

Arrêt

**n° 243 195 du 27 octobre 2020
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. WOLSEY
Avenue de la Jonction, 27
1060 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 le Secrétaire
d'Etat à l'Asile et la Migration**

LA PRÉSIDENTE DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 mars 2016, 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 11 février 2016.

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 8 septembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 24 septembre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me C. DETHIER *loco* Me J. WOLSEY, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *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 22 juillet 2009, la requérante a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

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 cette demande (arrêt n° 39 118, prononcé le 22 février 2010).

1.2. Le 24 mars 2010, la requérante a 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 27 juillet 2010.

Le 27 décembre 2011, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante.

1.3. Le 13 janvier 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, à son encontre.

Le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision (arrêt n° 81 276, prononcé le 15 mai 2012).

1.4. Le 15 mai 2012, le Conseil a annulé la décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, et l'ordre de quitter le territoire, visés au point 1.2. (arrêt n° 81 277).

1.5. Le 22 août 2012, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante.

Le 28 novembre 2013, le Conseil a annulé ces décisions (arrêt n° 114 605).

1.6. Les 10 février et 28 avril 2014, la partie défenderesse a, successivement, déclaré la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante, puis retiré ces décisions.

1.7. Le 13 mai 2014, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré la demande, visée au point 1.2., recevable.

1.8. Les 2 octobre et 12 novembre 2015, la partie défenderesse a, à nouveau, successivement, déclaré la demande d'autorisation, susmentionnée, non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre, puis retiré ces décisions.

1.9. Le 10 février 2016, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante.

Le 11 février 2016, elle a, à nouveau, déclaré la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., non fondée.

Ces décisions lui ont été notifiées, le 22 février 2016.

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 le Congo (R.D.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 10.02.2016, 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 lorsqu'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 ».

L'ordre de quitter le territoire fait l'objet d'un recours, enrôlé sous le numéro 186 474.

1.10. Le 12 novembre 2019, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

Le 16 juillet 2020, elle a été autorisée au séjour temporaire, pour une durée d'un an.

2. Question préalable.

2.1. 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 sur l'intérêt au recours, puisque la requérante a été autorisée au séjour, ultérieurement, la partie requérante maintient cet intérêt, dans la mesure où les conditions de renouvellement de l'autorisation de séjour ne portent pas sur la situation médicale de la requérante.

La partie défenderesse estime, pour sa part, que l'intérêt de la partie requérante au recours n'est plus actuel.

2.2. En l'espèce, l'autorisation de séjour ayant été octroyée sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante relève, à juste titre que les conditions de renouvellement ne portent pas sur l'état de santé de la requérante. De plus, l'autorisation de séjour accordée à la requérante étant de nature temporaire, celle-ci pourrait être tenue de quitter le territoire si les conditions d'octroi ou de prorogation dudit séjour ne sont plus réunies. Enfin, 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 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.

Partant, le Conseil estime que la partie requérante démontre à suffisance son intérêt au recours.

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, des articles 2 et 3 de la loi relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et « des principes généraux de bonne administration, notamment de son principe de préparation avec soin d'une décision administrative », ainsi que de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs, et du défaut de prendre en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier.

