

Arrêt

n° 252 709 du 14 avril 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. KAYIMBA KISENGA
Square Eugène Plasky, 92/6
1030 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 décembre 2020, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 20 octobre 2020.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 16 février 2021 convoquant les parties à l'audience du 10 mars 2021.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. ISHIMWE *loco* Me P. KAYIMBA KISENGA, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me F. MOTULSKY, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 Le 22 avril 2020, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur 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 »).

1.2 Le 20 octobre 2020, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.1 recevable mais non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 23 novembre 2020, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour (ci-après : la première décision attaquée) :

« 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 [d]écembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le [m]édecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. Dém.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 19.10.2020, (joint 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 du demandeur [sic], que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.) ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : la seconde décision attaquée) :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

- o *En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : L'étranger n'est pas en possession d'un visa valable ».*

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : la CEDH), de l'article 4 de la directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004 concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale, et relatives au contenu de ces statuts (ci-après : la directive 2004/83), des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du « principe de bonne administration obligeant l'administration à prendre en compte tous éléments portés à sa connaissance avant de prendre une décision » et du « principe de précaution » ainsi de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2 Dans ce qui peut être considéré comme une première branche, elle fait valoir qu' « [a]ttendu que dans sa demande 9^{ter} du 22 avril 2020, la requérante avait d'emblée fourni une multitude d'informations quant à l'accessibilité et à la disponibilité des soins. Une étude minutieuse du système sanitaire avait été effectuée et transmise à la partie adverse avec la demande avant la prise de la décision contestée. Or, la décision contestée ne prend pas la peine d'en évoquer l'existence et a fortiori de contester cette information. Par conséquent, l'on ne peut pas considérer que la partie adverse a valablement contredit les informations précises reproduites dans la demande initiale, laquelle pointait du doigt la mauvaise qualité des soins, l'infrastructure limitée, le manque de médicaments et l'inaccessibilité des soins. La requérante n'est dès lors pas en mesure de comprendre pourquoi son argumentaire n'a pas convaincu l'Etat belge et pourquoi l'ensemble des informations récoltées ne suffit pas à prouver que la requérante n'aura pas accès aux soins en cas de retour au Congo. A cet égard également, la décision méconnaît les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, le principe général visé au moyen, ainsi que les articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 ».

Elle poursuit en estimant que « [l]a partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et viole les dispositions visées au moyen en retenant la disponibilité d'un suivi adéquat et accessible au Congo. Rappelons avant tout le contexte instable et sécuritaire qui règne au Congo et souligné par l'ensemble des ONG tels que Caritas, WHO, USAID et la CTB :

« Depuis les années 60, la RD Congo connaît une dégradation croissante de sa situation sociale. Cette régression s'est surtout aggravée par les vagues successives de violences et de conflits qui ont ravagé le pays et dont la population est la première à payer le prix :

- La guerre a fait plus de 5 millions de morts et chaque jour, 1.200 personnes meurent des conséquences de ces conflits. Chaque mois, 40.000 personnes s'ajoutent au nombre de déplacés. Actuellement, on compte entre un et deux millions de déplacés et un million de réfugiés.

- Les viols systématiques et l'esclavage sexuel dans les zones de conflits ont contribué à l'augmentation du nombre de victimes du sida.

- 80% de la population congolaise survit avec l'équivalent de 0,30 dollar US par jour.

- 75% de la population (soit 42 millions de personnes) vivent dans une situation alimentaire précaire et 16% sont gravement sous-alimentés.

- 54% de Congolais n'ont pas accès à des soins sanitaires de base.

- 1 nouveau-né sur 5 n'atteindra jamais l'âge de 5 ans. 1 sur 3 meurt de la malaria.

Le climat d'insécurité et de violence a profondément affecté les différents secteurs de la vie sociale, notamment celui de la santé. Actuellement, 37% de la population n'ont pas accès aux soins de santé primaires [»].

Par ailleurs, il n'est pas contestable que la requérante est une personne âgée de 63 ans qui ne pourrait plus travailler et être autonome. A cet âge avancé s'ajoute bien entendu son état de santé très inquiétant. A aucun moment, la décision ne tient compte de cette particularité essentielle ».

