



Arrêt

**n°207 511 du 3 août 2018
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. DIONSO DIYABANZA
Rue des Alcyons, 95
1082 BRUXELLES**

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 VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 février 2018, en son nom personnel et au nom de son enfant mineur, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision rejetant une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 4 janvier 2018 et notifiée le 15 janvier 2018.

Vu le titre Ier 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 la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 9 avril 2018 convoquant les parties à l'audience du 8 mai 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me J.- C. KABAMBA MUKANZ loco Me C. DIONSO DIYABANZA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. DE SOUSA loco Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 11 janvier 2010.

1.2. Elle a ensuite introduit deux demandes d'asile, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 28 janvier 2012, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable le 27 avril 2012.

1.4. Le 10 mai 2013, elle a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 10 septembre 2013, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 117 653 du 27 janvier 2014, le Conseil de

céans a rejeté le recours en suspension et annulation introduit contre ces décisions, suite au retrait de celles-ci le 25 octobre 2013. Le 5 décembre 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande recevable mais a pris une décision rejetant la demande d'autorisation de séjour. Le recours en suspension et annulation contre cette dernière décision a été accueilli par le Conseil de céans dans un arrêt n° 145 443 du 13 mai 2015. Le 4 juin 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande recevable et elle a ensuite pris une décision de rejet le 13 août 2015. Dans son arrêt n° 159 187 du 22 décembre 2015, le Conseil de céans a annulé cette décision de rejet.

1.5. Le 27 juin 2014, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 bis de la Loi, laquelle semble toujours être pendante.

1.6. Le 19 décembre 2017, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.7. Le 4 janvier 2018, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle décision de rejet de la demande visée au point 1.4. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

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

L'intéressée invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée 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 19.12.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

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

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

1) il n'apparaît pas que l'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 il séjourne.

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

2. Question préalable

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève en substance une exception d'irrecevabilité du recours en ce que l'enfant mineur de la requérante, [E.N.], est représenté uniquement par celle-ci. Le Conseil relève en effet que, en termes de recours, celui-ci est représenté exclusivement par sa mère et qu'il n'a nullement été indiqué les raisons pour lesquelles son père ne peut pas intervenir à la cause en tant que son représentant légal ou même que sa mère exercerait une autorité parentale exclusive à son égard.

2.2. En l'espèce, compte tenu de son bas âge, l'enfant mineur de la requérante n'a pas le discernement ni la capacité d'agir requis pour former seul un recours en annulation devant le Conseil.

Le Conseil rappelle que l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2, du Code de droit international privé dispose comme suit : « [...] *l'exercice de l'autorité parentale ou de la tutelle est régi par le droit de l'Etat sur le territoire duquel l'enfant a sa résidence habituelle au moment où cet exercice est invoqué.* [...] ».

En l'occurrence, le droit belge est d'application. Ce dernier prévoit que l'autorité parentale est régie par les articles 371 et suivants du Code civil. Il ressort plus particulièrement des articles 373 et 374 dudit Code que les parents exercent une autorité parentale conjointe sur les enfants qu'ils vivent ensemble ou non. S'agissant de la représentation du mineur, le législateur a instauré une présomption réfragable vis-à-vis des tiers de bonne foi, ce qui permet à chaque parent d'agir seul, l'accord de l'autre parent étant présumé. Cette présomption ne concerne toutefois que les actes relatifs à l'autorité sur la personne (art. 373, alinéa 2) et la gestion des biens (article 376, alinéa 2), et ne concerne pas le pouvoir de représentation dans le cadre d'un acte procédural (en ce sens: C.E. 18 septembre 2006, n° 162.503; C.E. 4 décembre 2006, n° 165.512; C.E. 9 mars 2009, n°191.171).

Il s'en déduit que dans le cadre d'un recours contre un acte administratif, les parents doivent agir conjointement en qualité de représentants légaux de leurs enfants sauf si l'un des deux parents démontre exercer l'autorité parentale de manière exclusive, ce que la requérante ne soutient pas en l'espèce.

