



Arrêt

**n° 208 174 du 23 août 2018
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître R-M.SUKENNIK
 Rue de Florence 13
 1000 BRUXELLES**

contre:

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

LE PRÉSIDENT DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 17 février 2017, 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 et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 23 décembre 2016.

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.

Vu la note d'observation et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 15 juin 2018 convoquant les parties à l'audience du 10 juillet 2018.

Entendu, en son rapport, E. MAERTENS, président de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me E. DESTAIN *loco* Me R. SUKENNIK, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La requérante est arrivée sur le territoire du Royaume le 29 juin 2008.

Par un courrier daté du 5 août 2008, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse le 25 novembre 2008.

Par un nouveau courrier daté du 17 décembre 2008, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter précité de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a

fait l'objet d'une décision d'irrecevabilité du 30 décembre 2008, laquelle a été annulée par un arrêt du Conseil n° 26 442 du 27 avril 2009.

Le 11 février 2009, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 14 juillet 2010, la partie défenderesse a déclaré cette demande fondée et une autorisation de séjour temporaire a été accordée à la partie requérante, laquelle a été mise en possession d'un certificat d'inscription au registre des étrangers valable jusqu'au 27 juillet 2011 et successivement prorogé les 17 septembre 2011 et 19 juin 2012.

Le 10 octobre 2013, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour de la requérante assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par un arrêt du Conseil n°.208 172 du 23 août 2018.

Par un courrier daté du 25 novembre 2015, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 23 décembre 2016, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande. Cette décision, qui constitue le premier 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.

Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de madame [la partie requérante] 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 pays de la requérante.

Dans son avis médical remis 21/12/2016, (remis à la requérante sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de la demandeuse, que ces soins médicaux sont accessibles à l'intéressée qu'il n'est fait mention d'aucune contre-indication, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages et qu'il n'y a pas aussi de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins au Congo.»

A la même date, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Cette décision qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable. »

2. Exposé des moyens d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de

«

- *La violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;*
- *La violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;*
- *La violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;*

- L'erreur manifeste 'appréciation ;
- La contrariété et l'insuffisance dans les causes et les motifs ;
- La violation des principes généraux du droit et notamment du principe de bonne administration qui impose à l'autorité de statuer en tenant compte de l'ensemble des éléments du dossier, du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, du principe de motivation matérielle, de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate, du principe de collaboration procédurale, du principe de légitime confiance ;
- La violation des articles 114, 136 et 35 du Code de déontologie médicale «

Dans une troisième branche, la partie requérante fait valoir ce qui suit :

«

EN CE QUE la partie adverse reproche à la partie requérante de n'avoir produit que des sources qui *« reflètent une situation générale et ne décrivent pas nécessairement la situation que rencontre personnellement le requérant »* et de ne pas avoir démontré que *« sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations »* ;

Qu'elle reprend des extraits d'arrêts de la CEDH qui iraient en ce sens dont notamment l'arrêt N. contre Royaume-Uni selon lequel *« l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire »* ;

Qu'elle poursuit en affirmant que les soins sont accessibles dans le pays d'origine, accessibilité qu'elle déduit de plusieurs sites internet dont celui de l'OMS, du CTB,...

Qu'elle mentionne l'existence d'une Association nationale des soins palliatifs, l'aide consacrée par des organisations telles que CARTIAS, l'OMS, la CTB, l'existence de mutuelles de santé, du Bureau Diocésain des Œuvres Médical,...