2.3 Dans ce qui peut être considéré comme une deuxième branche, intitulée « En ce qui est de la disponibilité des soins, de l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », elle allègue que « [l']avis du médecin conseiller se contente de se référer aux différents sites internet pour conclure, de manière tout à fait générale et péremptoire, que le suivi et traitements sont disponibles en RDC. Il ressort des informations sur le pays de la requérante que la situation sanitaire ne permet de garantir les soins médicaux adéquats. Selon l'OSAR [l]a République Démocratique du Congo (RDC) est classée parmi les pays les plus pauvres au monde. Le pays est situé à la 168ème place sur 169 de l'Index de développement humain. Depuis son accession à l'indépendance, il a connu des crises à répétition qui ont eu des conséquences dramatiques sur la vie de la nation en général et sur le système de santé en particulier. Le système de santé est aujourd'hui dans de très mauvaises conditions. Dans de nombreuses régions, les services de santé sont inexistants. De nombreuses structures ont d'importants problèmes de fonctionnement, essentiellement en raison du manque de capacités financières, du manque de personnel et de médicaments, ainsi que du manque de matériel et d'équipement médical. Les infrastructures sont souvent vétustes et délabrées en l'absence d'assainissements et de politique de réhabilitation de l'Etat congolais. L'OMS estime que le système hospitalier en RDC se caractérise par sa désintégration et que l'offre de services de santé est à l'image de la situation socio-politique d'un pays en post-conflit. Le taux moyen de l'utilisation des services de santé est d'environ 0,15 (0,07-0,42) consultations par habitant et par an, ce qui correspond à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. Pour traiter les problèmes de santé graves ou spécifiques, les patients doivent se rendre dans les hôpitaux généraux, les centres spécialisés ou les cliniques. Les grandes villes, comme Kinshasa, et les territoires administratifs de chaque région disposent d'un hôpital général et d'un centre spécialisé. Des cliniques (publiques et privées) sont également établies à Kinshasa. Les coûts sont toutefois prohibitifs pour la majorité de la population. Il n'existe pas en RDC de compagnie d'assurance maladie publique ni de mutuelle de santé qui prenne en charge les coûts de la santé. La seule compagnie d'assurance maladie existante dans le pays, la SONAS (Société Nationale d'Assurance) est privée et payante et elle n'est pas accessible à la majorité de la population. De plus, les citoyens ne le [sic] jugent pas fiable. Le système de sécurité sociale assure, quant à lui, une protection uniquement aux personnes employées dans le secteur officiel du marché de l'emploi, qui est très réduit (uniquement le 2.8 % du marché se fait dans l'économie dite formelle) : la majorité de la population n'a donc pas accès à ce système. Le système de santé en RDC est donc effondré et quasiment inexistant. Dans certaines régions la population n'a accès à aucune assistance médicale. A Kinshasa, des cliniques publiques et privées ainsi que des hôpitaux et des centres spécialisés offrent des traitements pour des maladies spécifiques ou graves, toutefois l'accès à ces soins est inenvisageable pour la majorité de la population étant donnés [sic] les coûts élevés des traitements, qui sont exclusivement à la charge du patient. Certains

