Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 244 517 du 23 novembre 2020
dans les affaires X
X / III

En cause : X
agissant en nom propre et en qualité de représentante légale de :
X
X
X

Ayant élu domicile : - au cabinet de Maître V. HENRION
Place de l'Université 16/4ème étage (REGUS)
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

- au cabinet de Maître A. BELAMRI
Rue des Poulées 11
1400 NIVELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Ministre de la Justice, chargée de l'Asile et la Migration, de l'Intégration sociale et de la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu les requêtes introduites le 19 novembre 2014 et le 20 novembre 2014, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, par X, qui se déclare de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de 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, prise en date du 30 septembre 2014 et notifiée le 21 octobre 2014.

Vu le titre Ier *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, dite « la loi » ci-après.

Vu les notes d'observations et le dossier administratif.

Vu les ordonnances du 15 septembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 29 octobre 2020.

Entendu, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Mes M. KIWAKANA et A.-S. PALSTERMAN *loco* Mes A. BELAMRI et V. HENRION, avocats, qui comparaissent pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante, accompagnée de ses enfants, est arrivée en Belgique à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer avec certitude.

1.2. Par un courrier daté du 25 août 2011, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9*ter* de la loi, laquelle a été déclarée recevable par la partie défenderesse le 5 septembre 2011 avant d'être toutefois jugée non-fondée au terme d'une décision prise le 30 septembre 2014.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, 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 (sic) 2010 portant des dispositions diverses.
Madame [M.T.Y.], de nationalité Guinée (sic) invoque l'application de l'article 9 ter en raison d'un problème de santé de ses deux enfants : [A.T.J.], née [xxx] et [A.T.I.], né le [xxx], leur empêchant tout retour au pays d'origine (la République Démocratique du Congo).

Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de ces deux enfants 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 République Démocratique du Congo, pays d'origine des intéressés.

Dans ses deux avis médicaux respectifs, remis le 19.09.2014, (joints en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine des intéressés, que ces soins médicaux sont accessibles, que leur état de santé ne leur empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication du point de vue médical à leur retour au pays d'origine.

Les informations du pays d'origine se trouvent dans le dossier des requérants auprès de notre administration.

Dès lors,

1) il n'apparaît pas que l'intéressé 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'intéressé 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 il séjourne.

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

Par un courrier daté du 19 mars 2012, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9*ter* de la loi, laquelle a été déclarée recevable mais non-fondée au terme d'une décision prise le 25 septembre 2012 par la partie défenderesse et assortie d'un ordre de quitter le territoire. La requérante a introduit un recours contre cette décision devant ce Conseil qui a constaté le désistement d'instance par un arrêt n° 99 779 du 26 mars 2013, la décision ayant été retirée le 21 décembre 2012.

1.3. Par un courrier daté du 9 janvier 2013, elle a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9*ter* de la loi, laquelle a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse le 3 juin 2013.

1.4. Le 23 janvier 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9*bis* de la loi, laquelle a fait l'objet d'une décision de non prise en considération rendue le 19 mars 2013 par le Bourgmestre de la ville de Charleroi.

1.5. Le 17 mars 2014, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9*bis* de la loi.

1.6. Par un courrier du 24 octobre 2019, elle a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9*ter* de la loi, laquelle a été déclarée recevable mais non-fondée par la partie défenderesse le 3 mars 2020.

2. Remarque préalable

2.1. L'article 39/68/2, alinéa 1er, de la loi précise ce qui suit :

« Lorsqu'une partie requérante a introduit plusieurs requêtes recevables à l'encontre du même acte attaqué, ces recours sont joints d'office. Dans ce cas, le Conseil statue sur la base de la dernière requête introduite, à moins que la partie requérante n'indique expressément au Conseil, au plus tard à l'audience, la requête sur la base de laquelle il doit statuer. La partie requérante est réputée se désister des autres requêtes introduites ».

2.2. Le Conseil constate qu'en dates des 19 et 20 novembre 2014, la requérante a introduit des recours à l'encontre de l'acte attaqué, lesquels ont été respectivement enrôlés sous les n° 163 913 et 165 702.