2.3. Il résulte de ce qui précède que la requête est irrecevable en ce qui concerne l'enfant mineur.

3. Exposé des moyens d'annulation

3.1. La partie requérante prend un premier moyen «

- *de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et*
- *des articles 9 ter §1^{er}, alinéa 1^{er} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers,*
- *de la violation de principes généraux de bonne administration, dont le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause ».*

3.2. Elle reproduit le contenu de l'article 9 ter, § 1^{er}, de la Loi et elle explicite la notion de « traitement adéquat » en se référant aux travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter dans la Loi. Elle soutient « *Que par ailleurs, la lecture de l'article 9 ter de la [Loi] révèle en réalité trois types de maladies qui doivent conduire à l'octroi d'un titre de séjour sur la base de cette disposition lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays de résidence, à savoir : -celles qui entraînent un risque réel pour la vie ; -celles qui entraînent un risque réel pour l'intégrité physique ; -celles qui entraînent un risque réel de traitement inhumain ou dégradant ; Qu'il s'ensuit que le texte même de l'article 9 ter de la [Loi] ne permet pas une interprétation qui conduirait à l'exigence systématique d'un risque « pour la vie » du demandeur puisqu'il envisage, au côté du risque vital, deux autres hypothèses ; [...] Que suivant l'arrêt n°135 037 du 12 décembre 2014 pris en Assemblée générale par le Conseil de Céans, le champ d'application de l'article 9 ter de la [Loi] est autonome de l'article 3 de la CEDH ; Que l'article 3 de la CEDH, qui constitue une norme supérieure à la [Loi] et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi ; Que 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, n°225.632 et 225.633) ; Que l'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention ; Qu'en ce qui concerne la référence par la partie défenderesse à la jurisprudence de la Cour. E.D.H. relative à l'article 3 de la CEDH, il sied de constater que le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH ».* Elle expose « *Que pour justifier qu'elle rentrait bien dans les conditions de l'article 9 ter, alinéa 1^{er} de la [Loi], la requérante avait produit un certificat médical type complété par le docteur [D.M.A.] en date du 28 mars 2013, indiquant qu'elle souffrait de l'hypertension artérielle sévère ainsi que d'une anémie microcytaire ferriprive sévère diagnostiquée le 26 septembre 2012 et ayant nécessité une hospitalisation; Que le médecin a indiqué que des traitements médicaux étaient [en] cours; Que le médecin a également mentionné la nécessité pour la requérante d'être vue en consultation 2 x par an par un spécialiste oncologue hématologue ainsi qu'une biologie sanguine 4 x par an au moins; Que la requérante a*

