



## Arrêt

**n° 222 113 du 29 mai 2019**  
**dans l'affaire X / I**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. ROLAND**  
**Rue Saint-Quentin, 3**  
**1000 BRUXELLES**

**Contre :**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration**

### **LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA 1<sup>ère</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 27 octobre 2016, par X en nom propre et en qualité de représentante légale de X, qui déclarent 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 17 août 2016.

Vu le titre 1<sup>er</sup> 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 31 janvier 2019 convoquant les parties à l'audience du 22 février 2019.

Entendu, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. ROLAND, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. de SOUSA *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. La partie requérante déclare être arrivée en Belgique le 6 février 2008.

1.2. Le 7 février 2008, elle a introduit une demande de protection internationale. Le 4 juin 2008, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides prend une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Le recours introduit contre cette décision s'est clôturé par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n° 16 383 du 26 septembre 2008.

1.3. Le 9 juin 2008, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Le 7 novembre 2008, la demande a été déclarée irrecevable. Le recours en suspension introduit à l'encontre de cette décision, selon la procédure d'extrême urgence, a été rejeté par un arrêt n° 19 695 du 28 novembre 2008. Par un arrêt n° 23 136 du 17 février 2009, le recours en suspension et en annulation, selon la procédure ordinaire, sera également rejeté par le Conseil.

1.4. La partie requérante a introduit, le 6 janvier 2009, une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande est déclarée recevable le 22 janvier 2009. Elle est complétée par de nouvelles attestations médicales les 12 août 2009, 24 août 2009, 1<sup>er</sup> avril 2010, 2 novembre 2010 et 12 janvier 2011.

Le 28 mars 2011, une décision de rejet de ladite demande d'autorisation de séjour est prise par la partie défenderesse. Cette décision, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire sont notifiés à l'intéressée le 3 avril 2011. Par un arrêt n° 170 178 du 20 juin 2016, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.5. Le 27 mars 2012, la partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur pied de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Le 3 septembre 2012, elle apporte un complément à cette demande. Le 16 octobre 2012, cette demande est déclarée irrecevable sur la base de l'article 9<sup>ter</sup>, §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980. Le recours introduit devant le Conseil de céans à l'encontre de cette décision s'est conclu par un arrêt de rejet n° 161 130 du 29 janvier 2016.

1.6. Le 17 mars 2014, la partie requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur pied de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

1.7. Le 18 août 2014, cette demande a été déclarée non-fondée par la partie défenderesse et la partie requérante a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 170 177 du 20 juin 2016, le Conseil a annulé ces décisions.

1.8. La 17 août 2016, la partie défenderesse a rejeté la demande visée au point 1.6. et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 29 septembre 2016, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué)

« 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.*

*Madame [L.M.E.] 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 de la requérante.*

*Dans son rapport du 11 août 2016 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Congo (Rép. dém.).*

*Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

*Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.*

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

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué)

**« 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 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle 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. Intérêt au recours**

2.1. Le Conseil relève que, par un courrier daté du 4 février 2019, la partie défenderesse l'a informé de ce que la partie requérante s'est vue délivrer une carte A en date 29 octobre 2018. Ce titre de séjour fait suite à une première carte A délivrée le 16 août 2017 suite à une décision du 25 juillet 2017, autorisant la partie requérante au séjour limité sur le fondement de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

A cet égard, le Conseil rappelle que l'intérêt au recours, qui doit persister jusqu'au prononcé de l'arrêt, constitue une condition de recevabilité de celui-ci et que « l'intérêt tient dans l'avantage que procure, à la suite de l'annulation postulée, la disparition du grief causé par l'acte entrepris » (P.LEWALLE, Contentieux administratif, Bruxelles, Ed. Larcier, 2002, p. 653, n° 376).

Interrogée à l'audience quant à l'incidence de la délivrance d'un tel titre de séjour, la partie requérante confirme être en possession d'une carte A qui lui a été délivrée sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, le 25 juillet 2017 et prolongé le 29 octobre 2018 et déclare maintenir son intérêt au recours au regard de la teneur de la décision attaquée fondée sur ses problèmes de santé.

La partie défenderesse estime quant à elle qu'au regard de la délivrance de la carte A, il n'y a plus d'intérêt au recours.