Expressément interrogée à l'audience sur l'application en l'espèce de la disposition citée *supra*, la requérante s'est désistée du recours enrôlé sous le n° 165 702.

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La requérante prend un moyen unique « de :
- La violation de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers, telle que modifiée par la loi du 15 septembre 2006 ; de l'article 4 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant les modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- La violation de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 précitée ; des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation des actes administratifs, de l'erreur de motivation, du manquement au devoir de prudence et violation du principe de bonne administration, de la motivation inexacte, insuffisante et dès lors de l'absence de motif légalement admissible et de l'erreur manifeste d'appréciation.
- La violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales et de la directive 2004/83/CE ».

3.1.1. Dans une *première branche*, après avoir reproduit le prescrit de l'article 9*ter* de la loi et rappelé la portée de la notion de « traitement adéquat », la requérante expose ce qui suit :
« Qu'en effet, il ressort aussi bien des certificats médicaux produits que de la décision querellée ou encore des avis médicaux du médecin conseil de l'OE, que les enfants [A.T.J.] et [A.T.I.] souffrent de la **drépanocytose homozygote sévère ;**
Que c'est une maladie grave, chronique et incurable ;
Que ses complications sont multiples, entre autres :
- Ostéonécrose : épaules, hanches, vertèbres…;
- Coeur : cardiomyopathie dilatée;
- Poumon : insuffisance respiratoire chronique, hypertension artérielle; pulmonaire, hypoxie chronique;
- Reins : tubulopathie distale, glomérulopathie, insuffisance rénale;
- Foie : hépatite C chronique post-transfusionnelle, hémochromatose secondaire;
- Lithiase biliaire pigmentaire, cholécystite;
- Rétinopathie drépanocytaire;
- Impuissance post-priapisme;

▌ Atteinte de l'oreille interne : syndrome vestibulaire, surdité, etc. (http://www.uraca.org/download/question_sante/RDP_2004_14_1548.pdf).

Que pour éviter ces complications éventuelles, le rapport médical présenté à l'appui de la demande préconise notamment un suivi hématologique tous les 3 mois avec bilan sanguin et un traitement à vie, etc. ;
Qu'au lieu de rencontrer les préoccupations exigées par cette disposition de la loi de 1980 sur les étrangers, à savoir : la pathologie dont souffre le requérant, son degré de gravité, le traitement estimé nécessaire, les risques éventuels, les possibilités de traitement, leur accessibilité dans le pays d'origine ou de séjour de l'intéressé, etc., tels qu'ils sont indiquées (*sic*) dans les rapports médicaux des docteurs [C.] et [S.], le médecin conseil de l'OE se borne à affirmer, sans autres justifications que « … *de nombreux hôpitaux et cliniques et des services de pédiatrie, d'hématologie-oncologique et de biologie clinique sont disponibles et accessibles en République démocratique du Congo* » ;

Que pourtant, le rapport de la « *UK Border Agency* » révèle que les services sociaux sont inexistants au Congo et que l'infrastructure de ce pays est totalement désintégrée. (https://www.gov.uk/government/organisations/uk-border-agency) ;
Que ces constats sont corroborés par le rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés de 2010. (http://www.fluechtlingshilfe.ch/a-notre-sujet/rapports-annuels) ;

Que s'agissant de cette maladie, il faut noter que sa prise en charge est incertaine en RDC. On en veut pour preuve, un rapport récent de la radio des Nations Unies au Congo y afférent qui est on ne peut plus accablant : « Le principal hôpital de la RDC spécialisé dans la prise en charge de la drépanocytose fonctionne difficilement. Il n'a pas de locaux suffisants et manque des (*sic*) moyens. Ce centre existe depuis plus de trente ans. Depuis environ trois ans, il est devenu un hôpital à part entière avec notamment des services de pédiatrie, chirurgie, gynécologie et médecine interne ... », a affirmé jeudi 19 juin 2014, le médecin directeur de cet établissement hospitalier, Dr Maurice Kalonji. Tous ces services, poursuit-il, sont réduits et sous équipés. (http://radiookapi.net/regions/kinshasa/2014/06/19/kinshasa-le-centre-de-traitement-de-drepanocytose-manque-de-moyens/#more-183391) ;
Qu'il importe également de signaler que les drépanocytaires congolais réclament désespérément leur vraie prise en charge. En effet, Madame Justine Umba, la Secrétaire générale du Centre de prise en charge des drépanocytaires (CPCD), en prévision de la célébration de la journée mondiale des malades drépanocytaires prévue le 19 juin a avancé : « *Pour d'autres maladies, il y a des prises en charge régulières et des traitements parfois gratuits. Mais pour la drépanocytose, ce n'est pas le cas. Nous demandons de l'aide parce que cette maladie crée beaucoup de malaise dans des foyers (...)* ». (http://radiookapi.net/regions/2014/06/10/katanga-les-drepanocytaires-plaident-pour-leur-prise-en-charge/#more-182480). La même source redoute que *« 30% de la population [du Katanga] est porteuse de la maladie. Si nous ne faisons rien, dit-elle, la maladie va progresser » (Ibidem)* ;