Qu'elle conclut en déclarant que *« enfin, 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 au requérant (arrêt du CCE n°81574 du 23 mai 2013) »* ;

ALORS QUE la partie requérante a cité et produit toutes une série de sources qui permettent d'affirmer que la requérante n'aurait pas accès aux soins et suivis que son état nécessite au pays d'origine ;

Qu'il s'agit à la fois de sources relatives à l'état des soins de santé en République Démocratique du Congo, aux systèmes de protection sociale, étatiques et parallèles, mais également, à la problématique des maladies du rein en République Démocratique du Congo, maladie dont est atteinte la requérante ;

Que ces différentes sources permettent de conclure, contrairement à ce que la partie adverse soutient, que, en cas de retour de la requérante dans son pays d'origine, elle n'y aurait pas accès aux soins et suivis que son état nécessite ;

Que des documents ont été produits en particulier concernant les personnes souffrant de problèmes rénaux ou relatifs à la HT A (pièces 7 et 8 de la demande originaire) :

« Sur le plan socio-économique, la maladie rénale chronique entraîne un coût énorme aussi bien sur le plan social, en termes de décès prématurés et d'invalidités diverses, soit des pertes absolues en ressources humaines nécessaires au développement, d'autant plus que la maladie frappe dans la tranche d'âge la plus économiquement active, que sur le plan financier. En effet, le coût du traitement de substitution de rein par la dialyse et la transplantation rénale représente une charge énorme de la communauté et surtout pour une population généralement démunie, et dépourvue de toute assurance médicale »

« D'un point de vue économique, la maladie appauvrit et, qui plus est, des foyers ont été déstabilisés, voire brisés car du fait de la maladie certains ne pouvaient répondre à leurs devoirs conjugaux. Vu le coût important des soins, certains ont eu un grand mal à subvenir aux besoins des leurs »

Que la Cour Européenne des Droits de l'Homme rappelle à ce propos dans son arrêt PAPOSHVILI que :

« 1. Quant au point de savoir si ces conditions sont remplies dans un cas d'espèce, la Cour rappelle que dans les affaires mettant en cause l'expulsion d'un étranger, la Cour se garde d'examiner elle-même les demandes de protection internationale ou de contrôler la manière dont les États contrôlent l'entrée, le séjour et l'éloignement des non-nationaux. En vertu de l'article 1 de la Convention, ce sont en effet les autorités internes qui sont responsables au premier chef de la mise en œuvre et de la sanction des droits et libertés garantis et qui sont, à ce titre, tenues d'examiner les craintes exprimées par les requérants et d'évaluer les risques qu'ils encourent en cas de renvoi dans le pays de destination au regard de l'article 3. Le mécanisme de plainte devant la Cour revêt un caractère subsidiaire par rapport aux systèmes nationaux de sauvegarde des droits de l'homme. Cette subsidiarité s'exprime dans les articles 13 et 35 § 1 de la Convention (M.S.S. c. Belgique et Grèce, précité, §§ 286-287, et F.G. c. Suède, précité, §§117-118).

2. En conséquence, dans ce type d'affaires, l'obligation de protéger l'intégrité des intéressés que l'article 3 fait peser sur les autorités s'exécute en premier lieu par la voie de procédures adéquates permettant un tel examen (voir, mutatis mutandis, El- Masri c. Vex-République yougoslave de Macédoine [GC], n° 39630/09, § 182, CEDH 2012, Tarakhel, précité, § 104, et F.G. c. Suède, précité, §117).

3. Dans le cadre de celles-ci, il appartient aux requérants de produire des éléments susceptibles de démontrer qu'il y a des raisons sérieuses de penser que, si la mesure litigieuse était mise à exécution, ils seraient exposés à un risque réel de se voir infliger des traitements contraires à l'article 3 (Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). **Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler qu'une part de spéculation est inhérente à la fonction préventive de l'article 3 et qu'il ne s'agit pas d'exiger des intéressés qu'ils apportent une preuve certaine de leurs affirmations qu'ils seront exposés à des traitements prohibés** (voir, notamment, Trabelsi c. Belgique, n° 140/10, § 130, CEDH 2014 (extraits)).

4. Lorsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'Etat de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, §120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Suji et Elmi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, Hirsi Jamaa et autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'Etat de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108, El- Masri, précité, §213, et Tarakhel, précité, § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphe Erreur ! Source du renvoi introuvable.-« 1) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade. »³

Que la partie adverse produit elle-même dans son dossier de pièces des sources similaires à caractère « général » qui font elles-mêmes état de la problématique de l'accès aux soins de santé en RDC ;

Que par exemple, dans le document intitulé « stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 », on peut y lire que ;

« Le taux moyen de l'utilisation des services de santé, selon le rapport de « l'Etat Santé et Pauvreté en RDC (Banque mondiale, 2005) » est d'environ 0.15 (0.07 -0.42) consultations par habitant et par an qui correspond à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. Ce taux a été mesuré sur une population qui représente environ 54% de la population totale de la RDC. Deux tiers des patients en RDC, ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder. [...]. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes ». (Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013)

Que le site Internet du CTB relate que :

« Dans certaines régions du pays, le système de santé public s'est pratiquement effondré et la prestation de soins de santé est en grande partie laissée à des prestataires privés informels. Le

budget alloué à la santé publique (3% du budget annuel de l'Etat en 2008) sert principalement à financer le paiement irrégulier de salaires très bas aux agents de santé gouvernementaux. La pratique non réglementée du paiement à l'acte par les patients est largement répandue ; si celle-ci offre un supplément de salaire aux agents de santé, elle rend le coût des soins de santé par contre totalement imprévisible pour le patient. Un paiement direct est réclamé pour chaque intervention, qu'il s'agisse d'un traitement, d'une injection ou d'une demande d'analyses en laboratoire. La prescription de médicaments est tout à fait irrationnelle et l'accès à des soins de qualité est déficient, tout particulièrement dans les hôpitaux de district, qui connaissent des frais plus élevés que les centres de santé. »

Que la partie adverse ne peut raisonnablement déduire de la présence d'organisations telles que l'OMS ou la CTB, que les soins et suivis sont disponibles et accessibles ;

Que la nécessité de la présence de telles organisations et la nécessité d'une aide extérieure témoigne au contraire de l'absence d'un système de soins de santé fonctionnel ;

Qu'en ce qui concerne la solidarité traditionnelle, la requérante a exposé qu'elle était en Belgique depuis plus de 8 ans et qu'elle n'était pas en mesure de compter sur l'existence d'un tissu social en mesure de prendre en charge l'ensemble de ses frais médicaux ;

Que ce ne sont pas grâce à des dons que la requérante pourrait être assurée de bénéficier des soins et suivis requis ;

Que dans le dossier administratif de la requérante transmis par la partie adverse figure un document intitulé : « document de réponse accessibilité » (pièce 3) ;

Que dans ce document qui concerne plutôt la question du VIH en RDC se trouve néanmoins des informations qui peuvent s'appliquer à d'autres types de pathologie comme par exemple :

« Il n'existe en République Démocratique du Congo pas d'assurance santé, aucun programme pour les groupes vulnérables, pas de salaire minimum, ni des allocations de chômage. [...] Il n'y a pas un système de l'Etat pour l'assurance Santé. [...] Il n'y a pas une assurance de santé comme tel mais il y a des mutuelles de santé qui se créent. [...] Le prix des consultations et des examens paracliniques varient en fonction des hôpitaux. Il n'existe pas d'assurance santé ni de protection sociale. [...] Consultation spécialiste/généraliste Les prix variant d'une province à l'autre, et d'un généraliste ou spécialiste à l'autre. En moyenne la différence entre les services du privé et du public peut aller du double au quintuple. »

Que dans ce document, la consultation chez un généraliste aux cliniques universitaires de Kinshasa (seul hôpital repris dans les fiches MedCoi citées) est de 10 dollars et de 15 dollars pour un spécialiste ;

Que dans ce même document, la pension moyenne dans le secteur étatique est d'approximativement 10€ par mois (Madame a bientôt l'âge de la pension) ;

Que ces chiffres sont corroborés par les documents déposés par la partie requérante à l'appui de sa demande, *notamment la pièce 6* de la demande initiale ;