2.2. En l'espèce, en ce qui concerne l'intérêt à poursuivre l'annulation du premier acte attaqué, force est de constater que le titre de séjour accordé à la partie requérante étant de nature temporaire, celle-ci pourrait être tenue de quitter le territoire si les conditions d'octroi ou de prolongation dudit titre de séjour ne sont plus réunies. En outre, en application de l'article 9ter, § 3, 5°, de la loi du 15 décembre 1980 qui stipule que le « *délégué du ministre déclare la demande irrecevable [...] si des éléments invoqués à l'appui de la demande d'autorisation de séjour dans le Royaume ont déjà été invoqués dans le cadre d'une demande précédente d'autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition* », la partie requérante ne pourrait plus solliciter une nouvelle autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, en invoquant les mêmes éléments que ceux invoqués à l'appui de la demande ayant abouti à l'acte attaqué (voy. en ce sens : CE 233.168 du 8 décembre 2015).

2.3. En ce qui concerne l'intérêt à poursuivre l'annulation du second acte attaqué, force est de constater que la partie requérante – qui bénéficie d'un droit de séjour sur le territoire – reste en défaut de démontrer la persistance, dans son chef, d'un quelconque avantage que lui procurerait l'annulation du second acte attaqué en sorte que le Conseil ne peut que constater que celle-ci n'a plus intérêt au présent recours à cet égard.

2.4. Le Conseil estime dès lors que la partie requérante démontre à suffisance son intérêt au recours en ce qu'il est dirigé contre le premier acte attaqué mais constate que le recours est irrecevable en ce qu'il vise le second acte attaqué.

## **3. Examen du moyen d'annulation**

3.1.1. La partie requérante prend notamment un second moyen de la violation des articles 9<sup>ter</sup> et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 3 de la CEDH, des « principes généraux de bonne administration, dont l'erreur manifeste d'appréciation, le principe général imposant à l'administration de statuer en prenant en cause l'ensemble des éléments pertinents du dossier et l'obligation incombant à toute administration de respecter les principes de précaution, de prudence et de minutie » et des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que de l'excès de pouvoir.

3.1.2. A l'appui d'une seconde branche intitulée « Accessibilité des soins », elle critique tout d'abord le motif de l'avis médical par lequel le médecin conseil estime qu'elle « ne démontre pas que sa situation personnelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation » en insistant sur les documents qu'elle a déposés.

Elle fait en effet valoir que ceux-ci évoquent le coût prohibitif des médicaments destinés aux diabétiques, le manque d'accessibilité aux traitements et que dès lors qu'elle souffre de diabète de type 2, ces informations concernent précisément sa situation contrairement à ce qui est affirmé dans l'acte attaqué.

Estimant que la partie défenderesse ne pouvait se limiter à écarter les documents déposés en estimant qu'ils décrivent une situation générale, elle lui fait grief de n'en avoir pas tenu compte et de n'y avoir pas répondu de manière précise et complète en violation du principe général imposant à l'administration de statuer en prenant en cause l'ensemble des éléments pertinents du dossier, de son obligation d'agir de manière prudente et diligente et des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980.

S'agissant de l'accessibilité géographique, elle souligne que l'ensemble des sources citées par la partie défenderesse concerne des hôpitaux situés à Kinshasa alors qu'elle est originaire de Lukala en sorte que les soins lui sont inaccessibles. Elle fait grief au médecin conseil de la partie défenderesse de considérer qu'elle peut s'installer dans un endroit où les soins sont disponibles et fait valoir que celui-ci fait fi de sa situation personnelle dès lors qu'elle n'a jamais vécu à Kinshasa, qu'elle est âgée de 58 ans et que l'on ne peut, dès lors, raisonnablement envisager qu'elle puisse s'installer dans la ville de Kinshasa en cas de retour en RDC.