traitements, telle la radiothérapie, ne sont disponibles que dans une seule structure privée à Kinshasa mais, une fois encore, à des coûts extrêmement élevés. D'autres traitements, comme la chimiothérapie, existent mais ne sont pas toujours disponibles et sont également très chers. La qualité des traitements pour les maladies graves ne peut pas être comparée avec les standards européens : les personnes souffrant de cancers ou de cardiopathies doivent souvent être transférées en Afrique du Sud, en Belgique, en France ou ailleurs à l'étranger pour être soignées de façon adéquate, www.osar.ch [.] Plusieurs autres sources affirment qu'au Congo, s'agissant de l'hémodialyse, les traitements offerts aux personnes qui souffrent d'insuffisance rénale sont inaccessibles. Il convient de préciser que l'existence d'un service de néphrologie dans un hôpital congolais ne garantit pas dans les faits que l'hémodialyse puisse être pratiquée et que les soins soient disponibles. Dans un article paru le 18 mars 2014 sur le site www.panzihospital.org, on apprend que des campagnes de dépistage des maladies rénales sont organisées mais que de nombreuses personnes n'accèdent pas aux soins faute d'accessibilité à la dialyse par défaut d'appareil ou de moyens financiers » et que « [sic] [.] Dans un autre article du 7 octobre 2010, on peut également lire que le coût du traitement pour l'insuffisance rénale est lourd pour la communauté et la population. Un médecin ayant qui a suivi une patiente dans un cas semblable et qui connaît la situation au Congo, a rédigé une attestation dans laquelle il indique que le suivi en hémodialyse est risqué voire impossible dans ce pays et fournit une estimation du coût des séances qui est exorbitant et inaccessible pour la requérante. Les informations données par ce Docteur correspondent à celles de la presse et d'autres sources. Un autre médecin, Docteur [M.V.], néphrologue aux cliniques universitaires de Kinshasa, a confirmé qu'au Congo, 90 pourcents [sic] des patients ne peuvent être dialysés faute de moyens financiers. Dans un cas similaire, le médecin conseil de l'office des étrangers a estimé dans son avis qu'il existerait quatre hôpitaux en RDC, trois centres hospitaliers à Kinshasa et un « service médical » à Lubumbashi, où le traitement par hémodialyse serait disponible. Il convient pourtant d'insister sur l'importance de la population congolaise. Il est tout-à-fait évident qu'ils ne suffisent en aucune manière à eux quatre à établir d'une disponibilité d'un tel traitement - et, partant, de son accessibilité - sur l'ensemble du territoire congolais. La disponibilité d'une hémodialyse en cas de retour dans son pays d'origine n'est donc nullement établie. En effet, compte-tenu de la superficie et de la démographie de la RDC, et en l'absence d'indications quant au nombre de malades nécessitant en RDC le recours à une dialyse ainsi qu'au nombre de patients pouvant être pris en charge par les centres existants, la seule présence actuelle de quatre centres de dialyse ne permet pas de considérer que la situation de la requérante se serait, au niveau de la disponibilité des soins requis, améliorée de manière radicale. (CCE n° 155 848 du 30 octobre 2015 ; CCE n° 208 174 du 23 août 2018 ; CCE n° 215 654 du 24 janvier 2019). Que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur des requêtes Medcoi pour attester de la disponibilité des soins et médicaments requis à la requérante au Congo mais qu'il n'a toutefois nullement garanti la suffisance du stock de ces médicaments et l'accessibilité aux soins. Aucune information à cet égard ne figure non plus dans l'examen de l'accessibilité des soins et du suivi du pays d'origine. Or, comme rappelé ci-avant, dans sa demande d'autorisation de séjour initiale, la requérante a insisté sur le fait que « la seule présence actuelle de quatre centres de dialyse ne permet pas de considérer que la situation de la requérante se serait, au niveau de la disponibilité des soins requis, améliorée de manière radicale », remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci. Qu'en se bornant dans son avis à renvoyer à des requêtes Medcoi mentionnant la disponibilité des médicaments nécessaires au Congo sans cependant fournir d'informations plus détaillées certifiant la suffisance du stock de ceux-ci. Cette réalité du Congo invoquée en termes de demande est suffisamment rattachée à la situation personnelle de la requérante en dépit d'un caractère général. Elle est en outre étayée [sic] par des rapports déposés à l'appui de la demande. Que le Plan national de développement sanitaire PNDS 2011-2015, dresse un état des lieux tout à fait catastrophique de la disponibilité des médicaments en République démocratique du Congo. Il énonce ainsi : « Le médicament, un maillon essentiel du développement du système de Santé, connaît des problèmes de disponibilité, d'accessibilité (économique et géographique), de qualité, de gestion et d'utilisation rationnelle affaiblissant ainsi le système de santé en RDC ».

143. Insuffisance de régulation dans le secteur pharmaceutique. La régulation du secteur pharmaceutique congolais pose d'énormes problèmes. Les établissements pharmaceutiques (détaillants) fonctionnent illégalement pour la plupart et de façon et anarchiquement. La plupart des importateurs et grossistes privés sont hors d [sic] règles de Bonnes Pratiques Pharmaceutiques (BPF). , La qualité des médicaments entrant et circulant dans le pays est douteuse, et les laboratoires de contrôle de qualité sont sous équipés. La prescription et la dispensation sans norme claire définie contribuent à augmenter l'utilisation irrationnelle des médicaments. Cet état des choses est relevé dans le Rapport de la Revue de la Direction de la Pharmacie (DPM), du Médicament et des Plantes

Médicinales réalisée par l'OMS en 2008. En effet, le rapport cité indique que la législation et réglementation pharmaceutique sont incomplètes, inadéquates et non appliquées. La DPM ne dispose pas de locaux, équipements et un environnement de travail adaptés à ces missions. Le personnel en charge des opérations réglementaires n'est pas adéquat en terme de nombre et de qualification au regard des responsabilités attribuées par les textes. Les fonctions réglementaires sont pour certaines partiellement remplies.