Que dans ce sens, le site http//ww.interasso.drepavie.org/ évoque également l'impossibilité de suivi approprié des drépanocytaires au Congo ;

Que de manière générale, l'accessibilité aux soins de santé fait défaut en RDC ; cela, pour au moins la moitié des Congolais ;
Qu'en effet, dans un rapport publié en 2010, l'OMS tirait la sonnette d'alarme en ces termes : ***« Le taux d'accès aux soins de santé en RDC oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée en 2007 et actualisée en 2009*** *...* ». *(*http://radiookapi.net/tag/acces-aux-soins-de-sante-en-rdc/). ***Ainsi donc, plus de 30 millions des Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité ;***
Qu'à côté de ces chiffres, il faut également souligner le délabrement des infrastructures sanitaires, construites pour la plupart durant l'époque coloniale et peu après l'accession de la RDC à l'indépendance *;*
Qu'à ce propos, un rapport des médecins sans frontières de 2011 considère que la situation sanitaire en RDC reste critique. En fait, d'après ce rapport : « *des décennies de conflits et un manque d'investissement de la part du gouvernement ont entravé l'accès aux soins de santé primaire* (*sic*) *pour la population de ce pays. Des épidémies se sont propagées tandis que le traitement vital de certaines maladies a été négligé (…).* Le manque d'investissement dans le système de santé se traduit par un manque d'infrastructures et de personnel médical correctement formé, à travers le pays. Alors que les besoins médicaux sont énormes, les gens doivent se démener pour accéder au niveau le plus

élémentaire des services de santé (…) ». (http://www.msf-azg.be/fr/nouvelle/r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo-situation-toujours-critique) ;

Que dans le même sens, deux responsables de Médecins du monde qualifient la situation sanitaire en RDC de désastreuse;
Qu'aussi, la quasi-totalité des organismes internationaux de santé estiment que la situation sanitaire au Congo est toujours critique, l'accès aux soins de santé étant limité par manque d'investissement du gouvernement et l'état de guerre qui a duré plus d'une décennie. (http://www.msf.fr/actualite/diaporamas/rdc situation-sanitaire-toujours-critique) ;
Qu'il s'agit d'un bilan récent et la situation reste inchangée ;

Que par ailleurs, dans une interview accordée à la radio onusienne MONUSCO, le Dr Jean-Baptiste Sondji, spécialiste en santé publique et ancien ministre de la Santé rapporte que le taux d'accès aux soins de santé en RDC oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007 et actualisée en 2009. (http://radiookapi.net/tag/acces-aux-soins-de-sante-en-rdc/) ;