En ce qui concerne le financement des soins qui lui sont nécessaires, elle relève que l'article 1<sup>er</sup> de l'Ordonnance 07/018 du 16 mai 2007 à laquelle il est fait référence dans l'avis médical n'établit qu'une pétition de principe sur le fait que chaque Ministère doit veiller à mettre en place le projet gouvernemental. Elle fait valoir que cette ordonnance traite de l'ensemble des projets gouvernementaux mais qu'il ne s'agit que de projets, le texte n'indiquant pas que les mutuelles sont effectives. Elle en déduit que la partie défenderesse se fonde sur le projet du Président Kabila pour affirmer que les mutualités sont effectives en RDC, affirmation qu'elle estime grotesque quand on connaît les critiques émises à l'encontre de ce gouvernement, accusé de ne pas permettre au Congo de se doter d'un système de santé optimal et efficace.

Elle fait ensuite grief à la partie défenderesse de citer, à titre d'exemple la mutualité « MUSU » et soutient que les informations présentes sur le site internet auquel la partie défenderesse fait référence ne peuvent suffire à affirmer que les soins lui seront accessibles financièrement. Elle précise tout d'abord que l'article cité par la partie défenderesse ne contient pas d'informations actuelles dès lors qu'il date du 14 novembre 2008 alors que la situation politique n'est plus la même et que celle-ci influe fortement sur les « grands chantiers » que sont notamment la mise en place de mutuelles. Elle ajoute que rien n'indique que cette mutuelle est opérationnelle et prend effectivement en charge les pathologies dont elle souffre.

Elle poursuit en faisant valoir que ces mutuelles exigent le paiement d'un droit d'adhésion et de cotisations mensuelles mais qu'elle n'a pas les ressources nécessaires pour payer ces montants. Ainsi elle relève que la MUSU prévoit même un stage d'attente impliquant une rupture dans l'accès aux soins. Elle indique également que vu son âge et son état de santé, il est évident qu'elle ne sera pas en mesure de s'intégrer dans le marché de l'emploi congolais.

Elle soutient ensuite que cette mutuelle est une simple ASBL qui n'est nullement organisée par les pouvoirs publics en sorte qu'il est péremptoire d'affirmer que l'Etat congolais est à même de garantir qu'elle sera prise en charge au Congo.

S'agissant de la possibilité de s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvrirait l'ensemble du territoire congolais, elle reproche à la partie défenderesse de se fonder sur des informations vieilles de plus de 7 ans, estime qu'il est impossible de vérifier que le BDOM serait toujours actif en RDC et souligne que des élections présidentielles ont eu lieu depuis 2007 ce qui a modifié la situation politique et a influé fortement sur les « grands chantiers ». Elle ajoute que le document sur lequel se fonde la partie défenderesse traite de la « Museckin » (Mutuelle des Enseignants des Ecoles Catholiques de Kinshasa) qui ne peut pas la couvrir. Elle relève ensuite que le BDOM est simplement décrit comme une « ASBL de l'Eglise catholique de l'Archidiocèse de Kinshasa qui [...] assure une couverture sanitaire à 1.100.000 habitants [et] travaille dans 24 zones de santé sur les 35 de la ville de Kinshasa » en sorte que rien n'indique que cette ASBL travaillerait en dehors de Kinshasa alors qu'elle est originaire de Lukala. Elle expose également que le document auquel il est fait référence ne donne aucune information précise sur les coûts et l'accessibilité des traitements mais se contente d'affirmer que cette ASBL serait « une des meilleurs en terme de rapport qualité/prix ».

Elle critique ensuite la référence faite à l'aide extérieure consacrée en RDC et à la présence de plusieurs ONG et de l'agence belge de développement en soutenant que la présence d'ONG ou d'organisations de développement ne prouve pas que les soins sont accessibles dans ce pays mais au contraire, cette présence est plutôt un indice de l'état de déliquescence dans lequel se trouve le système de soins congolais.

Soutenant que pour conclure à sa disponibilité et son accessibilité, l'offre de soins doit être durable, elle estime qu'il convient d'examiner l'offre assurée par l'Etat congolais ou par des établissements privés établis durablement et non par des ONG qui n'ont pas vocation à s'établir sur le territoire et dont les projets sont temporaires.

En ce qui concerne le « Plan national de Développement Sanitaire 2011-2015 » auquel la partie défenderesse fait référence, elle fait valoir qu'il est évident que celui-ci ne démontre pas que les soins seraient accessibles, mais que soutient que l'existence de ce plan et les constats qui y sont dressés renforcent au contraire la réalité de l'inaccessibilité des soins en RDC.