144. La disponibilité du médicament dans les formations sanitaires n'est pas garantie même dans les formations sanitaires couvertes par le SNAME. Cette situation est due d'une part à la faiblesse du chiffre d'affaire comme on vient de le voir, mais aussi à l'absence de fidélisation des formations sanitaires au SNAME. En effet, les différents circuits d'approvisionnement en médicaments qui existent notamment dans le secteur privé, rendent disponibles des médicaments de qualité douteuse, mais à des prix souvent inférieurs à ceux qui sont pratiqués par le SNAME. Les responsables des formations sanitaires semblent être plus intéressés par cette question des prix que par la qualité du médicament.

Problèmes prioritaires :

1. La coexistence de plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments aux côtés du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques rend l'approvisionnement et la distribution très complexe ;
2. Le Gouvernement ne s'est pas encore approprié le SNAME qui a été institué par le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires. Les médicaments achetés sur financement public utilise autre circuit que celui du SNAME ;
3. La part la plus importante des ressources extérieures destinées au médicament a mis en place un circuit différent de celui du SNAME. Les ressources Fonds Mondial, PEPFAR, etc, destinées au médicament et intrants spécifiques représentent plus de 20 voire 30 fois le chiffre d'affaire de la FEDECAME. Ces ressources ne passent pas par le SNAME, ce qui contribue à affaiblir celui-ci.
4. La production locale est faible, environ 10% des médicaments consommés en RDC.
5. La disponibilité du médicament dans les formations sanitaires n'est pas garantie même dans les formations sanitaires couvertes par le SNAME. Cette situation est due, d'une part, à la faiblesse du chiffre d'affaire de la FEDECAME, et d'autre part, à la baisse constante du chiffre d'affaire due à la non fidélisation des formations sanitaires qui préfèrent des médicaments moins chers quelle que soit leur qualité. L'insuffisance de régulation du secteur pharmaceutique contribue à alimenter cette question.
6. L'accessibilité financière des populations aux médicaments de qualité n'est pas garantie du fait de la pauvreté (plus de 70% des congolais vivent avec moins d'1 USD par jour) et de l'absence de mécanismes de partage de risque.

Tous les niveaux du système de santé accusent aujourd'hui une faiblesse à manager le secteur en matière d'infrastructures et d'équipements :

- faiblesse à se concerter avec les Ministères connexes comme le Ministère des Travaux Publics, Infrastructures et Réhabilitation (TPIR) pour le suivi des travaux s'effectuant dans le secteur de la santé, avec les Ministères de l'Environnement, de l'Habitat et du Développement Rural en matière d'assainissement.
- faiblesse à coordonner les travaux et les équipements apportés par les partenaires pour garantir une couverture en infrastructures et en équipements plus équitable et moins disparate.
- faiblesse à contrôler le secteur privé lucratif ce qui a conduit à la prolifération de formations médicales privées ne répondant pas toujours aux normes requises et ne garantissant pas l'offre de soins de qualité et répondant plus à des objectifs commerciaux
- manque d'encadrement des équipements remis sous forme de « dons » soit par les acteurs politiques ou par les ONG pour des activités caritatives, ne correspondant pas souvent aux besoins des services bénéficiaires, ce qui conduit à des gaspillages : les équipements n'arrivent pas à leurs destinataires ou ne fonctionnent pas ou ne sont pas adaptés
- faiblesse de concertation et de contrôle intra sectorielle conduisant à la prolifération de formations sanitaires ne répondant pas toujours aux normes requises. - non maîtrise des ressources existantes et des ressources entrain [sic] d'être acquises par le secteur 197. Aujourd'hui, le système de santé montre une inadéquation entre l'offre de services et de soins de santé de qualité et le plateau technique requis dans un grand nombre d'infrastructures sanitaires existantes toutes catégories confondues y compris les établissements d'enseignement de la santé : il manque des infrastructures, certaines infrastructures sont dans un état de délabrement avancé, les équipements sont vétustes, les, équipements sont incomplets, non conformes, insuffisants, l'approvisionnement des infrastructures sanitaires en eau courante et en électricité est difficile....