Qu'en l'espèce, il ressort aussi bien du rapport médical présenté, que des informations développées ci-avant, que le retour de [A.T.J.] et de [A.T.I.] en RDC, s'il devait arriver, comporte des sérieux risques ; à cause non seulement du défaut des infrastructures sanitaires dans ce pays, mais encore de la mauvaise prise en charge sur place résultant de cette incapacité de prise en charge des drépanocytaires.
Que dans l'hypothèse de leur éventuel éloignement du territoire du Royaume, se posera tout de même la question de l'accessibilité des soins dans leur pays d'origine. Or, il est évident qu'[elle] ne dispose pas de ressources financières nécessaires pour supporter les frais de suivi médical de ces (*sic*) deux enfants au Congo ;
Qu'à cet effet, il a été jugé (concernant l'impossibilité de retour d'un étranger atteint d'une maladie grave) qu' « *il ne suffit pas de prendre en considération la possibilité physique de retourner dans le pays d'origine mais également les conditions concrètes d'accès aux soins dans ce pays là, c'est-à-dire à la fois la possibilité d'y être soigné utilement et celle de supporter financièrement les frais occasionnés par les traitements médicaux et pharmaceutiques* » (CJCE, arrêt D. contre Royaume-Uni, 2 mai 1997, RDE, 1997p, 94 ; F. Bernard, la régularisation de Monsieur D. ou l'illustration de l'étendue d'asile médical offert par la commission de régularisation, RDE, 2000 p. 5O2; TT Bruxelles, 6 mars 2003, BN/CPAS de Saint-Gilles) ;

Que dans notre espèce, il n'existe pas de conditions concrètes d'accès aux soins ni la possibilité de supporter financièrement les frais occasionnés. D'ailleurs, nombre de décisions viennent conforter cette thèse de savoir si les malades, en l'occurrence, les enfants [A.T.J.] et de [A.T.I.] peuvent recevoir des soins adéquats dans leur pays d'origine, ou si le voyage vers ce pays est ou non susceptible d'être effectué sans mettre gravement en danger leur vie ou leur intégrité physique, ou encore si l'état du développement médical et sanitaire de ce pays permettrait auxdits enfants d'avoir concrètement accès aux examens, soins, et traitements que nécessite leur état, sans compromettre gravement leurs chances de rétablissement ou à tout le moins le maintien de leur maladie au stade actuel..., » (Dans ce sens, TT. Bruxelles, 15ème ch, 6 mars 2006, X/CPAS de Berchem-Sainte-Agathe, RG2J. 468/05) ;

Que de ce qui précède, [elle] sollicite la suspension et l'annulation de la décision prise par la partie adverse ».

3.1.2. Dans une *deuxième branche*, la requérante expose ce qui suit :
« Attendu que la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport du médecin conseil de l'OE, sur la base des documents médicaux produits par [elle] à l'appui de sa demande de séjour, dont il ressort, en substance, que [ses] enfants sont atteints de la « Drépanocytose homozygote sévère », pathologie pour laquelle, le médecin conseil de la partie adverse a affirmé que le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine ;
Qu'en outre, ce médecin soutient que « La République démocratique du Congo développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale. […] [Il cite] à titre d'exemple la « MUSECKIN » et la « MUSU […]. […] Il existe également - avance le même médecin - un système d'assurance privée en République démocratique du Congo, tel que la SONAS qui dispose d'une assurance maladie. Celle-ci garantit les consultations médicales, les frais pharmaceutiques, la chirurgie, les examens médicaux. Son prix est fixé en fonction des garanties et montants d'intervention proposés […] » ;

Que s'agissant tout d'abord des prétendue disponibilité et accessibilité des soins au Congo, ce médecin de l'OE soutient sans aucun fondement ni justification que le traitement de la drépanocytose est disponible et accessible au Congo ;

Que cette affirmation de la partie adverse est évidemment farfelue et ne repose sur aucun élément probant. Qu'à cet effet, il n'est pas besoin de revenir sur des développements précédents, par lesquels il a été démontré que les soins des drépanocytaires au Congo sont sinon inexistants, du moins de piètre qualité ;

Qu'il importe d'ailleurs de constater qu'aucune recherche sérieuse n'a été effectuée sur cette question de la disponibilité ou encore de l'accessibilité aux soins au Congo ; sinon, l'indication de quelques sites internet, dont les informations sont d'ailleurs fictives, erronées, ou invérifiables ;

Qu'il en est ainsi de la référence à la SONAS, alors même que le site internet de cette entreprise est inopérant; et ne livre aucune information sur l'assurance prétendue. Dès lors, peut-on se demander comment faire pour souscrire une telle assurance ;

Que de plus, il n'est pas raisonnable de tenir pour seule source, pour une décision d'une telle gravité, un rapport de stage d'étudiant; par ailleurs vieux de 7 ans; alors même que des textes de lois, de la doctrine et d'autres documents plus autorisés peuvent mieux informer sur cette question ;