Que ces documents permettent de confirmer que la requérante en particulier ne pourrait avoir accès aux soins et suivis que son état de santé requiert ;

Que la partie adverse cite toute une série de mutuelle mais que la plupart ne corresponde pas à la situation de la requérante qui ne pourrait y adhérer (par exemple la FNPC qui est à destination des professionnelles de la presse ce qu'elle n'est pas ou encore la MESECKIN qui est à destination des enseignants catholiques ce qu'elle n'est pas non plus) ;

Qu'elle fournit un lien pour établir l'existence de ces mutuelles mais que ce lien ne fonctionne pas (pièce 2) et n'est pas fourni dans le dossier administratif de sorte que les informations fournies ne peuvent être vérifiées ;

Que la partie adverse fait référence à l'association nationale des soins palliatifs ;

Que les soins palliatifs sont définis peuvent être définis comme :

« Les soins palliatifs sont destinés à la personne en fin de vie, considérée comme vivante jusqu'aux derniers instants. Ils tendent à assurer l'accompagnement global du patient et de son entourage, tant au niveau de la gestion des symptômes physiques et de la douleur que d'un soutien psychologique ou spirituel. »⁴

Que bien que la requérante soit atteinte de pathologies menaçant sa vie, elle ne peut être encore considéré comme étant en « fin de vie » en tout cas pas tant qu'elle réagira positivement à ses traitements de sorte que la mise en place de soins palliatifs (qui n'en est par ailleurs qu'à ses débuts) ne la concerne pas directement ;

Que la partie adverse ne motive pas à suffisance sa décision au regard des informations apportées par la partie requérante quant à l'impossibilité d'accéder aux traitements et suivis que son état requiert au pays d'origine »

3. Discussion.

3.1. Sur la troisième branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans sa version applicable à l'acte attaqué « *l'étranger qui séjourne en Belgique et 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 au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 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 [...]. 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* » et que « *L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de

son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Sur ce dernier point, le Conseil précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cfr. dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

3.2. En l'espèce le Conseil observe que la décision attaquée repose sur les conclusions du médecin de l'Office des Etrangers, mentionnées dans l'avis daté du 21 décembre 2016, lequel est joint à la décision attaquée. Cet avis conclut notamment à l'accessibilité des soins requis sur la base des considérations suivantes:

« L'avocat de l'intéressée cite des rapports ainsi que des sites dans le but, d'attester que madame [la partie requérante] n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine.

Ces documents sont intitulés: Médecins sans frontière « l'effondrement des soins de santé et ses causes », « plan stratégique de la réforme hospitalière » par le Ministère de la santé publique, article 7 sur 7 « Se faire soigner en RDC, un casse-tête chinois », « problématique des maladies de rein en RDC » sur Mediacongo.net, « Journée mondiale du rein », sur Adiac-Congo.

À la lecture de ces articles et rapports, ceux-ci dénoncent de manières générales des problèmes liés à la précarité de l'infrastructure médicale.

Notons d'emblée que ces différentes sources reflètent une situation générale et ne décrivent pas nécessairement la situation que rencontre personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En outre, l'intéressée ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Rappelons également que 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 et Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Mûslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

L'avocat de l'intéressée met en avant les disparités entre l'accès aux traitements en Belgique et au Congo. Il souligne également que la prise en charge est difficile et coûteuse.

Rappelons d'abord que (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire⁴. Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rép. dém.). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume-Unis du 02 mai 1997, §38).

Concernant l'accessibilité des soins au Congo (Rép. dém.), il existe une Association nationale des soins palliatifs qui s'inscrit dans le cadre de la couverture universelle sanitaire. La présidente [O.M.] de cette association a fait savoir que ces soins sont administrés à toute personne souffrant des maladies graves et évolutives. Il s'agit des soins actifs et évolutifs⁵.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas⁶, OMS⁷, CTB⁸ 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.

