



## Arrêt

**n°187 041 du 19 mai 2017  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au X**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la  
Simplification administrative**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 25 novembre 2016, par X, qui déclare être de nationalité congolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 6 octobre 2016 et notifiée le 26 octobre 2016, ainsi que de l'ordre de quitter le territoire, pris et notifié les mêmes jours.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « la Loi ».

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 29 novembre 2016 avec la référence X

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 9 février 2017 convoquant les parties à l'audience du 14 mars 2017.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P. BURNET, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me A. DETOURNAY loco Me E. DERRIKS, qui comparait pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1. La requérante déclare être arrivée en Belgique en 2007, munie d'un passeport revêtu d'un visa touristique.

1.2. Elle a ensuite introduit une demande de regroupement familial en qualité d'ascendante de sa fille belge, des demandes fondées sur l'article 9 *ter* de la Loi et une demande sur la base de l'article 9 *bis* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 15 octobre 2015, elle a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 22 décembre 2015.

1.4. Le 4 octobre 2016, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. Le 6 octobre 2016, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision rejetant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

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

*La requérante invoque à l'appui de sa demande de régularisation de plus de trois mois, des problèmes de santé pour lesquels des soins médicaux seraient nécessaires en Belgique.*

*Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 04.10.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine la Congo (Rép. dém.)*

Dès lors,

- 1) *il n'apparaît pas 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) *il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne*
- 3)

*Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».*

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à son encontre un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION :**

*L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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 : La requérante n'est pas en possession d'un passeport muni d'un Visa valable ».*

## **2. Exposé du moyen d'annulation**

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation «

- *Des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.*
- *Des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.*
- *Du principe de motivation interne.*
- *De l'erreur manifeste d'appréciation.*
- *Du devoir de prudence et du devoir de minutie en tant que composante du principe de bonne administration».*

2.2. Dans une première branche, elle rappelle en substance la portée de l'obligation de motivation qui incombe à la partie défenderesse et du devoir de minutie. Elle constate que la partie défenderesse a rejeté la demande en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 4 octobre 2016. Elle reproche à cet avis d'être stéréotypé et de ne pas être neutre et impartial. Elle souligne qu' « *un certificat médical est censé contenir des considérations médicales ... et non juridiques, d'autant qu'il convient de s'interroger sur les qualités de juriste d'un médecin autant que sur les qualités de médecin d'un juriste ... Que par ailleurs, l'argumentation juridique ( référence aux arrêts du CCE, à l'article 3 CEDH, ...), supposée rédigée par un médecin conseil, est une argumentation à charge n'ayant rien à faire dans un document*

médical. Qu'au vu de la rédaction, il convient également de s'interroger sur le ou les rédacteurs d'un tel avis et dans l'hypothèse d'une pluralité de rédacteurs sur la qualité de chacun d'entre eux... Qu'en effet, seul un médecin peut remplir un certificat médical et personne d'autre. Qu'une telle donnée a été confirmée par d'innombrables arrêts du conseil du Contentieux des Etrangers ». Elle soutient « Que ces deux remarques préliminaires, le caractère stéréotypé du certificat, la partialité du certificat lié aux considérations juridiques y contenues et l'indétermination de leur auteur, posent de sérieux problèmes quant à la légalité du certificat médical lui-même ». Elle conclut que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation et a violé l'article 9 ter de la Loi en ce que l'avis « est manifestement mal motivé et rédigé, à tout le moins, partiellement par un auteur n'ayant pas la qualité de médecin ». Elle ajoute « Que l'absence de validité du certificat médical produit engendre la nullité de la décision prise ».