Il résulte de l'ensemble de ces éléments qu'il ne peut aucunement être déduit de la référence à ces sites internet que le traitement médicamenteux requis en vue de soigner les différentes pathologies de la requérante est disponible en République démocratique du Congo. La référence à la base de données MEDCOI ne permet pas davantage de démontrer la disponibilité des soins requis. Il ne résulte en effet aucunement de la consultation de cette base de données que l'ensemble du traitement médicamenteux nécessaire pour traiter ces différentes pathologies est disponible. Ce qui n'est absolument pas suffisant pour assurer la disponibilité des traitements. La décision attaquée n'est dès lors pas motivée de manière adéquate et méconnaît l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 visée au moyen ainsi que les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 visée au moyen ».

Elle poursuit en faisant valoir qu'« [e]n outre, à partir du moment où des rapports circonstanciés de médecins spécialisés sont produits, la partie adverse ne peut se contenter d'un avis particulièrement lacunaire d'un généraliste qui ne contient aucune argumentation scientifique de nature à remettre en cause les arguments avancés [...]. [...] Le médecin conseil ne conteste pas l'affection dont est atteinte la requérante, mais diverge de l'avis des spécialistes quant aux conséquences d'un rapatriement ; qu'il incombe à la partie adverse, d'exposer les raisons pour lesquelles elle s'est écartée des conclusions des spécialistes et de s'assurer que l'intéressée pourrait bénéficier dans son pays d'origine des soins qui conviennent à son état. L'on peut déplorer que le médecin conseil n'ait pas pris la peine d'interroger la moindre autorité médicale congolaise compétente afin d'apprécier le risque tel que décrit à l'article 9ter alors qu'il a le pouvoir de demander un avis à un expert, de convoquer la patiente ou de contacter le médecin traitant de l'étranger (lire ci-dessous). Dans son avis, le médecin fonctionnaire se contente de renvoyer à divers sites internet, ce qui est insuffisant pour apprécier tant la disponibilité des médicaments que des soins [...]. L'erreur est manifeste, tant la disponibilité et l'équivalence des médicaments est contestable. Dès lors, il ne peut valablement être déduit des informations figurant au dossier administratif et tirées de la liste nationale des médicaments essentiels en République Démocratique du Congo, que le traitement médicamenteux requis en vue de soigner les pathologies de la requérante est effectivement disponible dans ce pays, de sorte que l'aspect de la motivation de la décision attaquée relatif à la disponibilité du traitement nécessaire au requérant [sic], dans son pays d'origine, n'est pas établi à suffisance. En estimant que la requérante peut être soignée dans son pays d'origine, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et méconnaît les dispositions supranationales et nationales visées au moyen ».

2.4 Dans ce qui peut être considéré comme une troisième branche, après des considérations théoriques sur l'article 3 de la CEDH, elle soutient que « l'attestation médicale établie par son médecin et produit [sic] par la requérante dans sa demande de séjour sur le fondement de l'article 9ter, indiquait qu'elle souffre d'affections graves. Ce médecin indique également qu'en cas d'arrêt de traitement, il y a probabilité de décès. Que la partie adverse n'a pas du tout pris en compte le profil particulièrement vulnérable de la requérante, ressortissant [sic] congolais de 63 ans ».

Elle poursuit en estimant qu'« un ordre de quitter le territoire a pour conséquence que l'étranger doit quitter le territoire belge et peut, le cas échéant, servir de base à une reconduite à la frontière de manière forcée et à une mesure administrative de privation de liberté. [...] Qu'en l'espèce, la requérante est malade et est suivie en Belgique par des médecins spécialistes ; Que la partie adverse invite la requérante à quitter le territoire ; Que l'exécution de la décision attaquée entraînera que la requérante arrête son traitement sans pouvoir obtenir un traitement adéquat dans son pays. Que cette situation infligerait un traitement inhumain et dégradant à la requérante prohibé par l'article 3 de la [CEDH]. Que pourtant, bien que [la partie défenderesse] ait connaissance de l'état de santé de la requérante, elle ne motive nullement la question de la protection de ce droit eu égard au prescrit de l'article 3 de la [CEDH] ; Qu'il ne ressort nullement des motifs de la deuxième décision querellée que la partie défenderesse ait pris en considération la situation personnelle et l'état de santé de la requérante avant de prendre sa décision ».

3. Discussion

3.1 À titre liminaire, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué.

Le Conseil constate qu'en l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son moyen unique, de quelle manière les décisions attaquées violeraient l'article 4 de la directive 2004/86, l'article 13 de la CEDH et le « principe de précaution ». Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions et de ce principe.