Qu'en ce qui concerne la MUSECKIN, ce système est inconnu du grand public. Aussi, aucune information n'est disponible sur internet, leur site semble en "construction" depuis une éternité. Il en est de même pour la MUSU, pour laquelle aucune information n'est disponible au grand public sur internet quant à ce système ;
Qu'au reste, dans l'avis médical susmentionné, le médecin de l'OE affirme qu' « *Il appert que depuis 2006, en république démocratique du Congo, les autorités sanitaires ont mis en place un programme national de lutte contre la drépanocytose avec de nombreuses actions concrètes. Le projet est très cohérent et totalement coordonné avec le projet de Bamako dans le cadre de la mise en place d'un Réseau Sud-Sud-Nord pour mutualiser les compétences, expériences et moyens entre les spécialistes du continent africain et les acteurs du Nord. Il est à préciser que la Fondation Pierre Fabre apporte son concours au Centre Hospitalier Monkolé de Kinshasa et plus spécifiquement au renforcement technique et scientifique de l'unité de prise en charge de la drépanocytose* ». Le même rapport cite l'organisation congolaise des anémiques (en sigle OCAS) qui est une organisation non gouvernementale de droit congolais basée à Kinshasa, depuis 2003, qui, semble-t-il, apporte un soutien médical et moral aux anémiques, au centre Mabanga, à Yolo-Sud dans la commune de Kalamu/ Kinshasa ;

Qu'à ce propos, nous nous sommes largement étendu sur la question de disponibilité et de l'accessibilité des soins au Congo, nous renvoyons donc à ces développements ;

Qu'en tout état de cause, votre Conseil a jugé dans une espèce semblable par rapport aux mêmes affirmations, pour la même pathologie, concernant le même pays que **« *Reposant, par conséquent, sur des informations qui ne peuvent être vérifiées, le motif de la décision attaquée portant que les soins requis seraient accessibles au Congo (R.D.C.) ne peut être considéré comme suffisant*» (CCE n° 106 125 du 28 juin 2013 dans l'Aff. X/III) ;**

Qu'il importe également de relever que la décision querellée se base sur un rapport très succinct et approximatif du médecin conseil de l'OE; qui n'a pas donné un avis circonstancié et éclairé sur les problèmes médicaux rencontrés par les enfants malades ; d'autant qu'il n'a pas estimé devoir les rencontrer dans le cadre d'une consultation médicale ;

Qu'en outre, [elle] s'étonne qu'une décision qui comporte des si graves conséquences pour ses enfants, soit prise par un médecin, dont on ignore le domaine de spécialisation. S'agit-il d'un médecin spécialiste ou un généraliste. Dans cette dernière assertion, son avis ne pourrait valoir, sur celui d'un spécialiste, s'il advenait qu'ils fussent contraires ;

Qu'en effet, dans un avis médical du 11.12.2013 établi par le service d'hémato-oncologie et des maladies inflammatoires de l'hôpital Universitaire des Enfants reine Fabiola concernant l'enfant [A.T.J.], il a été indiqué que « **Drépanocytose homozygote sévère; Bonne compliance au traitement; Nette**

régression du nombre d'incidents depuis l'arrivée en Belgique; "Salomon patch lesion" à l'oeil gauche à surveiller; Sa soeur [R.] est HLA compatible. Compte tenu de la sévérité du tableau clinique (persistance de 1 à 2 CVO nécessitant une hospitalisation par an), [J.] pourrait bénéficier d'une greffe de moelle géno-identique. Elle sera inscrite prochainement sur la liste des patients en attente de greffe. Etant donné la longue liste d'attente, l'Hydrea sera majoré progressivement jusqu'à la dose maximale tolérée » ;
Qu'en principe, l'avis médical du médecin de l'OE, qui s'est contenté des pétitions de principe, ne pourraient (*sic*) valablement contredire les rapports médicaux établis par plusieurs médecins du reste spécialistes, qui ont en plus soigné et examiné lesdits enfants ;