2.3. Dans une seconde branche, elle rappelle en substance la portée de l'obligation de motivation qui incombe à la partie défenderesse et du devoir de minutie. Elle constate que la partie défenderesse a rejeté la demande en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 4 octobre 2016. Elle observe « Que le volet principal de l'avis médical réside dans l'appréciation de la question de l'accessibilité des soins de santé nécessaires en République Démocratique du Congo ». Elle expose que « Considérant que le premier élément soulevé par le médecin conseil dans son rapport est le fait que « la RDC développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale ». Que ce faisant, le médecin conseil fait état d'une affirmation sans autre information que le renvoi à un lien internet. Qu'il convient, néanmoins, d'indiquer que l'ordonnance auquel il est renvoyé en note en bas de page 3 n'est nullement une ordonnance d'organisation et/ou de création des mutuelles mais une ordonnance présidentielle d'attribution des compétences ministérielles. Que, par conséquent, cela n'apporte aucune information pertinente à la présente cause et ne permet nullement d'établir l'accessibilité des soins de santé. Qu'une telle référence est donc non pertinente, erronée (sic) et ne permet en rien de juger de l'accessibilité des soins de santé en République démocratique du Congo. [...] Considérant, ensuite, que le second élément destiné à établir l'existence d'une accessibilité des soins de santé est réalisé par un renvoi au Plan national de développement sanitaire 2011-2015. Qu'il convient de relever, à titre liminaire, qu'il s'agit d'un plan rédigé en mars 2010 dont les conclusions et résultats ne sont pas disponibles. Que, par conséquent, s'il a le mérite d'exister pour la population congolaise, il ne peut, aujourd'hui, être affirmé que les objectifs y contenus ont été rencontrés. Qu'en effet les constats de départ dudit rapport, à savoir : • Indice de pauvreté très élevé (71,3 %) • Point 29: (...) Il résulte de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population de sorte que des réformes vigoureuses sont à entreprendre dans le secteur économique pour permettre la réduction de la pauvreté. Dans ces conditions, les besoins de financement massif des secteurs sociaux comme la santé contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées et/ou mobilisables par l'Etat. • Point 263 : La constitution de la RDC dans son article 47 stipule que la santé est un droit pour tout congolais. Il n'est donc pas acceptable que 3/4 de la population congolaise soit exclue des services de santé formel quelles qu'en soient les raisons. Les raisons géographiques (faible couverture des services de qualité) et financières sont parmi les plus importantes. L'amélioration de la couverture des services ne suffira pas à elle seule pour augmenter l'accès des populations à ces derniers Sont inquiétants. Qu'en effet, il apparaît particulier de constater qu'un avis médical de la partie adverse se fonde, pour établir l'accessibilité des soins de santé nécessaire à la requérante, sur un rapport qui dit que 3/4 de la population est exclue des services de santé formel pour motifs géographiques ou financiers. Que cet élément est repris dans un rapport ultérieur de 2011 disponible sur le site [www.vluchtelingenwerk.be](http://www.vluchtelingenwerk.be) Qu'en effet, le rapport établi en date du 05.09.2011, soit ultérieurement au début du Plan précité, débute par les propos suivants : « L'accès aux services de santé est libre pourvu que l'intéressé (le patient) dispose des moyens financiers pour se faire soigner. En effet, en République Démocratique du Congo, le malade prend tout en charge à l'hôpital pour son propre intérêt en commençant par la fiche de consultation qui varie de prix selon l'hôpital ou le centre de santé. Il existe des hôpitaux où seule la consultation coûte USD 10 avant que n'interviennent les frais d'examen demandés selon le cas, et aussi, les frais d'achat des médicaments. »<sup>1</sup> Que le rapport référencé ajoute que : « Les soins de santé coûtent cher en République Démocratique du Congo. En effet, en dehors des frais administratifs et des actes des médecins à payer, le malade ou sa famille prend également en charge les coûts des médicaments dont il est difficile d'estimer le montant. Le malade reçoit les ordonnances et est libre de se procurer les produits pharmaceutiques où il veut. Il faut noter que si un malade n'a pas pu obtenir les produits nécessaires pour une intervention chirurgicale par exemple, le médecin malgré sa bonne foi ne peut rien faire. Tout malade doit se procurer lui-même les intrants et les médicaments » Qu'ensuite, il convient de se référer aux objectifs visés par le plan. Qu'en page 68 du référencé en note 6 du certificat établi par le médecin conseil, 10 cibles ont été réalisées (en vue de 2015). Sur ces 10 cibles seule une pourrait concerner le requérant à savoir la cible 7 qui vise à augmenter de 30% la population ayant accès aux soins de santé primaire. Que 30% de population en