actualisé les informations médicales en produisant un certificat médical type extrêmement détaillé dressé en date du 22 mai 2017 par le Dr [B.R.] généraliste, lequel a mentionné une hypertension artérielle sévère, une obésité morbide, des gonalgies bilatérales avec kyste poplité et des talalgies, une anxio-dépression, une anémie ferriprive supplée par la prise de fer, une tendinite d'Achille, un fibromyome utérin, un hamartome de 7 cm du sein droit ; Que le traitement comporte les médicaments suivants : Forzaten, Nobiretic, Simvastatine, Ferrograd, D cure, Ranitidine, Aceclofenac, Tramadol, semelles orthopédiques; Que le médecin a indiqué qu'un suivi en hématologie-oncologie une fois par an, cardiologie (ECG, Echo), physiothérapeute, orthopédie, biologie (fer), gynécologie, bilan sénologique, médecine générale, RX, écho, mammographie, scanner). Que de son côté, la requérante a nourri sa demande par des preuves documentaires justifiant que les maladies dont elle souffre ne pourraient pas être prises en charge au Congo (R.D.C.), faute de traitements adéquats et disponibles sur place en manière telle que leur suivi risquerait donc d'être sérieusement compromis en cas de retour prématuré dans son pays d'origine où l'accessibilité aux soins de santé reste un luxe, en l'absence de système de sécurité sociale efficient; Que l'on observera que le médecin conseiller ne conteste pas le fait que la requérante présente une surcharge pondérale responsable d'une pathologie hypertensive pour laquelle des mesures hygiéno-diététiques sont impératives dans le cadre du traitement; Que le médecin conseiller ne conteste pas non plus le fait que la requérante souffre d'un hamartome de 7 cm du sein droit qui doit absolument être prise en charge et suivi en hématologie-oncologie ; Que l'affection hématologique ainsi [que] l'hamartome de 7 cm du sein droit [...] dont souffre la requérante constituent des affections graves au sens de l'article 9ter, §1er, alinéa 1er de la [Loi] dans la mesure où [...] elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans la mesure il n'existe aucun traitement adéquat et accessible dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne; Qu'il en est de même pour l'hypertension artérielle sévère dont souffre la requérante ; Que le suivi ainsi que les traitements pour ces différentes pathologies sont toujours en cours ». Elle développe « Que pourtant, dans son avis médical du 19 décembre 2017, le médecin conseiller de l'Office des Etrangers a considéré que le certificat médical fourni ne permettait pas d'établir que la requérante souffrait d'une maladie dans un état tel qu'elle entraînait un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ni un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que les soins médicaux requis existaient au pays d'origine; Que le médecin conseiller s'est référé à cet égard à toute une série de sites internet ; Qu'il ne ressort pourtant de ces sites internet aucune information pertinente concernant la disponibilité ainsi que l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante; Que d'une part, la requérante relève que partie défenderesse ne produit pas au dossier administratif des informations attestant de la disponibilité des soins ainsi que de la possibilité d'un suivi dans son pays d'origine pour les pathologies dont elle souffre; Que d'autre part, la partie défenderesse fonde sa motivation concernant la disponibilité des soins et du suivi en République Démocratique du Congo essentiellement sur : - des requêtes qu'elle avait envoyées vers la base de données non publique MedCOI, -deux liens internet, -le fait que la requérant[e] peut travailler, -sur l'existence de plusieurs mutuelles de santé en RDC et sur le fait que plusieurs organismes internationaux sont présents en RDC depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations en RDC ; Que concernant la base de données MedCOI et les liens internet vantés par la partie défenderesse, force est de constater que la partie défenderesse ne produit pas des informations exactes et vérifiables; Que s'agissant de la base de données MedCOI du projet d'échange médical européen, la requérante relève qu'elle ne peut objectivement [...] vérifier l'exactitude des informations alléguées par la partie défenderesse concernant la disponibilité des soins et du traitement des pathologies dont elle souffre en cas de retour dans son pays d'origine ; Qu'en effet, la base de données MedCOI n'est pas librement accessible vu qu'il faut obligatoirement avoir un nom d'utilisateur et un mot de passe pour la consulter; Que l'accès est ainsi strictement réservé aux fonctionnaires des services d'immigration européens participant à cette base de données en manière telle qu'il n'est pas possible pour la requérante d'en vérifier le contenu ; Qu'aucun élément du dossier administratif n'atteste des informations fournies par la partie défenderesse, eu égard à la consultation de la base de données MedCOI ; Que les réponses aux requêtes MedCOI du 10.10.2016 portant le numéro de référence unique BMA-8722, MedCOI du 18.02.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7792, MedCOI du 22.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7689, MedCOI du 25.08.2017 portant référence unique BMA-10015, MedCOI du 21.08.2016 portant référence unique BMA-8493, MedCOI du 13.02.2017 portant référence unique BMA 9269 , MedCOI du 02.02.2016 portant référence unique BMA 7728, MedCOI du 15.02.2017 portant référence unique BMA 9312, MedCOI du 11.03.2016 portant référence unique BMA 7860 et MedCOI du 27.02.2015 portant référence unique BMA 6219 ne sont pas au dossier administratif en manière telle que le principe du contradictoire est mis à mal par la partie défenderesse; Que la requérante relève sur ce point l'absence totale d'informations concrètes, actuelles et vérifiables concernant la base de données Med COI, invoquée par la partie défenderesse; Que la partie défenderesse soutient que le Padiyath Medicity-Hospital du Cinquantenaire dispose de services de