Qu'en fait en présence des positions contradictoires, celle des médecins traitant (*sic*) des enfants et celle de l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola d'un côté, et celle du médecin conseil de l'OE de l'autre, incontestablement c'est la position du premier groupe qui devrait prévaloir, d'autant que le second n'a absolument pas approché les enfants malades ;

Que justement, le premier groupe de médecins recommande comme un seul homme, que les enfants malades soient suivis et soignés en Belgique. En revanche, le médecin conseil de l'OE, seul contre tous, pour des raisons que l'on peut aisément comprendre, s'oppose à cette perspective ;

Que par ailleurs, pour ce qui est de l'application de l'article 9 ter de loi de 1980 précitée, le Conseil d'Etat exige souvent de vérifier si les soins nécessaires au demandeur sont accessibles dans son pays d'origine, eu égard à son état de fortune, notamment s'il peut bénéficier d'une couverture publique de ses frais médicaux ;

Qu'au lieu de vérifier si [elle] dispose des moyens suffisants pour faire bénéficier à ses enfants des soins du reste très couteux, la partie adverse se contente d'affirmer non sans confusion que *« Les enfants sont arrivés en Belgique avec leur maman munis de passeports revêtus d'un visa de type C délivré à Kinshasa (RD Congo). Une partie de la démarche que les parents ont faite pour l'obtention du visa Schengen consiste à fournir des documents qui prouvent qu'ils disposent de moyens de subsistance suffisants, aussi bien pour la durée de leur séjour que pour le retour. Tous ces éléments démontrant que la famille disposait de moyens financiers en suffisance et rien ne démontre qu'elle en serait démunie lors de son retour au pays d'origine* ».

Qu'à ce propos, il convient d'indiquer que s'il est vrai qu'[elle] a pu faire voyager en juillet 2011 ses enfants, il n'est pas certain, qu'en novembre 2014, soit plus de trois ans, alors même qu'elle ne travaille pas, n'a bénéficié d'aucun revenu ou n'a pas reçu d'aide quelconque, que la partie adverse soutienne qu'elle dispose des suffisamment de moyens pour faire bénéficier à ses enfants des soins extrêmement couteux, puisqu'il est question de greffe de moelle osseuse ;

Qu'en outre, il est faussement soutenu dans l'avis médical du médecin conseil de l'OE que « Le papa de l'enfant malade est fonctionnaire de l'Etat (...) (Il) peut donc, s'il est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, s'adresser au Bureau Diocésain des OEuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire congolais [...]»;

Que sur ce point, [elle] avait déjà, dans sa demande datant du 25 juillet 2013, porté à la connaissance de l'OE, l'état de ses rapports avec le père de ses enfants que « ... c'est dans ces conditions que le père des enfants a, effectivement, disparu et rejeté les siens, attitude d'autant plus lourde, mais également significative pour la requérante qui avait déjà perdu un enfant drépanocytaire ».

Que ces déclarations portées à la connaissance de la partie adverse, difficiles pour [elle], se passent donc de tout commentaire ;

De ce qui précède, la partie adverse a manifestement commis une erreur d'appréciation ;

En outre, [elle] estime que la partie adverse a failli à son devoir de bonne administration, lequel exige de prendre en considération tous les éléments de la cause avant de statuer ;

Elle reproche également au médecin conseil de l'OE de n'avoir pas exercé l'entièreté du contrôle prévu par l'article 9 ter de la loi de 1980 précitée ;

La décision du délégué du Secrétaire d'Etat à l'Asile et Migration devrait de ce chef être annulée ».

3.1.3. Dans une *troisième branche*, la requérante expose ce qui suit :
« Qu'[elle] soutient également que la partie adverse a violé l'article 3 de la CEDH. Cette disposition est ainsi libellée : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines et traitements inhumains et dégradants* ». Cet article impose aux Etats-parties à cette convention le devoir, non seulement de ne pas violer les droit protégés par cette convention, mais aussi de prévenir les violations de ces droits ;

Que dans notre espèce, le risque de subir un mauvais traitement doit s'apprécier par rapport à la situation [de ses] enfants dans l'hypothèse où ils retourneraient dans leur pays d'origine ;

Que leur accès aux soins de santé au Congo, faute d'infrastructures adéquates s'avère impossible.