plus indique que la couverture sera donc encore loin d'être assurée pour près de la moitié de la population congolaise... Qu'il convient également de s'intéresser à ce qui est défini par « soins de santé primaire ». Que le rapport définit en son point 254 ce qu'il faut entendre par soins de santé primaire, à savoir : « Les composantes des soins de santé primaires sont : l'éducation pour la santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires, l'approvisionnement en eau saine, les mesures d'hygiène et assainissement, la protection maternelle et infantile, la vaccination, la prévention des grandes endémies, le traitement des maladies et lésions courantes et les fournitures de médicaments. Les soins et services relatifs à toutes ces composantes s'offrent à travers le Paquet Minimum d'Activités (PMA) au CS et le Paquet Complémentaire d'Activités au niveau de l'HGR. » Que ces éléments ne concernent pas le requérant et sa pathologie. Qu'il convient donc d'écarter cette source comme fiable, les éléments contenus dans le rapport faisant état de l'absence de couverture, d'objectifs qui ne sont pas en lien avec le requérant (sic) et insuffisants pour offrir une garantie de traitement conforme à la pathologie du requérant. Que la référence à ce rapport pour justifier de l'accessibilité des soins de santé pour le requérant en cas de retour n'est donc pas pertinente. [...] Considérant qu'en second lieu, le médecin conseil de la partie adverse fait état d'un système de mutuelle de santé sous la tutelle du ministère de la santé. Qu'il convient donc de s'intéresser aux nouvelles sources citées par le médecin conseil. [...] Considérant qu'en premier lieu, la partie adverse cite SOLIDARCO pour exemple. Qu'il convient d'indiquer que SOLIDARCO n'est pas ouverte aux congolais mais à la diaspora congolaise. Que le site référence ceci : « L'origine de cette initiative remonte à l'année 2008 lorsqu'un homme politique, André FLAHAUT, Président de la Mutualité Socialiste du Brabant Wallon, a été contacté par des membres de la diaspora congolaise qui recevaient, de la part des proches restés au pays, des demandes incessantes de financement de leurs soins de santé. C'est alors qu'a germé l'idée de la mise en place d'une mutuelle de santé prise en charge financièrement par la diaspora pour l'accès aux soins de santé des familles en République Démocratique du Congo. » Qu'en effet, il s'agit d'une mutuelle où les personnes installées en Belgique, dans l'Union européenne ou en Suisse contractent une mutuelle pour couvrir 7 membres de leur famille restés en République démocratique du Congo<sup>2</sup>. Qu'une telle mutuelle n'est donc pas applicable au requérant en ce qu'il ne pourrait pas la contracter depuis la République démocratique du Congo et qu'il ne dispose pas de famille en Belgique susceptible de contracter pour lui... Qu'à nouveau, le médecin conseil fait état d'un organisme sans le connaître, sans avoir opéré les vérifications préalables, avec une négligence qui en devient fautive. [...] Considérant ensuite que le médecin conseil fait état, de manière générique, de mutuelles permettant au plus grand nombre d'avoir un accès aux soins de santé. Qu'à titre liminaire, il est piquant de constater que là où, les médecins conseil, affirmaient (sic) avec force et conviction l'efficacité de mutuelles telle la MUSU ou la MUSECKIN dans de nombreuses décisions relatives à la RD Congo, ces références ont, aujourd'hui, disparues. Qu'il convient, avant tout de s'intéresser à la note en bas de page 5 du rapport médical qui renvoie vers un simple lien internet d'un journal congolais<sup>3</sup>. Que si le ministre semble déclarer qu'il est heureux, il convient tout d'abord de remarquer plusieurs choses : 1. Aucune donnée technique (Système d'adhésion, coût, période d'attente, couverture ...) n'est mentionnée. 2. L'extrait est très parcellaire en ce qu'il est notamment indiqué que : a. A la fin de février, une source au ministère provincial de la Santé indiquait qu'un peu plus d'un million de personnes ont déjà adhéré aux mutuelles de santé au Katanga sur une population estimée à plus de neuf millions d'habitants. Ces adhérents sont membres de 16 mutuelles de santé reconnues par le ministère. Qu'il convient donc de s'interroger légitimement sur les motifs de l'adhésion d'à peine 11% de la population à une telle mutuelle. Que la Région de Kinshasa compte plus de 12 millions d'habitants et qu'il est donc interpellant de constater que pour cette région l'article indique « Dans la région de Kinshasa, ils sont plus de 1,2 millions adhérents dans 14 mutuelles », à peine 10% ... Qu'enfin tant cet article que l'avis médical rédigé par le médecin conseil fait référence au bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM). Qu'il convient de s'y intéresser. [...] Considérant que la partie adverse fait référence à « BDOM » ou aux organisations internationales par le biais de référence en bas de page. Qu'il est drôle de constater que, pour une ville de 12 millions d'habitants, il soit indiqué : « Chaque mois le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles 50.000 dollars pour environ 20.000 bénéficiaires (...)» 20.000 bénéficiaires sur 12 millions d'habitants ... Qu'un rapport d'avril 2007 relatif à la MUSECKIN qui collabore avec BDOM afin d'essayer d'assurer des soins de santé à prix moins élevé, est éloquent en ce qu'il met en perspective la question de la cotisation et de sa hauteur en ce qu'il indique en page 2 : « Les cotisations de la MUSECKIN sont différentes pour les membres et pour les personnes à leur charge. Elles sont de 3 \$ par mois pour l'adhérent et de 2,8 \$ par mois pour chacune de ses personnes à charge. L'adhésion est volontaire et chaque membre peut inscrire le nombre de personnes à charge qu'il souhaite. En moyenne la taille de ménages inscrite dans la mutuelle est de 3,4 personnes tandis que la taille moyenne des familles à Kinshasa est de 6 à 7 personnes. Ce sont les montants élevés de la cotisation qui constituent actuellement la principale barrière à l'adhésion à cette mutuelle pour la majorité des familles des enseignants qui constituent son public cible. » Que le même rapport ajoute en page 8 : « Ces niveaux de cotisation, que l'on peut