laboratoire de biologie (dont l'hématologie) et de radiologie dont l'échographie, mammographi[e], scanner), de cardiologie avec ECG, échographie ; Que force est cependant de constater qu'aucune information quant au coût d'accès à ces services n'est fournie dans le dossier administratif ; Que concernant le premier [...] lien internet : <http://www.coopami.org/fr/coopami/formation%20coopami/2on/pdf/201q0Q0q08.pdf>, il ne contient absolument aucune information sur la disponibilité et le suivi des soins dans le pays d'origine de la requérante ; Que la liste de médicaments dressée par les autorités congolaises de la santé, elle ne constitue en fait qu'une formalité, voire un vœu émis par celles-ci de disposer de tous ces produits pour se conformer aux exigences de l'OMS ; Qu'il ne ressort nullement de cette liste que ces médicaments qualifiés d'essentiels seraient effectivement disponibles en RDC ; Que dans un arrêt n° 145 443 du 13 mai 2015, le Conseil de céans avait constaté ce qui suit : [...] Que force est de constater que le même constat doit être opéré dans le cas d'espèce ; Que concernant l'existence de plusieurs mutuelles de santé en RDC, la partie défenderesse cite la MUSU et propose à la requérante d'y adhérer ; Que cette analyse est hors propos car la MUSU est une mutuelle de santé du syndicat UNTC (Union Nationale des Travailleurs du Congo), en manière telle que la requérante ne pourrait pas en faire partie, n'étant pas membre de ce syndicat ; Que même si par la force des choses elle devenait membre de l'UNTC, elle devrait en principe payer son droit d'adhésion et serait astreinte à une période d'observation de trois mois durant laquelle elle n'aurait droit à aucun soin ; Que pour le surplus les soins couverts par la MUSU ne sauraient prendre en compte les pathologies dont souffre la requérante ; Que la partie défenderesse n'a pas plus poussé ses investigations en avant en invoquant un éventuel recours de la requérante à la MUSU ; Que concernant le BDOM (Bureau Diocésain des OEuvres Médicales), la partie défenderesse estime que la requérante peut s'adresser à ce Bureau ; Que la requérante souligne que les personnes physiques ne peuvent pas contracter directement avec le BDOM ; Que ce sont les mutuelles qui signent des conventions avec le BDOM, ce dernier gérant une cinquantaine de Centre de santé ; Que par ailleurs au regard des informations de la partie défenderesse, trois mutuelles de la ville de Kinshasa ont signé des conventions avec le BDOM ; Que les services qu'offre notamment le Bureau Diocésain des œuvres Médicales (BDOM) restent donc limités et ne couvrent nullement pas les soins spécialisés en cardiologie ou pneumologie par exemple, ce dont a besoin la requérante ; Qu'en l'état du dossier administratif, la requérante ne peut connaître les noms de ces trois mutuelles ni les conditions posées pour adhérer à celles-ci ; Qu'ainsi l'article invoqué par la partie défenderesse ne renseigne pas outre mesure sur les noms de ces mutuelles ni sur les conditions d'adhésion à celle-ci ; Qu'il y a lieu de conclure que la partie défenderesse n'a pas procédé à une évaluation correcte concernant les mutuelles de santé en RDC, se bornant à invoquer des documents généraux ; Que s'agissant de l'aide extérieure consacrée à la santé dont fait allusion la partie défenderesse, il sied de remarquer que les pathologies dont souffre la requérante nécessitent des soins spécifiques ; Que les organismes cités ont selon la partie défenderesse, pour but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de lutter contre les grandes épidémies ou de mettre en œuvre les appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé en RDC ; Que la requérante ne comprend pas en quoi les actions de ces organismes contribueront à soigner les pathologies dont elle souffre, nécessitant plus que de soins de santé primaire ; Quant à l'argument tendant à soutenir que la requérante pourrait travailler en cas de retour dans son pays et subvenir à ses propres besoins vitaux, il est tout-à-fait approximatif, opportuniste, hypothétique voire stéréotypé ; Que d'une part, la requérante a tout perdu en venant en Belgique et d'autre part, son état de santé actuel l'a fragilisé en manière telle qu'elle n'est plus en état de travailler même si elle a effectué quelques petites formations ; Que la requérante ne saurait pas compter sur la solidarité familiale au Congo ni sur la générosité de ses amis et proches pour financer ses soins médicaux ; Qu'au vu du prix de l'ensemble des traitements et/ou soins, du salaire moyen en République démocratique du Congo (PIB de 156,8 dollars en 2009), la famille de la requérante est dans l'impossibilité de l'aider financièrement pour les médicaments et frais médicaux ; Qu'en effet, plus de 70 % des congolais vivent avec moins d'un dollar USD par jour ; Qu'en République Démocratique du Congo, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural - où environ huit ménages sur dix sont pauvres - et milieu urbain - où moins de sept ménages sur dix sont pauvres. (<http://www.ilo.org/public/french/region/afpro/kinshasa/download/rdcdscrp2.pdf>) ; Qu'aussi, une telle solidarité n'est-elle pas une condition prévue par l'article 9 ter de la [Loi], et ne ressort-elle pas du tout des travaux préparatoires ayant inséré cette disposition dans cette loi ; Qu'en effet, au vu de cette disposition, la question centrale reste plutôt celle de savoir si oui ou non l'étranger qui séjourne en Belgique et qui souffre d'une maladie grave, peut avoir accès au traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, et/ou si oui ou non, le traitement adéquat y est disponible ; Qu'il en résulte que l'examen d'une demande d'autorisation de séjour sur pied de cette disposition doit se faire par rapport notamment au caractère adéquat du traitement dans l'un de ces pays et non par rapport à la solidarité familiale laquelle demeure incertaine ; Que vu sous cet angle, le traitement adéquat mentionné dans cette disposition vise un traitement approprié et suffisamment accessible dans