S'agissant de l'aide que pourrait lui apporter sa famille, elle souligne que les membres de sa famille encore présents en RDC ne travaillent pas et qu'elle a peu de relation avec eux en sorte que personne ne pourra l'aider à payer un traitement lourd et coûteux.

Elle fait enfin valoir que le motif selon lequel « 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 » n'est pas pertinent dans la mesure où elle postule également que ces soins lui sont totalement inaccessibles.

3.2. A titre liminaire, sur le second moyen, le Conseil rappelle que l'excès de pouvoir n'est pas un fondement d'annulation mais une cause générique d'annulation (article 39/2 de la loi du 15 décembre 1980). Il ne s'agit donc pas d'un moyen au sens de l'article 39/69, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980. En ce qu'il est pris de l'excès de pouvoir, le second moyen est dès lors irrecevable.

3.3.1. Sur le second moyen ainsi circonscrit, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, « *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 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 ».*

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9<sup>ter</sup> précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ». (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<sup>ter</sup> précité, les traitements existants 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.

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi 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 (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.3.2.1. En l'espèce, le Conseil observe que le premier acte attaqué (ci-après : l'acte attaqué) est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 11 août 2016 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *Diabète de type 2 insulino-requérant traité, compliqué de rétinopathie débutante, polyneuropathie des membres inférieurs, néphropathie débutante possible* », d'« *HTA* », de « *Dyslipidémie* » et d'« *Obésité* » ainsi que d'une « *affection du genou [...] bénigne ne requérant [...] aucun traitement médicamenteux ni d'intervention* ». Le médecin fonctionnaire considère en substance que les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant.

S'agissant de l'accessibilité des traitements et suivis requis au pays d'origine, le fonctionnaire médecin formule notamment les motifs suivants : « *Rappelons que l'intéressée a déjà quitté le Bas-Congo pour venir vivre en Belgique qui est bien plus éloignée du Bas-Congo que toute région du Congo (Rép. dém.). Partant de ce constat, l'intéressée « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles* » [référence en note de bas de page : « CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011 »]

*Notons que le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS) [référence en note de bas de page : « Ministère de la Santé Publique (RDC), Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, mars 2010 »] a pour but « de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2015. Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, tandis que son objectif sectoriel est d'assurer des soins de santé primaire de qualité et à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles ».*

*Notons que le Congo (Rép. dém.) développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale [référence en note de bas de page : « Article 1<sup>er</sup> de l'Ordonnance n° 07/018 du 16 mai 2007 fixant les attributions des Ministères,*

[www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/Ministeres/gouv/C.07.18.16.05.2007.htm](http://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/Ministeres/gouv/C.07.18.16.05.2007.htm) »]. *Et depuis le lancement du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé en septembre 2012, de plus en plus de Congolais adhèrent aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé* [référence en note de bas de page : « Inter Press Service News Agency, Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles (RD Congo), 22 mars 2013, [http://ipsinternational.org/fr/\\_note.asp?idnews=7489](http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=7489) »]. *Citons à titre d'exemple, la MUSU* [référence en note de bas de page : « Fédération Nationale des Cadres, *Une mutuelle de santé à Kinshasa*, [www.africaefuture.org/fnc/html/326.html](http://www.africaefuture.org/fnc/html/326.html) »] à Kinshasa. *La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle (en moyenne 2,5 à 4,5 dollars/mois), les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (Rép. dém.). 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 Oeuvres Médicales (BOOM) qui recouvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix* [référence en note de bas de page : « Programme BIT/STEP, *Museckin : premières données issues du nouveau système de suivi des prestations de soins, avril 2007* »]. *Par ailleurs, à Kinshasa les dix hôpitaux et la soixantaine de centres de santé qui sont gérés par le BDOM, 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* [référence en note de bas de page : « Inter Press Service News Agency, Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles (RD Congo), 22 mars 2013, [http://ipsinternational.org/fr/\\_note.asp?idnews=7489](http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=7489) »]. *Ce qui permet à ces hôpitaux de renouveler l'appareillage, d'assurer la remise à niveau du personnel soignant et d'améliorer la qualité des soins.*