qualifier de très élevés au regard des niveaux des revenus des enseignants, constituent le principal frein à l'adhésion et à l'extension de la couverture maladie (telle qu'elle est offerte par la MUSECKIN) dans le corps enseignant. C'est également ce montant élevé de la cotisation qui explique que les membres actuels inscrivent en moyenne seulement la moitié des membres de leur famille (3,4 personnes en moyenne par famille pour la MUSECKIN pour une taille moyenne de famille de 6,7 à Kinshasa). De manière plus générale, une exigence forfaitaire mensuelle de 2,5\$ par bénéficiaire constitue un frein important au développement des mutuelles dans la ville de Kinshasa. Seules une frange très limitée de la population (plus aisée en termes de revenu) pourrait en effet y adhérer» Qu'il découle donc du rapport connu par la partie adverse et cité dans de très nombreuses décisions relatives à la RD Congo que la cotisation demandée par la MUSECKIN, identique en terme de hauteur à celle de la MUSU par ailleurs, ne permet qu'à une frange limitée et aisée de se soigner. Qu'il aurait été souhaitable que ce rapport soit déposé par la partie adverse puisqu'elle en dispose. Qu'il aurait été également souhaitable que ces considérations, découlant de rapports en possession de la partie adverse elle-même, se retrouvent dans le rapport du médecin conseil afin qu'une information « objective » puisse être fournie, quod non. Qu'enfin, ce même rapport, indique que par exemple BDOM ne peut couvrir que 20 à 25 % des soins de santé primaires dans la capitale... Que l'on évoque donc nullement les soins de santé dont la requérante a besoin. [...] Considérant, enfin que la référence n° 6 citée par le médecin conseil est relative à un rapport intitulé « République démocratique du Congo (RDC) : information sur le traitement réservé aux personnes ayant des troubles de santé mentale; protection et services offerts par l'État » Que la requérante ne souffre d'aucun problème de santé mentale ... que ce rapport ne lui est donc pas applicable Qu'en toute hypothèse, ce rapport indique la chose suivante : Quant aux frais d'hospitalisation, ils s'élèveraient à 300 dollars américains au CNPP; le chef du service de neurologie vasculaire du CNPP n'a toutefois pas précisé pour quelle durée ces frais d'hospitalisation sont exigés (ibid.). Parmi les sources qu'elle a consultées, la Direction des recherches n'a pas trouvé d'autre information sur le coût des soins pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale. Par contre, le rapport de l'OSAR a fourni l'explication suivante au sujet du coût des soins offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux : Les médicaments courants en Europe occidentale pour le traitement des souffrances psychiques sont presque introuvables et hors de prix en RDC. Étant 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 (6 oct. 2011, sect. 6.3). Également, le ministre de la Santé publique de la RDC aurait affirmé en 2001 que les « médicaments psychotropes [ ] sont hors de la portée de la plupart des patients en raison de leur coût trop élevé » (Nations Unies 2001, 137). Qu'il est intéressant de lire que le Ministre déclare qu'un tel coût est hors de portée de la plupart en raison de leur coût élevé mais que le médecin conseil considère que l'accessibilité est garantie ... Qu'à nouveau, cela démontre l'absence totale et scandaleuse de sérieux dans la rédaction de l'avis médical. Qu'il en résulte que les soins nécessaires à la requérante ne seraient pas couverts. Qu'au surplus, la requérante entend rappeler également que des inquiétudes importantes sont émises quant à la possibilité effective de se soigner d'autant que les considérations reprises au certificat médical sont des plus générales et des plus évasives. Qu'il apparaît, manifeste que ces risques en cas d'arrêt de traitement portent atteinte à la dignité humaine et sont constitutifs d'un risque de traitement inhumain et dégradant voire de risque vital. Qu'il serait donc demandé à une personne devant poursuivre un traitement sous peine de risques sérieux d'invalidités aggravée de retourner dans son pays d'origine sans nulle garantie de soins. ... [...] ». Elle rappelle la portée de l'obligation de motivation qui incombe à la partie défenderesse et elle avance « Que • L'inadéquation du plan cité avec les besoins médicaux de la requérante (sic) • L'absence de pertinence d'une ordonnance d'attribution de compétence sur la solution du cas présent. • Les considérations générales non étayées • Les références hors propos • La hauteur des cotisations et le frein qu'elles constituent à une couverture de soins de santé. • Le seul fait d'envisager les soins de santé primaire dont la définition ne recouvre pas les soins de santé nécessaires à la requérante. Que l'ensemble de ces éléments, et bien d'autres, prouvent que la partie adverse n'a pas réalisé un travail minutieux, casuistique et que ce travail d'analyse ne saurait donc être considéré comme adéquat. Qu'au contraire, par de tels manquements, dans un contexte médical où les implications sur la vie et/ou l'intégrité physique de la demanderesse sont importantes, l'Office des étrangers commet une faute lourde en ne vérifiant, voire en ne lisant pas, pas les documents qu'elle référence elle-même. Qu'il en résulte un défaut de minute évident et comme en l'espèce, des erreurs manifestes d'appréciation quant à la situation médicale de la requérante et quant au système de soins de santé en RD Congo. Qu'il aurait été du devoir de l'Office des étrangers de réaliser un travail important et minutieux..., quod non ». Elle conclut « Que l'erreur manifeste quant à l'état de santé de la requérante, que l'absence de données chiffrées quant au coût de l'assurance soins de santé référencée, que l'absence de données quant aux couvertures, stages d'attente de cette mutuelle, que l'absence de concordance entre les assurances/mutuelles énoncées et la situation médicale de la requérante,

