



Arrêt

n° 235 836 du 12 mai 2020
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres D. ANDRIEN et Z. ISTAZ-SLANGEN
Mont Saint Martin 22
4000 LIEGE

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 10 avril 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 25 février 2014.

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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 30 janvier 2020 convoquant les parties à l'audience du 26 février 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me A. ERNOUX *loco* Mes D. ANDRIEN et Z. ISTAZ-SLANGEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. NOKERMAN *loco* Mes D. MATRAY et S. CORNELIS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 6 janvier 2013. Le 14 janvier 2013, elle a introduit, en son nom et au nom de son fils mineur, une demande d'asile auprès des autorités belges. Le 16 mai 2013, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été annulée par le Conseil de céans dans un arrêt du n° 111 140 du 1^{er} octobre 2013. Le 23 mai 2013, un ordre de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13quinquies) a été délivré à la requérante. Cette décision a également été annulée par le Conseil de céans dans un arrêt n° 117 094 du 17 janvier 2014. Le 24 décembre 2013, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été annulée par le Conseil de céans dans

un arrêt n° 123 682 du 8 mai 2014. Le 15 janvier 2014, un ordre de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13quinquies) a été délivré à la requérante. Cette décision a également été annulée par le Conseil de céans dans un arrêt n° 132 161 du 27 octobre 2014. Le 26 mars 2015, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une nouvelle décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt n° 230 133 du 12 décembre 2019.

Par un courrier du 13 septembre 2013, 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 25 février 2014, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée. Cette décision qui lui a été notifiée en date du 11 mars 2014, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« 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 [N. L.] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lors qu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Dans son avis médical du 20.02.2014 (remis à la requérante sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles . Le médecin de l' OE poursuit que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors,

1) Il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) Il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lors qu'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 ».

Le 24 avril 2018, la requérante a été autorisée au séjour limité sur la base des articles 9bis et 13 de la loi du 15 décembre 1980. Le 2 octobre 2019, cette autorisation de séjour a été prolongée jusqu'au 23 mai 2020.

2. Intérêt au recours.

Le 3 février 2020, la partie défenderesse a informé le Conseil que la requérante s'est vue délivrer une «carte A» le 2 octobre 2019, laquelle est valable jusqu'au 23 mai 2020. Interrogée lors de l'audience du 26 février 2020 quant à l'intérêt au recours, la partie requérante indique que son intérêt est maintenu, le séjour octroyé étant limité. La partie défenderesse s'en réfère quant à elle à sa note d'observation

Le Conseil rappelle que l'intérêt au recours doit persister jusqu'au prononcé de l'arrêt et que l'actualité de l'intérêt au recours constitue une condition de recevabilité de celui-ci. Il rappelle également 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, Larcier, 2002, p. 653, n° 376).

La « carte A » de la requérante lui ayant été délivrée sur une autre base que les éléments médicaux invoqués par celle-ci dans sa demande d'autorisation de séjour visée dans l'exposé des faits, le Conseil estime que la partie requérante maintient son intérêt au présent recours.

3. Exposé des moyens d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de « l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 [...], des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe général de minutie et du principe général de bonne administration qui impose de tenir compte de tous les éléments de la cause ».

Dans un second grief, la partie requérante fait valoir que « l'avis médical ne conteste pas la gravité de la pathologie, mais retient la disponibilité et l'accessibilité de la requérante aux traitements médicamenteux et suivi requis pour assurer la stabilité de sa pathologie. Elle fait valoir des considérations théoriques sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et indique, sous un titre « Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine », que « la partie adverse prétend que le suivi et les médicaments indispensables au traitement de Madame [N.] sont disponibles au Congo. Le médecin conseil renvoie, tout d'abord, à la base de données MedCOI pour la disponibilité des médicaments. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés (Cons. État (13e ch.), 17 juin 2003, Adm. Publ. Mens., 2003, p.130). Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Les sources d'information MedCOI sont consultables sur demande, mais la prise de connaissance du contenu de la base de données ne se fait en tout état de cause pas antérieurement ni concomitamment à la décision et va à l'encontre de la jurisprudence citée ci-dessus. De plus, les médecins qui l'alimentent sont protégés par l'anonymat. De sorte que ni la requérante, ni Votre Conseil ne sont capables de vérifier les affirmations de la partie adverse, qui commet une erreur manifeste et méconnaît ainsi les articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 ». Elle cite un arrêt du Conseil de céans n° 114 161 du 21 novembre 2013 à cet égard.

Sous un titre « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », la partie requérante fait valoir que « Le rapport du fonctionnaire médecin stipule que le Congo développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale et cite à titre d'exemple la «MUSU». L'existence d'un tel système n'est pas contestée, cependant, il convient de signaler les conditions d'adhésion à ce type d'organisation. Par exemple, pour adhérer à la MUSU, une personne doit : - « Payer le droit d'adhésion de 1\$; - Payer la cotisation mensuelle de 2,3\$ par personne et par mois ; - Observer une période d'observation de 3 mois pendant lequel on n'accède pas encore au soin ; - Et enfin fournir une photo passeport pour chaque personne déclarée à la MUSU ». Source : <http://www.africaefuture.org/fnc/html/326.html> Il est nécessaire de constater que les cotisations exigées sont relativement élevées lorsqu'elles sont appréciées au regard des rémunérations perçues par les travailleurs congolais. Ensuite, il apparaît que la requérante, même en remplissant les différentes conditions énumérées, se verrait dans l'impossibilité d'avoir accès au financement des traitements médicamenteux dont elle a besoin durant la période d'observation de trois mois. Le site <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceld=4710> auquel renvoie le médecin concernant BDOM ne peut être consulté. De sorte que ni la requérante, ni Votre Conseil ne sont capables de vérifier les affirmations de la partie adverse, qui commet une erreur manifeste et méconnaît ainsi les articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980. La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation ainsi que les dispositions visées au moyen en retenant la disponibilité d'un suivi médical approprié au Congo. En effet, la documentation disponible, produite à l'appui de la demande 9ter, indique clairement qu'un retour de la requérante dans son pays mettra un terme à son suivi médical et provoquera dans son chef un traitement prohibé par l'article 3 CEDH : [...]

Selon le Country return Information de l'UNHCR consultable via le lien suivant : <https://www.unhcr.org/refworld/pdfid/46f3af1c0.pdf>

« p.49 à 53 : le système de sécurité sociale congolais devrait être restructuré en profondeur. Son champ d'application devrait être étendu aux personnes non encore couverte et les prestations offertes nécessitent une amélioration tant quantitative que qualitative dans la mesure où des neuf branches minimums déterminées par la Convention 102 de l'OIT, six seulement sont couvertes par l'INSS... Cette sécurité sociale obligatoire touche l'ensemble des entreprises et organisations employant des travailleurs ... en pratique les prestations sociales ne sont pas délivrées aux personnes...
Avantages spécifiques pour les candidats au retour : au niveau du gouvernement congolais, aucun avantage spécifique n'est mis en place pour l'instant ...
P.63 à 67 : 3.4.3.1 Critères d'accès aux services de santé
Dans l'ensemble les institutions sanitaires n'ont pas d'infrastructures appropriées ...
3.4.3.2. L'accès aux services de santé est libre pourvu que l'intéressé (le patient) dispose des moyens financiers pour se faire soigner. En effet, en République Démocratique du Congo, la malade prend tout en charge à l'hôpital pour son propre intérêt ...
3.4.3.3 Coûts des soins de santé
Les soins de santé coûtent cher en République Démocratique du Congo. En effet, en dehors des frais administratifs et des actes de médecins à payer, le malade ou sa famille prend également en charge le coût des médicaments dont il est difficile d'estimer le montant... »

Concernant, plus précisément, l'accessibilité et la disponibilité des soins pour les personnes souffrant de maladies cardiaques, la requérante avait joint à sa demande 9ter un document dont la fiabilité n'est pas contestée selon lequel le coût exorbitant d'une consultation en cardiologie, le manque d'équipement approprié ainsi que les lacunes du système de sécurité sociale:

« Selon les informations reçues par un médecin travaillant en RDC, il existe à Kinshasa plusieurs structures de soins qui assurent des consultations en cardiologie. Toutefois, il faut généralement compter entre 20 et 50 dollars US par consultation. Le coût d'une consultation avec un spécialiste au Centre Médical de Kinshasa (CMK) est, par exemple, de 22 dollars US. Compte tenu de la fragilité de la situation économique du pays et compte tenu du fait que le revenu annuel moyen d'une personne travaillant en RDC est estimé à 160 dollars US, ce qui représente un revenu mensuel d'environ 13 dollars US et un revenu journalier de 0.4 dollars US, ces coûts ne peuvent pas être pris en charge par la majorité des Congolais (...)

Le Country of Return Information (CRI) Project estime en outre qu'en RDC, toutes les cardiopathies qui nécessitent une intervention chirurgicale ne peuvent pas être prises en charge, étant donné le manque d'équipements appropriés. Les cardiopathies sont incluses dans la liste des maladies qui ne peuvent pas être traitées efficacement dans le pays et qui requièrent souvent un transfert du patient en dehors du pays pour assurer sa survie (...)

Il n'existe pas en RDC de compagnie d'assurance maladie publique ni de mutuelle de santé qui prenne en charge les coûts de la santé. La seule compagnie d'assurance maladie existante dans le pays, la SONAS (Société Nationale d'Assurance) est privée et payante et elle n'est pas accessible à la majorité de la population. De plus, les citoyens ne le jugent pas fiable.

Le système de sécurité sociale assure, quant à lui, une protection uniquement aux personnes employées dans le secteur officiel du marché de l'emploi, qui est très réduit (uniquement le 2,8 % du marché se fait dans l'économie dite formelle): la majorité de la population n'a donc pas accès à ce système. Il n'existe pas non plus dans le pays d'assistance financière spécifique pour les personnes de retour de l'étranger. Les personnes qui ont effectué une demande d'asile et retournent en RDC ne reçoivent aucune assistance de la part des services publics(...)

La qualité des traitements pour les maladies graves ne peut pas être comparée avec les standards européens: les personnes souffrant de cancers ou de cardiopathies doivent souvent être transférées en Afrique du Sud, en Belgique, en France³⁷ ou ailleurs à l'étranger pour être soignées de façon adéquate ».

(cfr. Pièce 5 « RDC consultation en cardiologie et traitement du Cancer », analyse pays de l'OSAR, décembre 2010 annexée à la demande 9ter).

Les sources auxquelles renvoie la partie adverse ne permettent pas de remettre en causes ces informations. Pour terminer Madame n'a plus aucun contact avec sa famille depuis 2002 comme elle l'a déclaré à l'appui de sa demande d'asile. Elle n'a aucune idée de l'endroit où ses proches se trouvent. Elle ne peut donc espérer de soutien financier ou moral de leur part. Et, l'arrêt du CE n°81.574 du 23 mai 2013 auquel renvoie le médecin n'existe pas la décision qui se fonde sur une jurisprudence qui n'existe pas n'est pas adéquatement motivée et est constitutive d'erreur manifeste. Au vu de ces éléments, la partie adverse n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni violer les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 CEDH, décider que la requérante, compte tenu son état de santé et du suivi particulier dont elle a besoin, ne serait pas soumise à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour au Congo ».

4. Discussion.

4.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29

janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

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

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

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

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

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

4.2.1. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 20 février 2014, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une « insuffisance cardiaque classe III NYHA sur dysfonction systolique gauche sur cardiomyopathie post-partum » et d'hypertension artérielle. Il ressort également de cet avis que le traitement actif actuel de la requérante est composé de trois médicaments ainsi que de suivis en cardiologie et en médecine générale.

S'agissant de l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires à la requérante, le Conseil constate qu'en ce qui concerne le document de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) de décembre 2010, produit par la partie requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et selon lequel

« Selon les informations reçues par un médecin travaillant en RDC, il existe à Kinshasa plusieurs structures de soins qui assurent des consultations en cardiologie. Toutefois, il faut généralement compter entre 20 et 50 dollars US par consultation. Le coût d'une consultation avec un spécialiste au Centre Médical de Kinshasa (CMK) est, par exemple, de 22 dollars US. Compte tenu de la fragilité de la situation économique du pays et compte tenu du fait que le revenu annuel moyen d'une personne travaillant en RDC est estimé à 160 dollars US, ce qui représente un revenu mensuel d'environ 13 dollars US et un revenu journalier de 0.4 dollars US, ces coûts ne peuvent pas être pris en charge par la majorité des Congolais (...)

[...]

Il n'existe pas en RDC de compagnie d'assurance maladie publique ni de mutuelle de santé qui prenne en charge les coûts de la santé. La seule compagnie d'assurance maladie existante dans le pays, la SONAS (Société Nationale d'Assurance) est privée et payante et elle n'est pas accessible à la majorité de la population. De plus, les citoyens ne le jugent pas fiable.

Le système de sécurité sociale assure, quant à lui, une protection uniquement aux personnes employées dans le secteur officiel du marché de l'emploi, qui est très réduit (uniquement le 2,8 % du marché se fait dans l'économie dite formelle): la majorité de la population n'a donc pas accès à ce système. Il n'existe pas non plus dans le pays d'assistance financière spécifique pour les personnes de retour de l'étranger. Les personnes qui ont effectué une demande d'asile et retournent en RDC ne reçoivent aucune assistance de la part des services publics(...) »,

le médecin-conseil a considéré ce qui suit :

« Notons 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 en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. ».

Ce faisant, il fournit une réponse générale usitée et limitée dans le cadre de l'article 3 de la CEDH, sans toutefois donner de réponse aux éléments soulevés par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour et fondés sur ce document. Dès lors que les informations reprises dans celui-ci concernent précisément l'accessibilité du traitement des maladies cardiaques au pays d'origine de la requérante et qu'aucun document versé au dossier administratif ne permet de penser que la requérante ne souffrirait pas des difficultés d'accessibilité qui y sont décrites, le Conseil estime que la requérante a suffisamment démontré les liens entre sa situation personnelle et cette situation générale en R.D.C. Il revenait au médecin-conseil de motiver valablement son avis à cet égard et, soit de contester les informations reprises dans le document fourni par la requérante, soit d'indiquer la raison pour laquelle, en raison de sa situation personnelle, elle ne souffrirait pas de la situation qui y est décrite de sorte que les traitements et soins nécessaires lui seraient accessibles.

En ce que le médecin-conseil renvoie ensuite la requérante aux mutuelles existant en R.D.C. et au Bureau Diocésain des œuvres Médicales pour le cas où elle ne parviendrait pas à payer les cotisations mensuelles de ces mutuelles, le Conseil constate, à l'instar de la partie requérante, que le médecin-conseil n'évoque absolument pas la période des trois premiers mois d'affiliation durant lesquels, selon l'article sur lequel s'est basé le médecin-conseil, intitulé « Une mutuelle de santé à Kinshasa », aucune prise en charge de frais médicaux ne peut être réalisée. L'accessibilité des soins et traitements durant cette période n'a donc pas été correctement évaluée en violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

En effet, le simple renvoi à l'aide familiale dont pourrait bénéficier la requérante ne permet pas de pallier à cette carence de la partie défenderesse. En effet, d'une part, la possibilité de cette aide familiale est particulièrement hypothétique, tant sur la possibilité de cette aide que sur la suffisance des montants qui seraient fournis à la requérante, au regard des informations reprises dans le document de l'OSAR joint à la demande d'autorisation de séjour quant au coût élevé des consultations en cardiologie en comparaison avec le salaire moyen en R.D.C., et dont l'extrait pertinent est repris ci-dessus et qui n'évoque même pas le coût des médicaments nécessaires à la requérante. D'autre part, le Conseil relève que la requérante indique avoir expliqué, dans le cadre de sa demande d'asile, qu'elle n'était plus en contact avec ces membres de famille. A cet égard, le Conseil constate que le médecin-conseil fait

référence à cette demande de protection internationale pour justifier la présence de membres de la famille de la requérante dans son pays d'origine. Or, le dossier administratif est à cet égard incomplet puisqu'il ne reprend pas le rapport d'audition de la requérante dans le cadre de sa demande d'asile.

Le Conseil rappelle à cet égard que selon l'article 39/59, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 précitée, « Lorsque la partie défenderesse ne transmet pas le dossier administratif dans le délai fixé, les faits cités par la partie requérante sont réputés prouvés, à moins que ces faits soient manifestement inexacts ». Cette disposition est également applicable lorsque le dossier déposé est incomplet (dans le même sens : C.E., arrêt n° 181.149 du 17 mars 2008).

Il y a dès lors lieu de considérer que la requérante n'est effectivement plus en contact avec les membres de sa famille de sorte que la motivation de l'avis du médecin-conseil est, en outre, inadéquate en ce qu'elle ne tient pas compte de cet élément.

Enfin, s'agissant du motif de l'avis du médecin-conseil selon lequel « la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (Arrêt du CE n° 81574 du 23 mai 2013) », outre que la référence à cette jurisprudence du Conseil d'Etat est incorrecte, l'extrait cité n'est pas pertinent dans le cadre de l'examen prévu à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, disposition de droit interne distincte de l'article 3 de la CEDH.

Il ressort de ce qui précède que l'avis du médecin-conseil et, partant, la décision attaquée qui se fonde sur cet avis, sont insuffisamment et inadéquatement motivés.

4.2.2. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soutient que

« Précisément, en ce qui concerne les points soulevés par la partie requérante dans sa requête introductive d'instance, il n'apparaît pas déraisonnable d'estimer qu'elle ne conteste pas être en mesure de travailler et qu'elle serait également en mesure de se déplacer en vue de se rendre dans l'établissement médical approprié si l'évolution de sa pathologie le rendait nécessaire. Il ne peut être requis de la partie défenderesse qu'elle organise elle-même les démarches qui devraient être concrètement effectuées par la partie requérante pour qu'elle puisse se soigner dans son pays d'origine dès lors qu'elle démontre à suffisance l'accessibilité du traitement médical nécessaire ».

Cette argumentation n'est pas de nature à contredire les constats qui précèdent. En effet, le Conseil reste sans comprendre la référence à la possibilité pour la requérante de se déplacer au sein de son pays d'origine puisqu'à aucun moment le médecin-conseil ou la partie requérante n'évoque une disponibilité ou une accessibilité limitée à certaines régions du pays. Par ailleurs, la référence à la possibilité de travailler s'apparente en tout état de cause à une motivation *a posteriori* qui ne peut être admise dans le cadre du contrôle de légalité qu'est amené à réaliser le Conseil.

4.3. Il résulte de ce qui précède que ces aspects du moyen sont fondés et suffisent à 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.

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. 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^{er}

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, prise le 25 février 2014, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le douze mai deux mille vingt par :

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

J.-C. WERENNE