le pays d'origine ou dans le pays 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 (Exposé des motifs, Doc.Parl, Chambre (sess.ord.), 2005-2006, n°2478/08,9, in X, Droits des étrangers, Code annoté, 2012, Ed. la Charte, p.48) ; Que dans plusieurs espèces, le Conseil de céans adopta la même approche en disant pour droit 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 de l'examen de la demande» (C.C.E., 30 septembre 2010, n°48.809 ; C.C.E, 19 octobre 2010, n°49.781. C.C.E, 26 octobre 2010, n°50.147 , in X, Droits des étrangers, Code annoté, 2012, Ed. la Charte, p.48); Qu'il en résulte que seule la situation individuelle de la requérante doit être prise en compte lors de l'examen de sa demande pour déterminer qu'en cas de retour dans son pays d'origine, à savoir la République Démocratique du Congo, elle aura accès au traitement adéquat pour se faire soigner des affections dont elle souffre ; Qu'or, au vu d'amples explications susmentionnées, la situation individuelle de la requérante ne peut lui permettre un accès au traitement adéquat dans son pays d'origine, les soins médicaux pour les affections dont elle souffre étant inaccessibles et/ou indisponibles, ou à tout le moins non suffisamment accessibles ; Qu'à cet égard, dans l'examen du caractère adéquat de ce traitement, ne peut se concevoir une énumération uniquement d'une série d'informations et de considérations qui, exhaustives et précises qu'elles soient, se limitent à une description factuelle des médicaments, praticiens et infrastructures médicales disponibles dans le pays d'origine ou de séjour, pour traiter la pathologie dont souffre la requérante ; Que ne peuvent également se concevoir une mention générale de l'existence de la sécurité sociale dans le pays d'origine de la requérante, ni un renvoi à la solidarité familiale ou à la possibilité de trouver du travail pour avoir des revenus et se faire soigner (Egalement mutatis mutandis, C.C.E., 30 septembre 2010, n°48.809 ; C.C.E, 19 octobre 2010, n°49.781. C.C.E, 26 octobre 2010, n°50.147, in X, Droits des étrangers, Code annoté, 2012, Ed. la Charte, p.48) ». Elle conclut qu'en se fondant sur l'avis de son médecin-conseil et en rejetant la demande de la requérante, la partie défenderesse n'a pas motivé adéquatement, a commis une erreur manifeste d'appréciation, n'a pas tenu compte de tous les éléments de la cause et a violé l'article 9 ter de la Loi.

3.3. La partie requérante prend un deuxième moyen «

- de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et
- de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentale, ci-après « la CEDH », combiné avec l'article 1^{er} de la CEDH ».