3.2 Le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, 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 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 indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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 ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires 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 (ci-après : la loi du 15 septembre 2006), ayant inséré l'article 9^{ter} dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que 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'expliciter les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.3.1 En l'espèce, la motivation de la première décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 10 octobre 2020, établi sur la base du document médical produit à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une « [t]hrombose de la veine cave inférieure traitée », d'une « [i]nfection urinaire basse traitée et donc guérie », d'une « [i]nsuffisance rénale aigue [sic] traitée », d'une « [a]némie normocytaire », d'une « [h]yperparathyroïdie primaire », de « [n]otion non documentée de « Myélome multiple peu probable » et de « [m]igraines non documentées », pathologies pour lesquelles le traitement médicamenteux et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « Redomex® (= amitriptyline) », de « Topamax® (= topiramate) », de « Furosémide (= dénomination commune internationale) » et de « Xarelto® (= rivaroxaban) » et il mentionne un suivi en « médecine interne », « néphrologie », « hématologie », « endocrinologie » et « neurologie ».

Cette motivation, qui se vérifie à l'examen du dossier administratif, n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne à prendre le contre-pied de la première décision attaquée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis en l'absence de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.3.2 Le Conseil estime que les critiques de la partie requérante quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la requérante ne sont pas fondées.

Tout d'abord, s'agissant de ses critiques du système des soins de santé en RDC, le conseil rappelle qu'il ne découle pas du prescrit de l'article 9^{ter} de loi du 15 décembre 1980 ou de son commentaire que la dimension qualitative des soins est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation des soins et suivis nécessaires. De même, l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'un traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine et il suffit qu'un traitement approprié soit possible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique. Le fonctionnaire médecin a de ce fait correctement répondu aux arguments avancés en ce sens dans la demande d'autorisation de la requérante, en précisant que « *Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9^{ter} ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine. Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé(e) puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique* ».

Ensuite, en ce que la partie requérante fait valoir que « comme rappelé ci-avant, dans sa demande d'autorisation de séjour initiale, la requérante a insisté sur le fait que « la seule présence actuelle de quatre centres de dialyse ne permet pas de considérer que la situation de la requérante se serait, au niveau de la disponibilité des soins requis, améliorée de manière radicale », remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci », le Conseil ne peut que constater que les dialyses ne font pas partie du traitement actuel de la requérante. Cette critique n'est donc pas pertinente.

En outre, le Conseil observe que la partie requérante ne critique pas, en définitive, l'examen de la disponibilité opéré par le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse. En effet, en ce qu'elle fait valoir que « La référence à la base de données MEDCOI ne permet pas davantage de démontrer la disponibilité des soins requis. Il ne résulte en effet aucunement de la consultation de cette base de données que l'ensemble du traitement médicamenteux nécessaire pour traiter ces différentes pathologies est disponible. Ce qui n'est absolument pas suffisant pour assurer la disponibilité des traitements », elle ne pose que des affirmations qui, en raison de leur caractère purement péremptoire et non étayé, ne sauraient mettre à mal le bien-fondé de l'avis du fonctionnaire médecin à ce sujet.

Enfin, la critique de la partie requérante manque en fait quand elle évoque que « l'équivalence des médicaments est contestable » et qu' « il ne peut valablement être déduit des informations figurant au dossier administratif et tirées de la liste nationale des médicaments essentiels en République Démocratique du Congo ». Elle effectue, il ne ressort pas de la lecture de l'avis du fonctionnaire médecin que ce dernier ait mentionné une quelconque équivalence des médicaments ou ait fait référence à la liste nationale des médicaments essentiels en RDC.

3.3.3 S'agissant de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires à la requérante en RDC, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a pris en compte les différents éléments avancés dans sa demande par la requérante et a estimé que « *sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine* ».

La partie requérante ne critique pas cette appréciation, autrement qu'en estimant que le fonctionnaire médecin n'y a pas répondu, *quod non*, en sorte qu'elle doit être considéré comme établie.

3.3.4 Par ailleurs, quant au grief fait au fonctionnaire médecin d'être un médecin généraliste, une simple lecture du rapport de ce dernier révèle qu'il a pris en considération la situation médicale invoquée dans le seul document médical joint à la demande d'autorisation de séjour introduite, et a indiqué, notamment, que les traitements médicaux et le suivi requis sont disponibles en RDC, dans le respect de la procédure fixée par la loi, de sorte que le fait qu'il soit un médecin généraliste n'a, en l'espèce, pas d'incidence.

S'agissant du grief selon lequel « [l']on peut déplorer que le médecin conseil n'ait pas pris la peine d'interroger la moindre autorité médicale congolaise compétente afin d'apprécier le risque tel que décrit à l'article 9ter alors qu'il a le pouvoir de demander un avis à un expert, de convoquer la patiente ou de contacter le médecin traitant de l'étranger (lire ci-dessous) », le Conseil observe que le médecin fonctionnaire n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « poser un diagnostic ou émettre un pronostic », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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 ». Par ailleurs, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 dispose que « ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». Il résulte du libellé de cette disposition qu'il n'existe aucune obligation pour le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse d'examiner personnellement le demandeur ni d'entrer en contact avec le médecin traitant de ce dernier ni de consulter des experts avant de rendre son avis.

3.3.5 Enfin, s'agissant des articles produits à l'appui de la requête relatifs au « contexte instable et sécuritaire qui règne au Congo », aux médicaments et à la « faiblesse à manager le secteur en matière d'infrastructures et d'équipements » et s'agissant du fait qu' « il n'est pas contestable que la requérante est une personne âgée de 63 ans qui ne pourrait plus travailler et être autonome. A cet âge avancé s'ajoute bien entendu son état de santé très inquiétant », ces éléments sont invoqués pour la première fois en termes de requête.

Le Conseil rappelle que les éléments qui n'avaient pas été invoqués par la partie requérante en temps utile, c'est-à-dire avant que l'autorité administrative ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris » (en ce sens, notamment : C.E., 23 septembre 2002, n° 110.548).

Par ailleurs, il rappelle que le fait d'apporter une pièce à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de pièces qui sont pour la première fois jointes à la requête est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons

que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits (cf. également en ce sens : C.E., 8 août 1997, n° 67.691 ; C.C.E., 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'en égard aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de la demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de la situation de la requérante, que celle-ci peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays, et qu'elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'une information dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de la situation individuelle de la requérante, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou, à tout le moins, avant la prise de la première décision attaquée. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération les éléments susmentionnés en l'espèce.

3.3.6 En définitive, la partie requérante ne peut pas être suivie quand elle prétend que « [l]a requérante n'est dès lors pas en mesure de comprendre pourquoi son argumentaire n'a pas convaincu l'Etat belge et pourquoi l'ensemble des informations récoltées ne suffit pas à prouver que la requérante n'aura pas accès aux soins en cas de retour au Congo » et n'aurait pas répondu à la « multitude d'informations quant à l'accessibilité et à la disponibilité des soins » déposées à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.1.

3.4 S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la cour EDH a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, *N. contre Royaume-Uni*, §§ 42 et 44).

En l'occurrence, la partie requérante n'établit pas l'existence des considérations humanitaires impérieuses requises et, partant, la partie défenderesse n'a pas porté atteinte à cette disposition en adoptant la première décision attaquée.

3.5 Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la requérante, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue la seconde décision attaquée par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen pertinent à son encontre.

En effet, quant à l'argumentation de la partie requérante selon laquelle l'exécution de la seconde décision attaquée « entraînera que la requérante arrête son traitement sans pouvoir obtenir un traitement adéquat dans son pays. Que cette situation infligerait un traitement inhumain et dégradant à la requérante prohibé par l'article 3 de la [CEDH] » et selon laquelle la partie défenderesse n'aurait pas motivé la seconde décision attaquée quant à ce, elles manquent en fait. En effet, il ressort de ce qui a été exposé *supra* aux points 3.3.2 à 3.3.6, que la partie défenderesse a démontré la disponibilité et

l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi requis par la requérante dans son pays d'origine, ce qui implique que la requérante ne risque pas d'interruption de son traitement en cas de retour en RDC.

En tout état de cause, dans la mesure où c'est à juste titre que la partie défenderesse a considéré que la maladie alléguée ne consistait pas à une maladie telle que prévue à l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante ne saurait faire utilement valoir que l'éloignement de la requérante vers son pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH au regard dudit état de santé.

3.6 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen unique, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

4. Débats succincts

4.1 Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2 Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quatorze avril deux mille vingt-et-un par :

Mme S. GOBERT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. D. NYEMECK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. D. NYEMECK

S. GOBERT