Qu'en sus, le fait qu'[elle] n'ait pas du tout les moyens de payer leurs soins de ses enfants dans ce pays, avec le risque que cela comporte pour leur survie, participe également au risque réel de traitement inhumain ou dégradant.

Qu'en leur refusant le droit de séjour et leur retirant l'attestation d'immatriculation pour "perte de séjour", la partie adverse non seulement ne prévient pas des traitements dégradants et inhumains […] mais, surtout elle viole elle-même l'article 03 de la CEDH.

Qu'il convient de rappeler l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 13 juin 1997 qui a jugé que « *pour qu'un traitement soit inhumain et dégradant : il n'est pas nécessaire qu'il mette en péril la vie même de celui auquel il est infligé ; qu'il suffit pour qu'il soit qualifié tel qu'il mette gravement en question les droits fondamentaux des personnes auxquelles il est infligé ; que parmi ces droits fondamentaux figure le droit à l'intégrité physique et en conséquence le droit de recevoir des soins appropriés dans des conditions décentes* » ;
De ce fait, [elle] sollicite la suspension et l'annulation de la décision querellée de la partie adverse ».

4. Discussion

A titre liminaire, le Conseil rappelle que l'article 9*ter*, §1er, de la loi précise que « L'étranger qui séjourne en Belgique (…) 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 troisième et cinquième alinéas de cet article indiquent 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. (…) 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 ».
A cet égard, l'exposé des motifs de l'article 9*ter* de la loi prévoit que cette disposition concerne « les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour (…) » (Doc. Parl., Ch., 51, n° 2478/001, p. 34).

4.1. Sur la *première branche* du moyen unique, le Conseil constate que la décision entreprise est fondée sur deux rapports, établis le 19 septembre 2014, par le médecin conseil de la partie défenderesse sur la base, entre autres, des certificats médicaux produits par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, dont il ressort, en substance, que ses enfants souffrent d'une « Drépanocytose homozygote » dont le traitement se compose d' « Hydréa (hydroxycarbamide, antimétabolites), Acide folique (vitamine), Amoxicilline (pénicilline, antibactérien), de D-cure (vitamine D3) » et d'un « Suivi : hématologie pédiatrique/3mois ; bilan sanguin et multisystémique/an ». Le médecin conseil relève également, sur la base de diverses sources documentaires énumérées dans ses rapports, que les

médicaments requis par l'état de santé des enfants de la requérante sont disponibles au Congo (RDC) tout comme les médecins spécialisés qu'ils leur importent de consulter, et qu'il existe au Congo un «système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale» ainsi que d'autres structures garantissant l'accessibilité des soins requis aux enfants de la requérante. Il signale en outre que « la famille disposait de moyens financiers en suffisance et rien ne démontre qu'elle en serait démunie lors de son retour au pays d'origine ».
Dès lors, à la lumière de ces éléments, le Conseil constate que la partie défenderesse a dûment examiné la disponibilité et l'accessibilité des soins adaptés à l'état de santé des enfants de la requérante dans son pays d'origine et les possibilités pour ces derniers d'y avoir accès.

En termes de requête, la requérante conteste le constat qui précède et se réfère à cet égard à de multiples articles de presse tirés d'internet, lesquels dénoncent la situation sanitaire qui prévaut en République démocratique du Congo et la mauvaise prise en charge des patients atteints de drépanocytose. Le Conseil constate toutefois que la requérante n'a pas fait état de ces informations à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et les produit pour la première fois dans sa requête de sorte qu'il ne peut raisonnablement être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte lorsqu'elle a pris l'acte attaqué, pas plus qu'il ne saurait davantage être attendu du Conseil de céans qu'il prenne en compte ces mêmes éléments en vue de se prononcer sur la légalité de la décision entreprise, ceci en vertu du principe selon lequel il y a lieu, pour l'exercice du contrôle de légalité que le Conseil est amené à exercer, de se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris.
Le Conseil rappelle également que c'est à la requérante, qui sollicite une autorisation de séjour, à apporter la preuve qu'elle remplit les conditions inhérentes au droit qu'elle revendique. C'est dès lors à elle qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui sont nécessaires à ses enfants ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine *quod non* en l'espèce, la requérante n'ayant fourni aucune indication en ce sens dans sa demande d'autorisation de séjour.