3.4. Elle reproduit les deux derniers paragraphes de la motivation de la décision querellée et le contenu des articles 1 et 3 de la CEDH. Elle soulève « Que l'expression « relevant de leur juridiction » (...) ne fait qu'établir le lien nécessaire entre la victime d'une violation de la convention et l'Etat partie à qui cette violation est imputable ; Qu'autrement dit, pour que la Convention soit applicable, il doit être possible à l'Etat de reconnaître les droits garantis par la Convention; cependant, il n'est pas nécessaire qu'existe un lien juridique stable comme la nationalité, la résidence ou le domicile, car il suffit que l'Etat puisse exercer un certain pouvoir sur l'intéressé ; Que le seul critère à prendre en considération est la présence physique sur le territoire de l'Etat contractant, indépendamment de la qualité juridique de ce séjour de fait ». Elle explicite en substance la portée, la teneur et le caractère absolu de l'article 3 de la CEDH, ainsi que la preuve requise, en se référant à de la jurisprudence européenne. Elle avance « Que les pathologies dont souffre la requérante atteignent bien le seuil minimum de gravité tel que requis par la jurisprudence de la [CourEDH] pour tomber sous le coup de l'article 3 de la [CEDH] et partant, entrer dans les prévisions de l'article 9 ter ; Que dans la mesure où il a été démontré dans le premier moyen que la requérante ne pouvait pas bénéficier des soins de bonne qualité dans son pays d'origine faute de disponibilité desdits soins, il apparaît clairement que la décision de la partie défenderesse expose cette dernière à un risque suffisamment réel et immédiat d'agissements prohibés par l'article 3 CEDH dans la mesure où elle a pour conséquence ou à tout le moins contribue à arrêter brutalement le traitement dont elle bénéficiait jusque-là; Que le médecin conseiller ne conteste pas le fait que la requérante présente une surcharge pondérale responsable d'une pathologie hypertensive pour laquelle des mesures hygiénodététiques sont impératives dans le cadre du traitement; Que le médecin conseiller ne conteste pas non plus le fait que la requérante souffre d'un hamartome de 7 cm du sein droit qui doit absolument être prise en charge et suivi en hématologie-oncologie ; Que l'affection hématologique ainsi [que] l'hamartome de 7 cm du sein droit [...] dont souffre la requérante constituent des affections graves au sens de l'article 9ter, §1er, alinéa 1er de la [Loi] dans la mesure où [...] elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans la mesure il n'existe aucun traitement adéquat et accessible dans son pays d'origine ou dans le pays où

elle séjourne; Qu'il en est de même pour l'hypertension artérielle sévère dont souffre la requérante ; Que le suivi ainsi que les traitements pour ces différentes pathologies sont toujours en cours ; Qu'or, suite à la survenance de la décision attaquée, la requérante ne pourra plus prétendre à la carte santé, ni à la mutuelle, ni par voie de conséquence aux soins spécifiques auxquels elle a droit en manière telle que sa vie est sérieusement en danger ».

4. Discussion

4.1. Sur les deux moyens pris réunis, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève ensuite qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ». (Projet de loi modifiant la loi 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* 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne enfin qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où la requérante doit être tenue pour complètement informée de la portée de la disposition dont elle revendique l'application, il lui incombait de transmettre avec la demande, ou les compléments éventuels de celle-ci, tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

4.2. En l'espèce, le Conseil constate que la décision attaquée est fondée sur un rapport établi le 19 décembre 2017 par le médecin-conseil de la partie défenderesse sur la base des documents médicaux produits par la requérante à l'appui de sa demande, rapport dont il ressort, en substance, que celle-ci souffre d'une pathologie pour laquelle le traitement médical et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

4.3. Plus particulièrement, concernant la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé en substance que « *Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé[e]) : 1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI montrent la disponibilité du suivi (hématologie, oncologie, cardiologie avec échocardiographie, physiothérapeute, orthopédie, biologie, gynécologie, médecine générale, mammographie, scanner) et du traitement (Olmesartan, Amlodipine,*