Dans une deuxième branche, critiquant notamment le constat de l'accessibilité des soins et traitements requis au pays d'origine, la partie requérante fait valoir qu'« En termes d'accessibilité des soins nécessaires à la requérante, le médecin-conseil de la partie adverse estime que la requérante a déclaré, dans le cadre de sa demande d'asile, que ses enfants seraient présents au pays d'origine, que les Congolais les plus démunis peuvent faire appel à la solidarité traditionnelle, que de nombreuses mutuelles de santé existent en RDC, et que la RDC prévoit un système de sécurité sociale prévoyant une pension pour les personnes âgées de plus de 60 ans. S'agissant de la prétendue présence de sa famille au pays d'origine, il convient de relever que cet argument est dénué de tout fondement. [...] En outre, dans son courrier adressé à la partie adverse en date du 20 décembre 2013, le conseil de la requérante n'a pas manqué d'insister sur le fait que sa cliente n'entretenait plus de contact avec ses enfants demeurés en RDC et qu'en cas de retour elle se retrouverait totalement livrée à elle-même (ce qui aura une implication sur l'accessibilité tant matérielle que financière à d'éventuels traitements, lesquels ne sont de plus pas disponibles). Dans ses attestations, le psychologue Mr [X.] notait également la grande fragilité de sa patiente et sa solitude au pays. Il s'agit donc d'une simple allégation du médecin-conseil de la partie adverse, laquelle n'est corroborée par aucun élément objectif. Concernant la possibilité pour la requérante de faire appel « à la solidarité traditionnelle », cette allégation n'est à nouveau corroborée par aucun élément objectif et semble être une simple pétition de principe. En tout état de cause, l'accessibilité financière des soins nécessaires à la requérante ne peut en aucun cas être assurée via « la solidarité traditionnelle », qui ne comporte aucune garantie d'effectivité et de durabilité. Enfin, à propos des mutuelles de santé et de la sécurité sociale, le médecin-conseil se fonde notamment sur le rapport établi en 2007 par le Projet CRI (cf. note de bas de page n° 4). Or, les conclusions tirées par la partie adverse du rapport précité avaient déjà été critiquées devant le Conseil de Céans dans le cadre des précédents recours relatifs au cas présent. En effet, lorsqu'on fait une lecture correcte et complète de ce rapport, les conclusions qui en sont tirées de part adverse sont contraires au contenu même de ce rapport. Ainsi on relève : [...] - En ce qui concerne l'accès aux soins de santé : « 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, le malade prend tout en charge à l'hôpital pour son propre intérêt en commençant par la fiche de consultation qui varie de prix selon l'hôpital ou le centre de santé. Il existe des hôpitaux où seule la consultation coûte

USD 10 avant que n'interviennent les frais d'examens demandés selon le cas, et aussi, les frais d'achat des médicaments. Mais ces frais de consultation qui correspondent parfois aux frais d'achat de la fiche de consultation varient selon que le malade doive subir les soins auprès d'un médecin généraliste ou un spécialiste dans certains hôpitaux » - En ce qui concerne le coût 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 des médecins à payer, le malade ou sa famille prend également en charge les coûts des médicaments dont il est difficile d'estimer le montant. Le malade reçoit les ordonnances et est libre de se procurer les produits pharmaceutiques où il veut. Il faut noter que si un malade n'a pas pu obtenir les produits nécessaires pour une intervention chirurgicale par exemple, le médecin malgré sa bonne foi ne peut rien faire. Tout malade doit se procurer lui-même les intrants et les médicaments, hormis les malades recommandés par des sociétés, entreprises ou institutions disposant d'un contrat de prise en charge médicale en partenariat avec l'hôpital. Le paiement de toute la facture intervient dans ce cas au terme de prestations des soins requis » [...] Ces informations démontrent que le médecin-conseil de la partie adverse a fait une mauvaise analyse du rapport qu'il cite. Au vu de l'ensemble des considérations ci-dessus, il apparaît que la décision attaquée n'a pas été prise avec soin, que la partie adverse n'a manifestement pas dûment pris en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier et que cette décision repose sur des motifs erronés. [...] ».