Les personnes les plus démunies peuvent également faire appel à la solidarité traditionnelle (ou assurance communautaire) : épargne, tontines, dons, entraide familiale, etc.⁹ Comme mutuelles de santé, on peut citer : la clinique mutualiste ISIS; la MUSAKI (mutuelle de santé de Kisenso); la MAM. (mutuelle d'assurance maladies); la FNPC (mutuelle de santé de la fédération nationale des professionnels de la presse du Congo)¹⁰. Des assurances privées existent également : plusieurs groupements du genre existent actuellement au Congo (plus ou moins 200) .

Si, l'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix¹²

Enfin, 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 au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013).

Par conséquent, les soins sont accessibles dans le pays d'origine. »

Le Conseil observe en premier lieu que le dossier administratif ne comporte aucun document permettant d'appuyer les affirmations du fonctionnaire médecin relatives à la solidarité traditionnelle, aux mutuelles de santé et aux assurances privées en République démocratiques du Congo et celles relatives à l'ONG Caritas tirées des sources suivantes : «

- **Programme National d'appui à la Protection sociale (PNPS) (16.02.2011), La protection sociale,**http://www.pnps.cd/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=65,
- **La Tribune Médicale, Mutuelles de santé en RDC ; Etat des lieux (2010),**<http://www.tatribunemedicale.info/2010/10/mutuelles-de-sante-en-rdc-etat-des-lieux.html> »
- « **Projet CRI (CE), Fiche-pays : République Démocratique du Congo (RDC) (juin 2009),**<http://www.vluchtelingenwerk.be/bestanden/CRI/cs-congo-fr.pdf> » et
- **CARITAS-CONGO ASBL, Revue annuelle 2010 et prévisions des activités 2011, janvier 2011 »**

Dès lors, la partie défenderesse ne permet pas au Conseil d'exercer son contrôle de légalité quant à cet aspect de la décision.

Ensuite, si l'examen des autres documents cités dans le rapport du médecin de la partie défenderesse confirment les efforts fournis depuis plusieurs années par des organismes internationaux comme l'OMS ou la CTB dans le développement du système de santé de la RDC, rien ne permet toutefois de garantir que les mécanismes mis en place par ces organes permettraient d'assurer à la partie requérante un accès réel aux soins requis par sa pathologie. Il s'agit essentiellement dans le chef de ces instances de mettre en œuvre des plans stratégiques de coordination et d'appui technique en collaboration avec les autorités locales. Cela se traduit notamment pour l'OMS par un appui technique ou matériel dans des actions prioritaires préétablies et limitativement énumérées telles, l'actualisation du cadre législatif et normatif et la révision de la structure organique du Ministère de la santé, le renforcement du système de santé via une amélioration de la qualité des ressources humaines et de la politique pharmaceutique nationale, la prévention et lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la gestion des conséquences sanitaires des urgences et des catastrophes....

Quant à la CTB, «A travers son programme de santé en République démocratique du Congo, l'Agence de développement (CTB) ambitionne de contribuer à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire grâce à un appui tant financier que technique. Le plan est censé améliorer l'accès à des soins de santé de qualité dans certains districts sanitaires pilotes. L'approche adoptée par la CTB vise à favoriser un processus d'apprentissage systématique de ces expériences pilotes, pour alimenter des politiques nationales ».

Le Conseil estime dès lors que ces mesures constituent tout au plus un projet général qui ne concerne pas la situation personnelle de la partie requérante.

Enfin concernant l'existence du bureau Diocésain des œuvres médicales (BDOM), couvrant l'ensemble du territoire congolais et offrant des soins d'un bon rapport qualité /prix, évoquée par le médecin conseil, l'examen du dossier révèle que : «Le BDOM est une ASBL de l'Eglise catholique de l'Archidiocèse de Kinshasa qui collabore également avec le réseau de soins de l'Eglise salutariste. Il assure une couverture

sanitaire à 1.100.000 habitants. Il travaille dans 24 zones de santé sur les 35 de la ville de Kinshasa ; couvrant ainsi 20 à 25% des besoins de santé primaire de la capitale. Le BDOM dispose de 48 centres de santé, 8 centres hospitaliers, 22 maternité et un hôpital de référence».