Nébivolol, Hydrochlorothiazide, Simvastatine, Fumarate de fer équivalent thérapeutique de Sulfate de fer, Colecalciferol, Omeprazole équivalent thérapeutique de Ranitidine, Diclofenac équivalent thérapeutique de Aceclofenac, Tramadol, ajustement de tous matériels orthopédiques comme des semelles): Requête Medcoi du 10.10.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8722 Requête Medcoi du 18.02.2016 portant le numéro de référence unique BMA 7792 Requête Medcoi du 22.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA 7689 Requête Medcoi du 25.08.2017 portant le numéro de référence unique BMA 10015 Requête Medcoi du 21.08.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8493 Requête Medcoi du 13.02.2017 portant le numéro de référence unique BMA 9269 Requête Medcoi du 02.02.2016 portant le numéro de référence unique BMA 7728 Requête Medcoi du 15.02.2017 portant le numéro de référence unique BMA 9312 Requête Medcoi du 11.03.2016 portant le numéro de référence unique BMA 7860 Requête Medcoi du 27.02.2015 portant le numéro de référence unique BMA 6219 2. Le Padiyath Medicity-Hopital du Cinquantenaire dispose de services de laboratoire de biologie (dont l'hématologie) et de radiologie dont l'échographie, mammographie, scanner) de cardiologie avec ECG, échographie. Sur base de ces informations, nous pouvons conclure que le suivi médical nécessaire et les médicaments prescrits [à la requérante] (ou des équivalents de classes thérapeutiques similaires qui peuvent valablement les remplacer sans nuire à sa sécurité) sont disponibles au Congo (Rép.dém) », ce qui se vérifie au dossier administratif et ne fait l'objet d'aucune contestation utile. A titre de précision, le Conseil souligne que la disponibilité des soins et du suivi nécessaires au pays d'origine est attestée par des requêtes de la base de données Medcoi et le site Internet « <http://padiyathmedicitykinsasha.com/> ». Le fait que la requérante peut travailler et l'existence de mutuelles et d'organisations ont trait quant à eux à l'accessibilité des soins et du suivi requis au pays d'origine (cfr infra).

S'agissant du fait que la base de données Medcoi ne serait pas librement accessible, le Conseil relève que les informations de cette base de données figurent au dossier administratif et qu'il était loisible à la requérante de demander la consultation de ce dossier sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration. Quant à l'exactitude de cette basée de données, le Conseil constate qu'en termes de recours, la partie requérante se limite à une contestation générale quant à la fiabilité et l'exactitude de celle-ci, sans plus de précision, alors que ce projet est une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qu'il associe 15 partenaires dont 14 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. Par ailleurs, les sources du projet sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « International SOS », « Allianz Global Assistance » et « Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine ». Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et l'exactitude de ces données.

Au sujet des informations relatives au Padiyath Medicity-Hopital du Cinquantenaire, fondées sur le site Internet « <http://padiyathmedicitykinsasha.com/> », le Conseil souligne qu'elles sont relatives à la disponibilité et non à l'accessibilité du suivi nécessaire à la requérante. Le Conseil souligne par ailleurs que l'accessibilité aux soins et suivi requis a été examinée spécifiquement par le médecin-conseil de la partie défenderesse sous un autre point (cfr infra).

Enfin, à propos de l'argumentation contestant une « Liste nationale des médicaments essentiels », le Conseil estime qu'elle manque de pertinence, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne s'étant nullement fondé sur une telle liste dans son avis.

4.4. Relativement à l'accessibilité des traitements et du suivi dans le pays d'origine, le Conseil remarque que le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué en substance que « Le conseil de l'intéressée apporte, à l'appui de sa demande, certains documents au sujet de la situation des soins de santé au Congo (Rép. dém.). Cependant ces documents n'apportent rien de neuf par rapport à la situation particulière de l'intéressée. Donc les arguments de l'intéressée ne peuvent être pris en compte car la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Mûslim/Turquie, § 68), Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Et, « (...) L'article 3 ne fait pas

