées par la partie requérante, qui se borne principalement à prendre le contrepied desdites conclusions.

3.2.3. *Quant au fait que le requérant n'était soigné que par la prise de Dafalgan au pays d'origine*, le Conseil relève que cette affirmation semble contredite par la lettre de consultation jointe au certificat médical produit à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, laquelle précise que depuis 2018 le requérant prend les médicaments suivants : « aspirine junior, bisoprolol, tritace, aldactone et lasix ».

3.2.4. *Quant à une éventuelle rupture de stock*, la partie requérante précisant dans sa requête « qu'il se pourrait tout à fait que le stock des médicaments en question soit très faible voire en rupture depuis lors », le Conseil constate qu'il s'agit d'affirmations hypothétiques qui ne sont pas argumentées, ni étayées par des documents probants, en sorte qu'elles ne sauraient emporter l'annulation de la décision attaquée.

Surabondamment, le Conseil souligne que les requêtes MedCoi consultées pour conclure à la disponibilité des traitements nécessaires au requérant sont datées entre mai 2019 et février 2024, soit pour la plus récente, deux mois avant la prise de la décision attaquée, de sorte que l'actualité de la disponibilité, et partant l'absence de rupture de stock pour les substances médicamenteuses prises par le requérant, semble assurée.

3.3. *S'agissant de l'accessibilité du traitement au Congo*, le Conseil observe que le médecin-conseil relève dans son rapport que

> « Le conseil du requérant affirme que les soins nécessaires à son client sont inaccessibles dans son pays d'origine. A cet effet, il cite des extraits de textes d'articles/rapports repris dans l'inventaire des pièces citées de la demande, de la pièce n° 5 à la pièce n° 8.
>
> À la lecture de ces rapports, ceux-ci dénoncent de manières générales des problèmes liés : l'indisponibilité des soins à tous les échelons des soins de santé ; le faible budget octroyé à la santé ; la déliquescence des infrastructures de santé ; la perte de personnel actif dans le secteur de la santé ; le manque de moyen pour le renouvellement de stocks des médicaments ; la vétusté des installations sanitaires ; le manque de médicaments ; la pénurie croissante des médicaments ; la crise économique et le droit à la santé compromis ; la mauvaise gestion du secteur de la santé et les manquements dans la concrétisation de la gratuité des soins ; le coût des soins de santé ; la situation dramatique en RDC ; le manque d'accès aux services de santé ; l'impossibilité de prévoir la gratuité des soins ; l'absence de soins pour la majorité de la population ; la médiocre prise en charge des patients aussi bien dans le secteur public que privé ; la sévère répression contre ceux qui remettent en cause l'efficacité du système de santé.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n° 23.040 du 16/02/2009). En l'espèce le conseil ne démontre pas que la situation individuelle de son client est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n° 23.771 du 26/02/2009). Lorsque le requérant invoque une situation générale, cela doit être corroboré par d'autres éléments de preuve reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE 248242 du 27/01/2021). Or, dans le cas présent, il n'apporte aucun élément de nature à démontrer qu'il serait personnellement concerné par cette situation générale en RDC. Rappelons que la disponibilité de l'ensemble des soins et médicaments nécessaires au requérant a été démontrée par des sources récentes et fiables (base de données MedCOI). En ce qui concerne le manque de personnel médical en général, ajoutons que la disponibilité du traitement nécessaire a été démontrée et que l'intéressé reste en défaut de démontrer qu'il n'aurait pas accès à un traitement chez l'un des médecins disponibles (Arrêt CCE n° 243882 du 10.11.2020). Rappelons que les résultats dans la base de données MedCOI garantissent une présence suffisante et ne sont pas exhaustifs. Aussi, à propos de la pénurie des médicaments relevée par le requérant, remarquons que les médicaments en question ne sont pas précisés et qu'il n'est dès lors pas démontré que le traitement du requérant serait concerné par cette problématique.

Un Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé a été initié en mai 2010 en RD Congo. Les mutuelles de santé, qui ont permis d'améliorer sensiblement l'accès aux soins pour les populations les plus pauvres, se sont également constituées sur une grande étendue de la RD Congo grâce à la mise en place des structures d'accompagnement de proximité en province. Suite à ce Programme National pour la promotion des mutuelles de santé de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisations sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90 % des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts.

Afin de mieux réglementer le système de mutuelles, la loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité » a été promulguée le 9 février 2017. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. Il prévoit la prise en charge des soins médicaux par la méthode du tiers payant ou par l'assurance directe dans les établissements de soins des mutuelles. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

Si l'intéressé est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, il peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale. Le réseau du BDOM assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants à Kinshasa, ce qui représente un cinquième de la population kinoise. Il couvre, approximativement, 25 % des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa.