*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* [référence en note de bas de page : « CARITAS-CONGO ASBL, Revue annuelle 2010 et prévisions des activités 2011, janvier 2011 »], *OMS* [référence en note de bas de page : « Organisation mondiale de la Santé, Stratégies de Coopération avec les pays 2009-2013 : Rép. Dém Congo »], *CTB* [référence en note de bas de page : « CTB, Agence Belge de Développement, DR Congo, Projets, <[www.btctb.org/fr/country/16/projects-list](http://www.btctb.org/fr/country/16/projects-list)> »] *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.*

*De plus, d'après sa demande d'asile, l'intéressée a encore de la famille vivant au Congo (Rép. dém.). Etant arrivée en Belgique en 2008, on peut en conclure que l'intéressée a vécu la majorité de sa vie au Congo (Rép. dém.) et qu'elle a dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir au Congo (Rép. dém.) et/ou l'aider financièrement si nécessaire ».*

Le Conseil estime toutefois, à l'instar de la partie requérante, que ces éléments ne démontrent pas, à suffisance, l'accessibilité des soins et suivis requis par l'état de santé de la requérante, dans son pays d'origine.

3.3.2.2. Ainsi, s'agissant de la référence au « Plan National de développement Sanitaire 2011-2015 » (ci-après : le PNDS) elle ne permet nullement de conclure à l'accessibilité, en République Démocratique du Congo (ci-après : RDC), des traitements et suivis rendus nécessaires par l'état de santé de la partie requérante. Le Conseil observe en effet que l'extrait qui en est cité dans l'avis médical du 11 août 2016 ne fait que reprendre deux objectifs de ce Plan, l'un général et l'autre sectoriel, mais ne concerne nullement la question de savoir si lesdits traitements et suivis sont effectivement accessibles en RDC.

En outre, la partie défenderesse se contente de citer un extrait du rapport du PNDS sans préciser le numéro de la page auquel elle se réfère alors que ce document - dont une copie est versée au dossier administratif - comporte 109 pages. Or, il n'appartient pas au Conseil de rechercher parmi le volumineux dossier administratif et au travers d'un rapport de plus de 100 pages les informations issues dudit rapport qui seraient de nature à soutenir les motifs de l'avis médical du 11 août 2016.

3.3.2.3. S'agissant de la référence à l'existence de mutuelles de santé en RDC, le Conseil observe tout d'abord quant à l'ordonnance reprise en note de bas de page 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 suivis nécessaires au pays d'origine.

S'agissant ensuite des articles relatifs à la MUSU et à la MUSECKIN, outre le fait qu'ils sont anciens et ne permettent pas d'établir l'accessibilité actuelle des soins au pays d'origine, comme cela est soutenu par la partie requérante, le Conseil relève que la MUSECKIN est la mutuelle des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, de sorte que l'article y relatif n'est nullement pertinent en l'espèce pour établir ladite accessibilité, la partie requérante n'ayant pas invoqué être enseignante dans une école catholique de Kinshasa. En ce qui concerne en outre le Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales, dès lors que le document invoqué vise une convention conclue entre la MUSECKIN et ladite asbl, la référence qui y est faite n'apparaît pas plus pertinente en l'espèce.

Quant à la MUSU, le Conseil relève qu'il ressort du document figurant au dossier administratif que rien ne prouve que les soins nécessaires à la partie requérante seront couverts par cette mutuelle, l'article précisant que les prestations suivantes sont assurées : les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC. Force est dès lors de constater, ainsi que relevé en termes de requête, que rien n'indique que le « *suivi en endocrinologie, [...], cardiologie et d'autres services en fonction des complications du diabète* » prescrit par le médecin traitant de la partie requérante dans son certificat médical du 29 juin 2016, entrerait dans l'une de ces catégories.

3.3.2.4. En ce qui concerne l'aide extérieure consacrée à la santé qui serait « non négligeable » en RDC, le Conseil observe tout d'abord que le médecin fonctionnaire se contente en l'espèce de citer trois organisations - Caritas, l'OMS et la CTB - en indiquant, sans plus de précision, que celles-ci 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* ». Il ne ressort nullement de la formulation d'un tel motif que la partie défenderesse ou le médecin fonctionnaire ont effectivement vérifié l'accessibilité, par l'intermédiaire de telles organisations, des traitements et suivis nécessaires à la partie requérante.