obligation à l'Etat contractant de pallier les disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. » (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int) Quant à l'accessibilité, le système de sécurité sociale en République Démocratique du Congo offre le service des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès ainsi que des charges de famille. Par ailleurs, pour faire face au coût lié au traitement, notons qu'il existe actuellement en RDC beaucoup d'initiatives locales de création de « mutuelles » ou « mutualités » qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales sous la forme, le plus souvent, de primes forfaitaires en cas de maladies, de décès ou de mariages et naissances. On dénombre à ce jour 102 associations mutualistes réparties dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de 500.000 bénéficiaires. 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 : SOLIDARCO (solidarité Belgique-Congo), MNK (mutualité neutre de Kinshasa), la Mutuelle de santé des enseignants de l'EPSP (MESP) ; la Mutuelle de santé de l'UNTC (MUSU) ; la Mutuelle de santé de Kinshasa (MUSAK),... ont vu le jour en RDC. De plus en plus des 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 petites et moyennes chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée. Le ministre de la Santé publique, Félix Kabange, se réjouit de ces nombreuses adhésions aux mutuelles. Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centres de santé sont gérés par le Bureau diocésain des oeuvres médicales (BDOM), une 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. 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 coût. De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas, OMS, CTB sont présentes 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 œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé. Étant donné que rien ne démontre au dossier que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler, qu'elle est en âge de travailler et que rien ne démontre qu'elle serait exclue du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressée peut trouver un emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressée ne peut pas subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie. D'autant plus que, d'après sa demande 9bis du 07.08.2014, celle-ci a entrepris des formations en vue de trouver un travail », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.

Le Conseil observe qu'en termes de recours, la partie requérante critique en substance la MUSU, le BDOM, l'aide extérieure (fournie par des organisations telles que Caritas, l'OMS et la CTB) et la capacité de travailler de la requérante. Ainsi, le recours au système de sécurité sociale ou aux mutuelles de santé telles que SOLIDARCO, la MNK, la MESP et la MUSAK n'est nullement critiqué. Le Conseil souligne ensuite que l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse précise que la cotisation à ces mutuelles s'élève entre 2,5 à 4.5 dollars par mois. Le Conseil estime à ce sujet que le médecin-conseil de la partie défenderesse a pu valablement indiquer que « Étant donné que rien ne démontre au dossier que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler, qu'elle est en âge de travailler et que rien ne démontre qu'elle serait exclue du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressée peut trouver un emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressée ne peut pas subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie. D'autant plus que, d'après sa demande 9bis du 07.08.2014, celle-ci a entrepris des formations en vue de trouver un travail ». Le Conseil relève que la requérante n'a aucunement fait état en temps utile de son impossibilité de travailler au vu de son état de santé et que, même à considérer, qu'elle fasse partie des 70 pourcents de la population qui gagnent moins d'un dollar par jour, cela serait toutefois suffisant pour payer la cotisation exigée pour recourir aux mutuelles. Par ailleurs, la requérante n'a nullement démontré concrètement en temps utile que le salaire restant suite au paiement de cette cotisation ne pourrait lui permettre de vivre décemment au pays d'origine. Ainsi, la possibilité de recourir au système de sécurité sociale ou aux mutuelles de santé telles que SOLIDARCO, la MNK, la MESP et la MUSAK justifie à elle seule l'accessibilité de la requérante aux soins et suivi requis et il n'est pas nécessaire de s'attarder sur le reste de l'argumentation développée en termes de recours quant à cette accessibilité.

4.5. Au sujet de l'invocation d'une violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, la partie défenderesse a déclaré non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de

l'article 9 *ter* de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et du suivi requis au pays d'origine, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé de la requérante sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant.

Quant au développement selon lequel « suite à la survenance de la décision attaquée, la requérante ne pourra plus prétendre à la carte santé, ni à la mutuelle, ni par voie de conséquence aux soins spécifiques auxquels elle a droit en manière telle que sa vie est sérieusement en danger », le Conseil estime qu'il n'est pas autrement étayé et n'apparaît, dès lors, nullement démontré, qu'en tout état de cause, cet élément n'est pas pertinent quant à la légalité de l'acte attaqué, lequel est fondé sur l'accessibilité et la disponibilité des traitements et suivis au pays d'origine.

4.6. Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que le médecin-conseil de la partie défenderesse a pu conclure que les traitements et le suivi nécessaires à la requérante sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et la partie défenderesse a pu, en référence à l'avis de ce médecin, rejeter la demande de la requérante, sans violer les articles et principes visés aux moyens ni commettre une erreur manifeste d'appréciation.

5. Débats succincts

5.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut 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.

5.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, 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 août deux mille dix-huit 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