Si le conseil du requérant met en avant le coût élevé de soins pour son client, l'intéressé ne précise cependant pas en quoi il ne disposerait pas de ressources suffisantes pour payer directement les soins et le suivi qui lui sont nécessaires (CCE 226665 du 26/09/2019). Aucune contre-indication formelle au travail n'a été formulée par le médecin du requérant qui, de son côté, ne démontre pas qu'il ne pourrait pas avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine ou de séjour afin de bénéficier de revenus professionnels lui permettant de payer les soins médicaux éventuellement non pris en charge, et ce d'autant plus qu'il y travaillait jusqu'en janvier 2022 pour une organisation internationale. Ne transmettant pas tous les renseignements utiles, ni ne fournissant d'éléments sur sa situation sociale et familiale, l'intéressé ne fait pas valoir l'absence de soutien ou autre (CCE n° 271315 du 15/04/2022). L'intéressé ne démontre ainsi pas qu'il serait esseulé en RD Congo ni qu'il ne pourrait pas compter sur la solidarité familiale une fois sur place ou s'appuyer sur des proches à son retour alors qu'il y a vécu de nombreuses années avant son arrivée en Belgique et y a vraisemblablement tissé des liens sociaux et familiaux. A titre d'information, notons que le rapport d'intervention du service de cardiologie du CHU Saint Pierre, fourni par le conseil du requérant, précise que celui-ci « vit à Kinshasa avec son épouse et ses enfants ».

Bien que l'article 9ter prévoit que « l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne », nous constatons que l'intéressé n'apporte aucun élément permettant d'appuyer ses déclarations selon lesquelles il n'aurait pas accès aux soins et traitements en RDC, ni aux plans et programmes de santé développés par le gouvernement de son pays d'origine. Or, comme démontré ci-dessus par des sources récentes et fiables (base de données MedCOI), les soins nécessaires sont disponibles dans le pays d'origine.

Soulignons que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). Aussi, en ce qui concerne la situation générale du système santé RDC, décrite dans la demande, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique, mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n° 123 989 du 15/05/2014). Aussi, ajoutons que l'existence d'un traitement adéquat s'apprécie dans le pays d'origine ou de séjour du demandeur et non pas exclusivement dans la région où celui-ci désire s'établir (CCE n° 248242 du 27/01/2021) : le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n° 61464 du 16/05/2011).

Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical en République Démocratique du Congo. Le fait que la situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume Unis du 06 février 2001, §38). »

En termes de requête, la partie requérante soutient que les sources utilisées par le médecin-conseil sont anciennes et qu'il ne démontre pas que les soins requis par l'état de santé du requérant seraient pris en charge par les mutuelles citées, soulignant le cout élevé de ceux-ci. A cet égard, le Conseil relève que la partie requérante tente de renverser la charge de la preuve et reste en réalité en défaut de démontrer en quoi le requérant serait exclu desdites mutuelles ou ne saurait prendre en charge les frais liés à ses soins par l'exercice d'un emploi ou grâce à l'aide de sa famille au pays d'origine, la partie requérante ne contestant pas l'affirmation selon laquelle – à tout le moins – l'épouse et les enfants du requérant vivent au pays d'origine.

3.4. *S'agissant du fait que le requérant a introduit une demande de protection internationale*, le Conseil n'aperçoit pas quel est l'intérêt de la partie requérante à son argumentation, dès lors que la décision attaquée n'est pas assortie d'une décision d'éloignement.

3.5. *Quant aux arrêts du Conseil de céans n° 211 356 du 23 octobre 2018 et n° 299 691 du 9 janvier 2024*, le Conseil précise que la partie requérante ne démontre pas en quoi les situations décrites et son cas sont comparables. Or, il incombe à la partie requérante qui entend s'appuyer sur une situation qu'elle prétend comparable, d'établir la comparabilité de la situation avec la sienne. Dès lors, il ne suffit pas de mentionner la référence d'un arrêt encore faut-il démontrer la comparabilité de la situation individuelle à la situation invoquée, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce.

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

4. Débats succincts

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. 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 dix-sept septembre deux mille vingt-six par :

J.-C. WERENNE,	président f.f., juge au contentieux des étrangers,
A. KESTEMONT,	greffière.

La greffière,	Le président,
A. KESTEMONT	J.-C. WERENNE