Outre le caractère lacunaire et général du simple constat reproduit ci-dessus, le Conseil constate également que les pièces versées au dossier administratif ne permettent pas davantage de conclure à l'accessibilité desdits traitements et suivis. En effet, le document relatif à Caritas – daté du mois de janvier 2011 soit plus de cinq ans avant la prise de l'acte attaqué – consiste en un document de 36 pages à l'égard duquel la partie défenderesse n'indique aucune référence précise et qui présente les « principales actions réalisées par la Caritas Congo asbl en 2010 », actions « essentiellement axées sur [leurs] principaux domaines d'intervention » que sont « les urgences, le développement et la santé » (p.7) et dont aucune des sections ne concerne le diabète, pathologie dont est atteinte la partie requérante. De même, force est de constater que la partie requérante se contente d'une référence générale à un document de 37 pages dont il s'avère qu'il est relatif à le « Stratégie de Coopération de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec la République démocratique du Congo (RDC) » et couvre la période 2008-2013 (p.ix), sans indiquer en quoi il peut en être déduit que les soins nécessaires à la partie requérante lui seront accessibles en RDC. Le document relatif à la CTB n'est pas de nature à éclairer davantage le Conseil quant à cette question dès lors qu'il ne consiste qu'en une liste de dix projets dont le seul relatif au domaine de la santé concerne la « lutte contre la trypanosomiase humaine africaine », pathologie dont la partie requérante n'invoque pas être atteinte.

En l'absence de références plus précises ou d'explications de la part de la partie défenderesse, le Conseil ne peut que constater qu'il ne peut être déduit des informations auxquelles il est fait référence que les traitements et suivis seront accessibles à la partie requérante en cas de retour en RDC.

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



3.3.2.5. Quant à la mention dans l'avis médical du fait que « rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir au Congo (Rép. dém.) et/ou l'aider financièrement si nécessaire », le Conseil observe, outre le bel optimisme du fonctionnaire médecin quant à la qualité des liens que la partie requérante entretient avec sa famille ou un hypothétique entourage ainsi qu'aux moyens financiers de ceux-ci, qu'une telle affirmation n'est nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivis nécessaires à la partie requérante.

En effet, un tel motif, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté que la partie requérante souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écartier un risque réel – entraîné par cette maladie – pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat *in specie* dès lors, qu'il s'agit notamment d'écartier un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH et au regard de ce qui a été rappelé au point 3.3.1. du présent arrêt à savoir que pour être « adéquats » au sens de l'article 9<sup>ter</sup> précité, les traitements existants 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.

Sur ce point, le Conseil estime nécessaire de rappeler les termes de l'arrêt Paposhvili c. Belgique selon lequel « 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), no 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée).

191. Dans l'hypothèse où, après l'examen des données de la cause, de sérieux doutes persistent quant à l'impact de l'éloignement sur les intéressés – en raison de la situation générale dans l'État de destination et/ou de leur situation individuelle – il appartient à l'État de renvoi d'obtenir de l'État de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés afin qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation contraire à l'article 3 (sur l'obtention d'assurances individuelles, voir Tarakhel, précité, § 120). » [le Conseil souligne].

3.3.2.6. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse reste en défaut de démontrer dans le cas d'espèce, que le traitement adéquat à l'état de santé de la partie requérante est accessible au pays d'origine, violant ainsi l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 et le principe de prudence et de minutie.

3.3.3. Il résulte de ce qui précède que le second moyen ainsi pris, est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

#### **4. Débats succincts**

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie en ce qu'elle vise le premier acte attaqué et rejetée pour le surplus, 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. Le premier acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, rejetant la requête pour le surplus, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension en ce qu'elle vise ledit acte.

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

#### **Article 1<sup>er</sup>**

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 17 août 2016, est annulée.

**Article 2**

La requête en annulation est rejetée pour le surplus.

**Article 3**

La demande de suspension est sans objet en ce qu'elle vise la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour prise le 17 août 2016.

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

Mme B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT