



Arrêt

**n° 240 007 du 25 août 2020
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. BELAMRI
Rue des Brasseurs 30
1400 NIVELLES**

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

LA PRÉSIDENTE DE LA VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 avril 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour, non fondée, prise le 18 mars 2014.

Vu le titre I^{er} 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'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 juin 2020 convoquant les parties à l'audience du 16 juillet 2020.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, Présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me C. DELAVA *loco* Me A. BELAMRI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *loco* Me D. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 11 février 2010, la requérante a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

1.2. Le 22 octobre 2010, elle a également introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter 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). Cette demande a été déclarée, recevable, le 10 décembre 2010.

Le 13 décembre 2011, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée. Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

1.3. Le 3 octobre 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, à l'encontre de la requérante.

1.4. Le 27 février 2013, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.5. Le 1^{er} mars 2013, le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides, rejetant la demande visée au point 1.1. (arrêt n° 98 296).

1.6. Le 1^{er} juillet 2013, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.4., a été déclarée recevable.

1.7. Le 31 décembre 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

1.8. Le 18 mars 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.4., recevable, mais non fondée. Ces décisions lui ont été notifiées, le 20 mars 2014.

La décision déclarant une demande d'autorisation de séjour, non fondée, constitue l'acte attaqué, et est motivée comme suit :

« L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 la R.D.C., pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 18.03.2014, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou 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 n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif de la requérante ».

1.9. Le 8 août 2014, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 20 avril 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande, irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre.

Ces décisions font l'objet de deux recours séparés, enrôlés, respectivement, sous les numéros 173 638 et 173 639.

2. Recevabilité du recours.

2.1. L'article 39/68-3, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'inséré par l'article 2 de la loi du 2 décembre 2015 (M.B., 17 décembre 2015, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2016), prévoit, en son deuxième paragraphe, que : *« Lorsqu'une partie requérante introduit une requête recevable à l'encontre d'une décision prise sur la base de l'article 9ter, alors qu'un recours contre une décision prise antérieurement à son encontre sur la base de l'article 9ter est encore pendant, le Conseil statue sur la base de la dernière requête introduite. La partie requérante est réputée se désister du recours introduit antérieurement, sauf si elle démontre son intérêt ».*

Au titre des dispositions transitoires, l'article 6 de la loi susvisée du 2 décembre 2015 porte qu'*« En ce qui concerne les demandes d'autorisation de séjour introduites successivement sur la base, soit de l'article 9bis, soit de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, ayant fait l'objet de décisions de refus contre lesquelles plusieurs recours ont été introduits avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, seule la dernière requête introduite sera examinée. Dans ce cas, la partie requérante est réputée se désister des recours introduits antérieurement, sauf si elle démontre son intérêt. La procédure de l'article 39/68-3, § 3, de la loi du 15 décembre 1980 s'applique ».*

2.2. L'acte attaqué consiste en une décision de la partie défenderesse du 18 mars 2014, par laquelle une demande d'autorisation de séjour, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, a été déclarée non fondée.

Le 3 juin 2015, la partie requérante a introduit une requête recevable, à l'encontre d'une décision de la partie défenderesse, du 20 avril 2015, notifiée à la requérante le 4 mai 2015, par laquelle une demande d'autorisation de séjour, postérieure, introduite sur la même base, a été déclarée irrecevable. Ce recours est enrôlé sous le numéro 173 638.

2.3. En vertu des dispositions susmentionnées, le Conseil est censé statuer sur la base de la dernière requête introduite, à savoir la requête enrôlée sous le numéro 173 638.

2.4. Lors de l'audience du 16 juillet 2020, interrogée quant à l'application, en l'espèce, des dispositions visées au point 2.1., la partie requérante déclare maintenir un intérêt au recours, puisque la demande d'autorisation de séjour, postérieure, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, a été déclarée irrecevable, en vertu de l'article 9ter, § 3, 5°, de la même loi.

La partie défenderesse estime que la partie requérante n'a plus intérêt au recours, et rappelle les termes de l'article 9ter, § 8, de la loi du 15 décembre 1980.

2.5. Le Conseil estime que l'argument susmentionné de la partie requérante suffit à démontrer la persistance de son intérêt au présent recours, au sens des dispositions visées au point 2.1.

La référence de la partie défenderesse à l'article 9ter, § 8, de la loi du 15 décembre 1980, lequel porte que « *La demande d'autorisation de séjour dans le Royaume est examinée uniquement sur la base de la dernière demande introduite transmise par envoi recommandé au ministre ou à son délégué. L'étranger qui introduit une nouvelle demande est réputé se désister des demandes pendantes introduites antérieurement* », n'est pas de nature à renverser ce constat.

Cette disposition « règle les effets de l'introduction par un étranger d'une demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur le traitement de toute demande ayant le même objet qui a été précédemment introduite par la même personne en application de la même disposition législative et à propos de laquelle l'Office des étrangers n'a pas encore pris de décision » (en ce sens, Cour Constitutionnelle, arrêt n° 92/2018, du 19 juillet 2018, B.67).

Toutefois, les demandes d'autorisation de séjour, visées aux points 1.4. et 1.9., ont toutes deux été traitées par la partie défenderesse. La seule circonstance qu'en cas d'annulation de l'acte attaqué, et de la décision visée au point 1.9., les deux demandes seraient à nouveau pendantes, et que la partie défenderesse serait alors tenue d'examiner uniquement la dernière demande introduite, ne suffit pas à remettre en cause l'intérêt de la partie requérante au présent recours. En effet, cette circonstance n'advierait qu'en raison d'arrêts d'annulation du Conseil, après examen des recours concernés.

3. Examen du moyen d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et du « principe de bonne administration », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

Elle fait valoir, notamment, que « S'agissant des possibilités de prise en charge adéquate, la décision de l'Office des étrangers ne révèle pas d'un examen *in concreto* de la situation sur place. De la même manière, le site MedCOI ne donne pas d'informations concrètes et pertinentes dans la mesure où il est précisé qu'il n'y a pas d'informations au sujet de l'accessibilité aux soins. De même, International SOS ne fournit d'informations que quant à la disponibilité mais pas l'accessibilité. [...] Aucun[e] réelle investigation n'a été menée par l'OE tant au niveau de la disponibilité que de l'accessibilité aux soins, alors que dès la demande introductive, des rapports pertinents ont été produits par la requérante afin d'établir les soucis tant de disponibilité que d'accessibilité concrète aux soins. Ainsi, trois rapports OSAR, pertinents ont été produits dès la demande introductive. Ces rapports contredisent à l'évidence les affirmations de l'OE selon lesquelles les soins seraient disponibles et accessibles; rien dans la décision de l'OE ne permet de remettre en question la pertinence des informations ainsi produites. La décision querellée et le rapport médical ne contiennent pas un mot quant à ces rapports ; l'OE n'y a manifestement pas confronté ses informations. Les quelques informations contenues dans la décision quant à l'existence d'assurances maladie ou mutuelle ne sont pas plus pertinentes : il s'agit d'assurance privée, de mutuelle de cadres, etc. Dès lors, les affirmations du médecin de L'OE quant aux possibilités de soins et l'accès aux médicaments apparaissent bien théoriques au regard des informations disponibles quant à l'état de l'appareil de santé en

RDC et notamment contenues dans le rapport MSF de novembre 2005 ainsi que dans un rapport réalisé en juin 2009 dans le cadre du Projet CRI (Country of return Information) financé par l'Union européenne. Par ailleurs, un rapport de l'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés du 14 décembre 2010 fait également état d'une toute autre réalité que celle relayée par l'Office des étrangers. Ainsi, il est d'abord rappelé que la RDC est classée parmi les pays les plus pauvres du monde, avec des services sociaux et des infrastructures sociales délabrés. Il y est fait état, selon un rapport de l'OIM, de l'impossibilité de prise en charge ou de soutien psycho-social à la population. Le rapport précise encore qu'étant donné la quasi inexistence des services de l'Etat, quasiment tous les services sociaux en RDC sont offerts par les ONG, les églises et leurs partenaires extérieurs, mais que ces organisations et institutions n'ont que des capacités limitées et que seule une infime proportion de la population réussit à bénéficier de leurs interventions. Le rapport de l'OSAR précise qu'il n'existe aucun système d'assurance sociale prenant en charge les coûts (ce qui contredit les affirmations contenues dans la décision querellée). Par ailleurs, compter sur la solidarité sociale n'est pas évident quand on sait que la population est extrêmement pauvre même lorsqu'elle dispose d'un travail. [...] ». Renvoyant à deux documents, elle ajoute « Que compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il paraît difficile de prétendre que la requérante pourra bénéficier adéquatement des médicaments et des soins dont il a besoin dans son pays d'origine. Les médicaments et soins nécessités par son état n'apparaissent pas accessibles et disponibles *in concreto*, au regard tant des problèmes d'approvisionnement en médicaments, du manque de structures médicales que du coût de ces soins, et cela alors que les traitements qu'il suit ne peuvent être interrompus au risque de mettre sa vie en danger. Tous ces rapports et documents ont été transmis à l'OE dans le cadre de la demande ; celui-ci ne pouvait les ignorer totalement comme elle le fait pour ensuite les balayer par une simple formule stéréotypée. La partie défenderesse estime également que la partie requérante pourrait s'appuyer sur sa famille restée au pays. Elle s'appuie pour cela sur les déclarations dans le cadre de la procédure d'asile, ce qui constitue déjà un procédé plus que douteux dans la mesure où lors des auditions CGRA, il est bien précisé au candidat réfugié que ses déclarations restent confidentielles et « ne sortent pas du CGRA ». En tout état de cause, la partie défenderesse ne tient pas compte de ce que plusieurs années se sont écoulées depuis le départ du requérant du pays, de manière telle que le soutien qu'ils auraient pu avoir à l'époque de peut plus être considéré comme acquis. Par ailleurs, les membres de sa famille n'ont pas de revenus élevés. Le requérant n'est pas non plus dans un état de santé lui permettant de travailler. [...] ».

3.2. Sur ces aspects du moyen unique, aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1^{er}, 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 ».

Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et 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, 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).

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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. 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 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. En l'espèce, à l'appui de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4, la requérante a produit, notamment, un certificat médical circonstancié, établi le 12 janvier 2013, dont il ressort qu'elle souffre de plusieurs pathologies, nécessitant un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi pluridisciplinaire. En réponse à la question « Dans quelle mesure le patient peut-il mener une vie normale (en ce compris obtenir un revenu) ? », la mention suivante est indiquée : « Au vu des problèmes médicaux, Au vu de la gravité, un travail n'est pas envisageable ».

Cette demande d'autorisation de séjour précisait également ce qui suit : « La requérante souffre de : - Syndrome métabolique de gravité importante, avec HTA, hypercholestérolémie, diabète de type II, sédentarité et surcharge pondérale, - Séquelle TBC pulmonaire, - Goitre nodulaire plongeant devant à terme faire l'objet d'une intervention chirurgicale, - Polyarthrose (colonne, genoux), - Lymphœdème. Les nombreux traitements médicamenteux suivis sont détaillés dans les pièces médicales jointes en annexe. Elle doit pouvoir bénéficier d'un suivi régulier auprès d'un cardiologue, endocrinologue et pneumologue ; les consultations médicales nécessitées par son état sont fréquentes ; il y a nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire. Le pronostic sans traitement est « catastrophique ». [...] un rapport de l'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés du 14 décembre 2010 [...] précise qu'il n'existe aucun système d'assurance sociale prenant en charge les coûts. Par ailleurs, compter sur la

solidarité sociale n'est pas évident quand on sait que la population est extrêmement pauvre même lorsqu'elle dispose d'un travail. A cet égard encore, un article de CARITAS INTERNATIONAL intitulé « Qu'en est-il des soins de santé en RD Congo ? » révèle : « *Selon les déclarations du ministère de la santé de la RDC, la situation sanitaire du pays est plus mauvaise qu'en 1985. La désagrégation du système de santé a débuté dans les années 90 et se poursuit encore aujourd'hui. Les causes sont évidentes : mauvaise gouvernance, manque de coordination, conflits armés, diminution constante du budget gouvernemental consacré aux soins de santé (en 2001 il ne comportait que 1% du budget total), affectation de l'aide étrangère aux urgences et à des programmes verticaux (paludisme, tuberculose, etc.). Trois quarts des financements du secteur médical ont été affectés à ces programmes verticaux de la communauté internationale. Malgré cela et bien qu'ils soient performants, ces programmes sont mis sous pression à cause de la faiblesse du système. Selon une étude de 2003, un Congolais moyen ne consulte qu'une seule fois un médecin en 6 ans et 70% de la population n'ont pas accès aux soins sanitaires. N'oublions pas que les soins sont payants au Congo ! Le montant à charge du patient est modique mais beaucoup de Congolais n'ont pas l'argent nécessaire. Une consultation dans un centre de santé est pratiquement gratuite mais une césarienne coûte à la patiente 100 dollars. Or, il s'agit d'une opération courante. 11% des femmes y ont recours. Ceci est dû au fait qu'il s'agit de jeunes mères âgées de 15 ou 16 ans. Elles ont le bassin trop étroit pour accoucher normalement. Elles n'ont, bien souvent, pas les 100 dollars indispensables. C'est pourquoi, certains hôpitaux de Caritas - dont l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa - ont organisé un système d'assurance qui couvre la plus grande partie des frais. [...] ».* De même, il ressort d'un article intitulé « RD Congo-Santé : RD Congo-Santé: Près d'1 million de malades du diabète, selon le PNLD » publié sur le site internet www.afriquejet.com que : « *La prise en charge du diabète, affirme la source, pose problème en RDC à cause de l'ignorance du poids du traitement de cette pathologie. "L'apport du PNLD [Ndlr : Programme national de lutte contre le Diabète] est insuffisant et limité, du fait du manque de financement », souligne encore ce document qui ajoute que les plus vulnérables des victimes sont des enfants qui, compte tenu de leur âge, dépendent totalement des adultes qui sont en majorité des démunis" ».* Deux autres rapports OSAR du 22 décembre 2010 et du 06 octobre 2011 vont dans le même sens. Que compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il paraît difficile de prétendre que la requérante pourra bénéficier adéquatement des médicaments et des soins dont elle a besoin dans son pays d'origine. Les médicaments et soins nécessités par son état n'apparaissent pas accessibles et disponibles *in concreto*, au regard tant des problèmes d'approvisionnement en médicaments que des soins et consultations que réclame sa pathologie et cela au regard du manque de structures médicales et des coûts de ces soins. Elle ne pourra par ailleurs pas compter sur l'aide et l'intervention des membres de famille restés au pays, ces derniers vivant eux-mêmes dans une grande précarité et manquant de moyens financiers. La requérante ne peut donc se reposer sur la solidarité familiale. [...] ».

3.4. L'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 18 mars 2014 et joint à cet acte, lequel indique, en substance, que la requérante souffre de plusieurs pathologies, dont 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 indique notamment que « *La plupart des congolais ont recours à la solidarité traditionnelle (ou assurance communautaire) : épargne, tontines, dons, entraide familiale, etc.*^[renvoi à une référence en note de bas de page].

Ainsi, il ressort des déclarations faites par la requérante auprès des instances d'asile compétentes belges que des membres de la famille [de la] requérant[e] résident au Congo (ses enfants majeurs), il n'est donc pas exclu que ces personnes ou d'autres membres de la famille (ou amis) puissent aider financièrement la requérante.

Par ailleurs, il existe au Congo plusieurs mutuelles de santé. En Afrique, les mutuelles de santé ont pour objectif d'améliorer la qualité des systèmes sanitaires et de permettre l'accessibilité aux soins médicaux à toutes les couches de la population. En RDC, on peut citer La clinique mutualiste ISIS; la MUSAKI (mutuelle de santé de kisenso); la MAM (mutuelle d'assurance maladies); la MSFnpc (mutuelle de santé de la fédération nationale des professionnels de la presse du Congo)^[renvoi à une référence en note de bas de page].

L'intéressée peut également s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BOOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix^[renvoi à une référence en note de bas de page].

Par conséquent, les soins sont accessibles à la requérante ».

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

S'agissant des mutuelles de santé, invoquées, ou encore du « *Bureau Diocésain des Œuvres Médicales* », le fonctionnaire médecin se borne en effet à constater leur existence, mais il ne ressort nullement des informations, sur lesquelles il s'appuie, que les traitements médicamenteux et suivis requis sont effectivement accessibles, par ces biais. Il en est d'autant plus ainsi que le fonctionnaire médecin se fonde, notamment, sur un article publié sur le site Internet « *La Tribune Médicale* », intitulé « *Mutuelles de santé en RDC ; Etat des lieux (2010)* », lequel précise notamment que « *En RDC, les mutuelles de santé sont loin d'être une réalité. Les rares qui existent notamment dans le cas de Kinshasa sont mal connues* ».

En tout état de cause, la référence à de ces mutuelles n'est pas pertinente. En effet, la prise en charge garantie par celles-ci est conditionnée au paiement d'une cotisation, alors que dans sa demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.4., la requérante a, d'une part, renseigné être indigente et sans revenu, et d'autre part, produit un certificat médical circonstancié, précisant qu'elle n'était pas en mesure d'obtenir un revenu en raison de multiples handicaps », ce qui n'est pas remis en cause dans l'avis du fonctionnaire médecin. Le même constat s'impose s'agissant de la référence au « *Bureau Diocésain des Œuvres médicales* », dès lors que la prise en charge médicale offerte par cet organisme n'est pas gratuite.

Contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut donc être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif, que la prise en charge médicale des pathologies de la requérante est suffisamment accessible dans son pays d'origine. L'acte attaqué n'est, dès lors, pas suffisamment motivé en ce qui concerne l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires à la requérante, au regard de sa situation individuelle. Les considérations selon lesquelles d'une part, « *La plupart des congolais ont recours à la solidarité traditionnelle (ou assurance communautaire) : épargne, tontines, dons, entraide familiale* », et d'autre part, « *des membres de la famille [de la] requérant[e] résident au Congo (ses enfants majeurs), il n'est donc pas exclu que ces personnes ou d'autres membres de la famille (ou amis) puissent aider financièrement la requérante* », ne sont étayées par aucun élément probant, versé au dossier administratif, et apparaissent comme de simples pétitions de principe, insuffisantes à renverser les constats qui précèdent. De surcroît, ces considérations ne répondent pas à l'argument, invoqué dans la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.4., selon lequel « *[La requérante] ne pourra par ailleurs pas compter sur l'aide et l'intervention des membres de famille restés au pays, ces derniers vivant eux-mêmes dans une grande précarité et manquant de moyens financiers. La requérante ne peut donc se reposer sur la solidarité familiale* »,

3.5. Dans la note d'observations, la partie défenderesse fait valoir que « *Le médecin conseil ainsi que la partie défenderesse ont procédé à une série de recherches sur la disponibilité et l'accessibilité des soins au Congo. Le résultat de ces différentes recherches et les informations issues notamment des sites internet cités par la partie défenderesse figurent au dossier administratif. Il ressort de ces différents éléments que les soins sont disponibles au pays d'origine et il ressort également des recherches opérées par la partie défenderesse que ceux-ci sont accessibles. La partie défenderesse a légitimement pu conclure, sur cette base que, compte tenu de la situation de la partie requérante, un accès au traitement dans le pays d'origine était possible. A cet égard, il y*

a lieu de constater que la partie requérante n'apporte pas le moindre élément de preuve objective pour contester *in concreto* les conclusions de la partie défenderesse. Elle se contente de relever différentes difficultés rencontrées au Congo et s'appuie à cet égard sur des articles généraux. Or, ces différents éléments ne permettent pas de conclure que le suivi nécessaire ne serait pas disponible et accessible au pays d'origine. En effet, la partie requérante ne démontre aucunement ses assertions par des éléments concrets et pertinents. Ainsi, elle ne précise pas en quoi les rapports cités, qu'elle ne fait que mentionner de manière très générale dans sa requête, s'appliqueraient à son cas d'espèce. Or, il semble opportun de rappeler que la partie requérante se doit de démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans les rapports s'applique à elle personnellement, ce qu'elle n'a pas fait en l'espèce. Concernant plus précisément l'accessibilité aux soins, la partie défenderesse a noté que la partie requérante a de la famille au Congo, qui pourrait l'aider. Il existe par ailleurs plusieurs mutuelles de santé. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la partie défenderesse a dûment examiné la disponibilité des soins adaptés à l'état de santé du requérant dans son pays d'origine et les possibilités pour ce dernier d'y avoir accès. La partie requérante reste manifestement en défaut d'apporter la preuve des éléments qu'elle avance, se contentant de critiquer les sources de la partie défenderesse, de faire valoir la situation médicale du requérant, et d'avancer de simples allégations, non autrement étayées, en manière telle qu'elle ne peut raisonnablement reprocher à la partie défenderesse de n'avoir pas suffisamment précisé la disponibilité et l'accessibilité des soins, nécessités par le requérant, au Congo ». Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

Au surplus, le Conseil estime utile de rappeler que, dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a jugé que « [l]es 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.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, *N. c. Royaume-Uni*, précité, §§ 34-41 et références citées, et *E.O. c. Italie* (déc.), précitée) » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 190). De plus, le Conseil d'Etat a jugé que « Le médecin fonctionnaire exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine. Il en résulte que la charge de la preuve en ce qui concerne l'accessibilité du traitement adéquat dans le pays d'origine ne pèse pas exclusivement sur le demandeur » (C.E., 27 mars 2018, ordonnance rendue en procédure d'admissibilité des recours en cassation, n° 12.768).

3.6. Les aspects visés du moyen étant fondés, et suffisant à emporter l'annulation de l'acte attaqué, il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects de ce moyen, qui, à les supposer fondés, n'entraîneraient pas 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, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil.