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, dans la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2, la requérante faisait état des éléments suivants : « Il convient de rappeler [qu'elle] résidait à Kinshasa avant de quitter son pays d'origine. Il ressort d'un rapport dressé en mars 2009 (pièce n° 9) par le Programme des Nations Unies pour le développement sur la situation à Kinshasa que si les infrastructures sanitaires sont physiquement accessibles aux ménages de Kinshasa, il n'en demeure pas moins que l'accès aux soins dans cette ville n'est nullement garanti. En effet, les services de santé ne sont pas suffisants. Il ressort également de ce rapport que deux tiers des femmes kinoises déclarent avoir rencontré des problèmes pour accéder aux soins à Kinshasa. Plus de la moitié des femmes évoquent des problèmes financiers et près d'un quart des problèmes de transport. Il n'est dès lors nullement garanti que [la requérante] puisse facilement accéder aux soins dans son pays d'origine ». En annexe à un complément à cette demande, daté du 20 décembre 2013, la partie requérante a, en vue d'étayer le constat allégué de l'inaccessibilité de la prise en charge psychiatrique et psychologique de la requérante, produit un rapport, intitulé « République démocratique du Congo: soins psychiatriques Renseignement de l'analyse-pays de l'OSAR », à jour au 13 mai 2013. Ce rapport fait notamment état des éléments suivants : « Des coûts élevés et pas d'assurance maladie publique. Il n'y a pas d'assurance maladie publique en RDC. Comme la seule assurance maladie du pays est privée et payante, la majorité de la population n'y a pas accès. Les coûts des médicaments et des traitements des maladies psychiques sont par conséquent à la charge des patient-e-s ou de leurs familles. Sans compter qu'en cas de traitement hospitalier, les intéressés doivent généralement subvenir eux-mêmes aux frais de repas, de literie et à des paiements supplémentaires au personnel soignant. La plupart des gens n'ont pas les moyens de faire face à de telles dépenses. Selon l'OMS, les traitements psychiatriques sont extrêmement coûteux par rapport à la moyenne des revenus. Une consultation ambulatoire coûte 15 à 20 dollars américains dans une institution publique, 30 à 40 dollars dans un cabinet privé. Or, le revenu annuel moyen en RDC est d'environ 190 dollars américains ». Dans ce complément, la partie requérante a en outre précisé que « [la requérante] est âgée de près de 64 ans (elle aura 64 ans en date du 27 décembre prochain), que son mari est décédé au pays et qu'elle n'entretient plus aucun contact avec ses enfants demeurés en RDC ».

3.4. L'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 10 février 2016 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, notamment, de l'accessibilité des traitements et suivis requis au pays d'origine, le fonctionnaire médecin indique que « La requérante apporte un rapport intitulé

« Programme des Nations Unies pour le développement, unité de lutte contre la pauvreté, Province de Kinshasa ». Or, 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 2009, 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. Notons en outre que 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 CCE n° 81574 du 23 mai 2013).

Par ailleurs, les personnes les plus démunies peuvent faire appel à la solidarité traditionnelle (ou assurance communautaire) : épargne, tontines, dons, entraide familiale, etc.^[renvoi à une référence en note de bas de page]

Notons qu'il ressort des déclarations déposées par [la requérante] auprès des instances d'asile compétentes belges, que ses 7 enfants sont présents au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précisons en outre, que nous devons considérer ces informations comme étant crédibles puisque la requérante, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités compétentes en vue de se faire reconnaître comme réfugiée.

Il existe également au Congo plusieurs mutuelles de santé parmi lesquelles on peut citer : la clinique mutualiste ISIS ; la MUSAKI (mutuelle de santé de kisenso) ; la MAM (mutuelle d'assurance-maladie) ; la FNPC (mutuelle de santé de la fédération nationale des professionnels de la presse du Congo) ^[renvoi à une référence en note de bas de page] Des assurances privées existent également : plusieurs groupements du genre existent actuellement au Congo (plus ou moins 200) ^[renvoi à une référence en note de bas de page].

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

Ajoutons que la RDC propose un système de sécurité sociale prévoyant une pension pour les personnes âgées de plus de 60 ans (pour les femmes). Rien n'indique que la requérante n'entrerait pas dans les conditions pour bénéficier de cette pension et pourrait subvenir ainsi à ses besoins.

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

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.

En effet, l'avis ne montre pas que le fonctionnaire médecin a eu égard au rapport intitulé « République démocratique du Congo: soins psychiatriques Renseignement de l'analyse-pays de l'OSAR », à jour au 13 mai 2013, produit en complément de la demande d'autorisation de séjour de la requérante.

S'agissant des mutuelles de santé, invoquées, des assurances privées, ou encore du « *Bureau Diocésain des Œuvres Médicales* », le fonctionnaire médecin se borne en outre 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 et assurances privées n'est pas pertinente. En effet, la prise en charge garantie par celles-ci est conditionnée au paiement d'une cotisation, alors qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., la requérante a produit un certificat médical circonstancié, daté du 14 janvier 2014 précisant qu'elle n'était pas en mesure d'obtenir un revenu en raison d'un « Handicap » et

d'une « perte de capacité de travail de + de 60% » ; ainsi que des attestations établies par un psychologue précisant que « L'état de quasi invalidité de Mme se confirme. Elle est dans l'incapacité de travailler », la dernière étant datée du 18 novembre 2015, 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.

Enfin, la partie défenderesse reste en défaut d'indiquer sur quelle base elle se fonde pour constater que « la RDC propose un système de sécurité sociale prévoyant une pension pour les personnes âgées de plus de 60 ans (pour les femmes). Rien n'indique que la requérante n'entrerait pas dans les conditions pour bénéficier de cette pension et pourrait subvenir ainsi à ses besoins ». En effet, le document intitulé « Fiche pays République Démocratique du Congo (RDC) », établi dans le cadre du Country of Return Information Project, de juin 2009, fait état des éléments suivants :

« 4.3. Personnes âgées

4.3.1. Système de pension en général; possibilités de vivre avec une pension moyenne

La protection sociale est définie comme l'ensemble des interventions qui visent à soutenir les individus, les ménages et les communautés humaines dans leurs efforts de gestion de risques en vue de réduire leur vulnérabilité, de régulariser leur consommation et de parvenir à une plus grande équité sociale.

> Retraite : l'institut national de sécurité sociale (INSS), chargée de gérer les pensions et retraites en RDC a été créée par le décret-loi du 29 juin 1961, de la fusion de caisses de sécurité sociale du Katanga et du Bas Congo .L'INSS ne couvre que trois branches (retraite, pension de vieillesse et allocations familiales) au lieu de neuf branches prévues dans la convention 102 de l'OIT. Sa mauvaise gestion est caractérisée par :

- > Le non respect de l'esprit du statut organique
- > L'immixtion de l'État dans la gestion
- > La spoliation du patrimoine et les détournements
- > L'insolvabilité de différents clients des services de l'INSS
- > Limitation de son champ d'action dans les secteurs privés et paraétatiques sans
- > Prendre en compte les secteurs publics de l'État
- > Assurance -maladie

En ce qui concerne les assurances -maladies la loi N°67-240 du 02 juin 1967 créant la SONAS n'a pas prévu celle-ci. Il en est de même de la loi créant l'INSS. A ce jour l'INSS n'envisage pas la couverture de cette assurance compte tenu de ses multiples problèmes de gestion des prestations ou branches déjà couvertes.

4.3.2. Conditions d'accès à la pension ou à d'autres aides sociales

On dénombre environ 58.000 retraités et rentiers civils, 25.000 retraités et rentiers militaires et 92.000 retraités des secteurs privés et para-étatiques.

Les affiliés de l'INSS reçoivent 1000 Francs par mois, équivalent [à] moins de 3 USD

« Article 67 : L'agent est d'office mis à la retraite :

1. Lorsqu'il a atteint l'âge de 55 ans.

2. Lorsqu'il a effectué une carrière de trente ans. Néanmoins, si l'agent n'a pas atteint l'âge de 55 ans à cette époque, il peut être autorisé à continuer ses services jusqu'au moment où il atteindra cet âge.

L'agent peut, à sa demande ou à l'initiative de l'administration, en cas d'insuffisance professionnelle ou d'impossibilité d'affectation, être mis à la retraite lorsqu'il a accompli une carrière de vingt ans au moins.

La mise à la retraite est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Article 76 : L'agent qui cesse définitivement ses services pour une cause autre que le décès, la démission d'office ou la révocation, a droit à une pension de retraite lorsqu' il a accompli une carrière de 20 ans au moins, ou lorsqu'il a été mis à la retraite pour limite d'âge avant d'avoir accompli une carrière de 20 ans. L'agent reconnu définitivement inapte au service et licencié pour inaptitude physique, a droit à une pension d'inaptitude :

1. Si l'inaptitude résulte d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail quelle que soit la durée de la carrière de l'intéressé.

2. Si l'inaptitude résulte d'une maladie non professionnelle ou d'un accident autre qu'un accident de travail et si l'intéressé compte au moins 10 ans de carrière.

Toutefois, aucune pension n'est due si l'inaptitude constitue la réalisation d'un risque spécial auquel l'agent s'est volontairement exposé ou si elle est imputable au refus ou à la négligence de l'agent de se soumettre à un traitement médical préventif.

La réalité des maladies ou infirmités, leur imputabilité au service et l'incapacité définitive du service sont appréciées par la commission médicale d'incapacité »

4.3.3. Dispositifs de logement et de prise en charge pour les personnes âgées (état, O.N.G.)

« L'Etat devrait se ressaisir et adopter une politique sociale favorable aux vieillards au lieu de continuer à les considérer comme des laissés-pour-compte. Car, nos vieillards ont droit à un hébergement, à une restauration et aux soins de santé. Du reste, la marginalisation de ces personnes du troisième âge est contraire à nos traditions [Le Conseil souligne] [...] ». Le fonctionnaire médecin ne pouvait donc raisonnablement en déduire que « *Rien n'indique que la requérante n'entrerait pas dans les conditions pour bénéficier de cette pension et pourrait subvenir ainsi à ses besoins* ». Bien au contraire, il ne ressort pas de ces informations que la requérante, que le fonctionnaire médecin ne qualifie par d'« agent », entrerait dans les conditions pour bénéficier de cette pension.

Contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut ainsi 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. La considération selon laquelle « *Les personnes les plus démunies peuvent faire appel à la solidarité traditionnelle (ou assurance communautaire) : épargne, tontines, dons, entraide familiale* », apparaît comme une simple pétition de principe. En effet, le document sur lequel se fonde le fonctionnaire médecin précise ce qui suit : « Cependant, les systèmes traditionnels de protection sociale offerts au niveau des communautés sont mis à rude épreuve du fait de la modernisation des économies (urbanisation, mobilité géographique montée de l'individualisme), de la croissance démographique et de la persistance de la crise économique (dégradation du niveau de vie et insécurité). Bien qu'il s'agit d'un système qui soulage les populations et leur permet de trouver en interne des solutions à leur problèmes, il n'existe pas de littérature disponible qui se soit penché sur le sujet ». Enfin, l'affirmation selon laquelle « *il ressort des déclarations déposées par [la requérante] auprès des instances d'asile compétentes belges, que ses 7 enfants sont présents au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précisons en outre, que nous devons considérer ces informations comme étant crédibles puisque la requérante, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités compétentes en vue de se faire reconnaître comme réfugiée* », ne tient pas compte des précisions apportées à cet égard, par la partie requérante dans le complément du 20 décembre 2013.

3.5. Dans la note d'observations, la partie défenderesse fait valoir que « quant à l'accessibilité, la partie défenderesse a noté entre autre que la partie requérante avait 7 enfants présents au pays d'origine, qui pourraient éventuellement l'aider en cas de nécessité, qu'elle pouvait également faire appel à la solidarité, qu'il existe des mutuelles de santé, le BDOM couvrant l'ensemble du territoire et offrant des soins à un bon rapport qualité/prix, et que les femmes âgées de plus de 60 ans perçoivent une pension. L'ensemble de ces éléments n'est pas critiqué en termes de requête et la partie requérante ne démontre pas que les soins ne seraient pas accessibles. C'est à juste titre que le médecin conseil a indiqué que les documents produits à l'appui de la demande de séjour afin de contester la disponibilité et l'accessibilité aux soins ont un caractère général et que la partie requérante n'étaye en rien ses allégations. En effet, la simple référence à des rapports généraux ne peut suffire à établir un risque de subir des traitements inhumains et dégradants et la partie requérante ne démontre aucunement ses assertions par des éléments concrets et pertinents. Ainsi, elle ne précise pas en quoi les rapports cités 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. La partie défenderesse a légitimement pu conclure que, compte tenu de la situation de la partie requérante, un accès au traitement dans le pays d'origine était possible ».

Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. Plus particulièrement, la circonstance que la partie requérante se soit prévalu de rapports généraux ne peut justifier que la partie défenderesse se soit abstenue d'examiner correctement l'accessibilité des soins et suivis en République Démocratique du Congo. Il en est d'autant plus ainsi que, dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme 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 du moyen, visés, 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.

4.2. L'acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision déclarant une demande d'autorisation de séjour, non fondée, prise le 11 février 2016, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-sept octobre deux mille vingt, par :

Mme N. RENIERS,

Présidente de chambre,

Mme N. SENEGERA,

Greffière assumée.

La Greffière,

La Présidente,

N. SENEGERA

N. RENIERS