Partant, la première branche du moyen unique n'est pas fondée.

4.2. Sur la *deuxième branche* du moyen unique, le Conseil observe que la requérante se contente tout d'abord d'affirmer péremptoirement que les sources utilisées par la partie défenderesse pour conclure à la disponibilité et l'accessibilité des soins requis par l'état de santé de ses enfants sont « fictives, erronées ou invérifiables », laquelle affirmation est dépourvue de toute utilité à défaut d'être étayée. Quant à l'affirmation tout aussi péremptoire selon laquelle les sites internet afférents aux mutuelles renseignées par le médecin conseil de la partie défenderesse seraient inaccessibles, elle n'est pas davantage utile à défaut d'être étayée et pour la requérante de contester le constat posé dans les avis médicaux qu'elle pourrait s'affilier à l'une d'entre elles.
La même remarque s'impose à nouveau quant à l'assertion péremptoire de la requérante qui estime que « la décision querellée se base sur un rapport très succinct et approximatif du médecin conseil de l'OE; qui n'a pas donné un avis circonstancié et éclairé sur les problèmes médicaux rencontrés par les enfants malades ; d'autant qu'il n'a pas estimé devoir les rencontrer dans le cadre d'une consultation médicale », le médecin conseil n'étant au demeurant nullement tenu d'examiner les requérants comme cela ressort clairement de l'article 9*ter*, §1er, de la loi, partiellement reproduit *supra*.

Par ailleurs, le Conseil ne perçoit pas l'intérêt de la requérante à s'interroger sur la qualité de médecin spécialiste ou non du médecin conseil de la partie défenderesse ni à relever que la position des médecins traitants de ses enfants doit prévaloir sur celle du médecin conseil dès lors que ce dernier ne conteste nullement les pathologies qui les affectent.
Le Conseil ne perçoit pas non plus l'intérêt de la requérante à sa critique relative à son état de fortune dès lors qu'elle ne prétend pas ne pas pouvoir s'affilier à une des mutuelles répertoriées par le médecin conseil dans ses avis médicaux ou s'insérer dans le programme national de lutte contre la drépanocytose y visé également.

In fine, quant aux déclarations portées à la connaissance de la partie défenderesse dans la demande de la requérante du 25 juillet 2013, elles ne pouvaient qu'être ignorées par la partie défenderesse à défaut d'avoir été communiquées à l'appui de la demande d'autorisation de séjour datée du 25 août 2011 qui a donné lieu à la décision entreprise.

Par conséquent, la deuxième branche du moyen unique n'est pas non plus fondée.

4.3. Sur la *troisième branche* du moyen unique, le Conseil rappelle que l'application au cas d'espèce de l'article 9*ter* de la loi englobe l'article 3 de la CEDH qui vise précisément à éviter tout risque sérieux de traitements inhumains ou dégradants en cas d'éloignement effectif. Or, la partie défenderesse ayant valablement conclu à la disponibilité et l'accessibilité des soins requis par les enfants de la requérante dans son pays d'origine, la violation de l'article 3 de la CEDH ne peut être retenue. Au surplus, la décision attaquée n'étant assortie d'aucun ordre de quitter le territoire, le Conseil ne perçoit pas l'intérêt de la requérante à invoquer la violation de cette disposition.

5. Débats succincts

5.1. Les débats succincts suffisant à constater, d'une part, le désistement d'instance quant au recours enrôlé sous le numéro 165 702 et, d'autre part, que la requête en annulation enrôlée sous le numéro 163 913 ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5.2. La requête en annulation enrôlée sous le numéro 163 913 étant rejetée par le présent arrêt, qui conclut au désistement d'instance quant au recours portant le numéro de rôle 165 702, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1er

Le désistement d'instance est constaté dans l'affaire enrôlée sous le n° X

Article 2

La requête en suspension et annulation enrôlée sous le n° X est rejetée.

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

Mme V. DELAHAUT,	présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
M. A. IGREK,	greffier.

Le greffier,	La présidente,
A. IGREK	V. DELAHAUT