démontrent une absence de minutie dans le chef de l'administration dans le cadre de l'examen de la demande » et « Que ces absences répétées sont marquées par un manque de minutie et engendrent une motivation formelle totalement erronée en fait, témoignage d'une erreur manifeste d'appréciation, et contraire aux articles 9 ter et 62 de la [Loi] et également contraire aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 ».

### 3. Discussion

3.1. Sur la deuxième branche du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1<sup>er</sup>, de la Loi, « 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 ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 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 ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la Loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter suscitée, 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

3.2. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 4 octobre 2016 du médecin conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière se réfère en termes de motivation, que celui-ci a conclu à l'accessibilité des soins et du suivi requis de la requérante au pays d'origine pour les raisons qui suivent : « Le conseil de madame [M.K.] évoque que les soins indispensables à sa cliente ne sont pas accessibles dans son pays d'origine, la RDC. Cependant, il n'étaye ses argumentations avec aucun élément de preuve. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Concernant l'accessibilité des soins, la RDC développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociales<sup>3</sup>. Il existe aussi le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015(PNDS 2011.2015) qui constitue le plan de mise en oeuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Le PNDS et SRSS sont les déclencheurs pour le Gouvernement du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres<sup>4</sup>. On y trouve également une Stratégie Nationale de Protection Sociale des Groupes Vulnérables (SNPS-GV). L'objectif global de cette stratégie consiste à garantir les droits fondamentaux et l'accès des personnes et groupes vulnérables aux services sociaux de base de qualité. Depuis le lancement par le ministère de la Santé, en septembre 2012, du programme national pour la promotion des mutuelles de santé, beaucoup d'organisations mutualistes, telles SOLIDARCO (solidarité Belgique-Congo), MNK (mutualité neutre de Kinshasa)) ont vu le jour en RDC. De plus en plus de Congolais adhèrent à ces structures pour faire face aux coûts de soins de santé. Dans chaque mutuelle les membres qui paient leur cotisation (2,5 à 4,5 dollars/mois) se présentent en cas de maladie, dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires, les petits et moyennes chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée. Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centre de santé, gérés par le Bureau diocésain des oeuvres médicales (BDOM), structure de l'église catholique, ont signé des conventions avec trois mutuelles de la ville. Chaque mois, le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles plus ou moins 50 000 dollars pour environ 20 000 bénéficiaires, dont le nombre va croissant. Le ministère de la Santé publique, Félix KABANGE, se réjouit de ces nombreuses adhésions aux mutuelles. Pour lui, le programme quinquennal du gouvernement « Révolution de la modernité » (2011-