Or, outre le fait que contrairement à ce qui est soutenu dans le rapport du fonctionnaire médecin, il ne ressort nullement de ce qui précède, que le BDOM assure une couverture sur tout le territoire du Congo, il convient également de constater que le dossier administratif ne comporte aucune indication sur les conditions de couverture ou d'adhésion à ce système si ce n'est pour les membres de la MUSECKIN (Mutuelle des enseignants des Ecoles Catholique de Kinshasa) ce dont ne relève pas la requérante, de telle sorte qu'il n'est pas permis de soutenir que la partie requérante pourra effectivement en bénéficier.

Le même raisonnement doit être tenu en ce qui concerne les affirmations du médecin fonctionnaire relative à la couverture universelle des soins palliatifs, qui, en l'absence d'indications plus précises quant aux mécanismes et conditions d'accès d'une telle couverture en RDC, ne permettent pas de s'assurer d'une prise en charge effective et adaptée à la situation personnelle de la requérante. Les informations dont se prévaut le médecin de la partie défenderesse et figurant au dossier administratif se limitent à cet égard aux considérations suivantes : *« Parlant des soins palliatifs qui s'inscrivent dans le cadre de la couverture universelle sanitaire, la présidente de cette association a fait savoir que ces soins sont administrés à la personne souffrant des maladies graves et évolutives. Il s'agit des soins actifs parce qu'il se donnent tous les jours et évolutifs cars ils évoluent avec l'état de santé du patient. 'Ces soins sont donnés dans le respect de la personne dans sa globalité', explique [O.M] »*

Pour le surplus, la simple circonstance selon laquelle la partie requérante pourrait recourir à la solidarité traditionnelle, ne permet également pas de considérer que le traitement nécessaire à sa pathologie lui sera effectivement accessible dans son pays d'origine, compte tenu notamment des coûts élevés des soins de santé, pointés dans les différents rapports invoqués par la requérante et non contestés par la partie défenderesse.

Il résulte en conséquence de ce qui précède qu'il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie le médecin-conseil et à sa suite la partie défenderesse, que les soins médicaux que nécessite l'état de santé de la partie requérante sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée en ce qui concerne l'accessibilité du traitement nécessaire à la partie requérante, au regard de sa situation individuelle.

L'argumentation de la partie défenderesse, développée sur ce point en termes de note d'observations selon laquelle *«La partie adverse estime que les critiques de la partie requérante concernant l'accessibilité des soins sont dénuées de tout fondement dès lors qu'elle ne conteste pas souffrir d'une maladie grave et évolutive et qu'il ressort des informations récoltées par le médecin fonctionnaire que l'Association nationale des soins palliatifs administre les soins à toute personne souffrant de maladies graves et évolutives.*

Elle considère aussi qu'en se contentant d'affirmer qu'elle a quitté son pays d'origine il y a huit ans, la partie requérante n'énervé le constat qu'en RDC, les personnes les plus démunies peuvent faire appel à la solidarité traditionnelle, à savoir l'épargne, les tontines, les dons, l'entraide familiale, etc., ou s'adresser à une mutuelle de santé ou à une assurance privée et que si elle est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par ces organismes, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales qui couvre l'ensemble du territoire congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix. », n'est pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

La troisième branche du moyen unique est fondée dans les limites décrites ci-dessus et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

5. Débats succincts

5.1. 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.

5.2. La décision attaquée étant annulée 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 1.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, prise le 23 décembre 2016, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-trois août deux mille dix-huit par :

Mme E. MAERTENS,

président de chambre,

Mme G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO

E. MAERTENS