2016) vise l'accès de tous aux soins de santé de qualité et à moindre coûts<sup>5</sup>. Quant aux frais d'hospitalisation, ils s'élèveraient à 300 dollars américains au CNPP<sup>6</sup>. Pour faire face au coût de traitement, l'intéressée pourrait s'affilier à une mutuelle de santé et bénéficier ainsi de la réduction des frais au moyennant une cotisation mensuelle. De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable du Congo RDC. Telle l'organisation CTBT<sup>7</sup> qui est présente sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en oeuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé. Enfin, signalons que madame [M.K.] est arrivée dans le Royaume dans le courant de l'année 2007. Elle a introduit une demande d'établissement le 13.03.2008 en tant qu'ascendante d'un belge. Une décision de refus a été prise le 08.08.2008 et confirmée par le Conseil du Contentieux des Etrangers le 26.11.2010. Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). Les soins sont donc accessibles au Congo »

3.3. S'agissant de l'ordonnance reprise en note de bas de page 3, le Conseil souligne, à l'instar de la partie requérante, qu'il ne s'agit aucunement d'une ordonnance d'organisation et/ou de création de mutuelles de santé mais d'une ordonnance présidentielle d'attribution des compétences ministérielles, laquelle n'a donc aucune pertinence pour faire état de l'accessibilité aux soins et suivi nécessaires au pays d'origine.

Relativement au Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, le Conseil estime, comme indiqué en substance par la partie requérante, que les éléments qui y figurent ne permettent aucunement de déduire une accessibilité effective aux soins et suivi requis au pays d'origine. Le Conseil relève en outre que ce plan ne fait pas état de résultats concrets mais bien d'une stratégie ou, autrement dit, d'objectifs fixés.

A propos des mutuelles mentionnées, le Conseil remarque que le médecin-conseil de la partie défenderesse a fait état d'affirmations qui ne ressortent nullement du dossier administratif. A défaut de preuves à cet égard, le Conseil estime que cela ne peut dès lors pas suffire non plus à en retirer un accès aux soins et suivi nécessaires au pays d'origine. A titre de précision, le Conseil constate que le lien repris dans la note de bas de page 6 a trait à la protection et aux services offerts par la République démocratique du Congo pour les personnes ayant des troubles de santé mentale, *quod non* en l'espèce.

En conséquence, en se référant à ces divers éléments, le médecin conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que la requérante aurait, à son retour au pays d'origine, un accès effectif aux soins et suivi requis.

3.4. Au vu de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse a violé l'article 9 *ter* de la Loi et a commis une erreur manifeste d'appréciation. Ce développement de la seconde branche du moyen unique pris est fondée et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner la première branche du moyen unique pris, qui à la supposer fondée, ne pourrait entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Force est enfin de constater que dans sa note d'observations, la partie défenderesse ne répond pas expressément à l'argumentation menant à l'annulation du premier acte attaqué. Le fait éventuel que la partie requérante n'ait pas invoqué et étayé en termes de demande que les soins et suivi requis ne seraient pas accessibles ou qu'elle se réfère dans le cadre du présent recours à de nouveaux rapports non fournis auparavant ne peut modifier le constat que le médecin-conseil n'a pas vérifié adéquatement et à suffisance l'accessibilité des soins et du suivi nécessaires à la requérante au pays d'origine.

3.6. Il s'impose d'annuler également l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante dès lors qu'il constitue l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée.

#### **4. Débats succincts**

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Les actes attaqués étant annulés, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

## **5. Dépens**

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie défenderesse.

**PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :**

### **Article 1.**

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 6 octobre 2016, est annulée.

### **Article 2.**

L'ordre de quitter le territoire pris en exécution de la décision visée à l'article 1 est annulé.

### **Article 3.**

La demande de suspension est sans objet.

### **Article 4.**

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-neuf mai deux mille dix-sept par :

Mme C. DE WREEDE,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY ,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE