



## Arrêt

**n° 264 222 du 25 novembre 2021  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ILUNGA KABINGA  
Avenue de la Toison d'Or 67/9  
1060 BRUXELLES**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
et de l'Asile et la Migration et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la  
Migration**

### **LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 17 juin 2019, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 11 avril 2019.

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 septembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 6 octobre 2021.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me D. ILUNGA KABINGA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, 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 a déclaré être arrivée en Belgique en 2015.

1.2. Par courrier daté du 27 mars 2018, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur 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 : loi du 15 décembre 1980).

1.3. Le 11 avril 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et un ordre de quitter le territoire est pris à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 17 mai 2019, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« Motif ( s ) :

*Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.*

*Madame [NM.M.] de nationalité Congo (Rép. dém.), invoque son problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (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 08.04.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre d'une affection médicale dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine (le Congo (Rép. dém.).*

*Du point de vue médical, il conclut que l'affection dont souffre l'intéressée n'entraîne pas de risque de traitement inhumain ou dégradant vu que sa prise en charge thérapeutique est disponible et accessible au pays d'origine (Rép. dém.).*

*De ce point de vue donc, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine (le Congo (Rép. dém.)).*

Dès lors,

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

*2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant 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 soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.*

*Par ailleurs, le conseil de l'intéressée invoque la situation au pays d'origine où les soins médicaux nécessaires pour traiter les affections de l'intéressée sont inaccessibles ou indisponibles. Il s'appuie ainsi sur les différentes publications, notamment, un rapport intitulé : « Fiche-pays République Démocratique du Congo (RDC) (<http://www.cri-project.eu/es/es-congo-fr.pdf>), réalisé en 2009 dans le cadre d'un Projet CRI (Country of Return Information-Information sur le Pays de Retour), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 qui est une étude de la situation sanitaire du pays afin d'y trouver des solutions appropriées (voilà le diagnostic de ce plan : faible couverture sanitaire, problème des infrastructures et équipements...) ; et l'OSAR (Organisation suisse d'aide aux réfugiés) de 2010.*

*Cela étant, notons que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un/e requérant/e dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Remarquons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).*

*Soulignons aussi que le fait que la situation de l'intéressée dans son pays d'origine serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique (les soins pharmaceutiques sont assurés en Belgique...)*

*n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).*

*Remarquons également que 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 (Cfr. Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)).*

*Les soins sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. Dém.).*

*Veillez également radier l'intéressée du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».*

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

**« MOTIF DE LA DECISION :**

*L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant 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<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2 . En fait, l'intéressée séjourne sur le territoire sans être munie d'un passeport revêtu d'un visa valable.***

## **2. Exposé du moyen d'annulation.**

2.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation des articles 9<sup>ter</sup> et 62 du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, 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 (ci-après : l'arrêté royal du 17 mai 2007), de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (ci-après : CEDH), 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/CE), de l'excès de pouvoir, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. Reproduisant la motivation de la première décision attaquée, la partie requérante développe ce qui peut être lu comme une première branche dans laquelle elle relève que « les différents rapports médicaux indiquent que la requérante souffre d'affections graves dont notamment une cardiomyopathie hypertrophique actuellement sous traitement médicamenteux », que « la requérante a connu un antécédent de néoplasie mammaire bénéficiant encore actuellement d'une hormonothérapie », que « ces pathologies sus[mentionnées] entraînent un risque réel pour sa vie et menace pour son intégrité physique » et que « les conséquences desdites pathologies ne sont pas moindre[s] ». Elle fait état du fait que « la partie [défenderesse] juge [...] qu'elle ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique » alors que « les médecins spécialistes de la pathologie dont souffre la requérante et qui du reste la suivent au quotidien ont conclu à la gravité de sa maladie », que « tous les spécialistes qui ont eu pourtant à examiner la requérante sont unanimes quant au fait que les différentes pathologies dont souffre cette dernière constituent une menace pour sa vie et son intégrité physique » et que « sans traitement, la requérante risque des complications graves pouvant causer de sérieux ennuis sur le plan sanitaire ». Relevant que « la décision attaquée se base sur le rapport très succinct du médecin conseil dont la requérante ignore d'ailleurs le domaine de spécialisation », elle soutient que « ce médecin-conseil n'a pas donné un avis circonstancié et éclairé sur les problèmes spécifiques rencontrés par la requérante, lesquels touchent en outre, à un domaine bien spécifique et ce d'autant qu'il n'a pas estimé devoir rencontrer la requérante dans le cadre d'une consultation » alors que « l'appréciation d'un médecin spécialiste était nécessaire étant donné que le médecin conseil adopte une position contradictoire par rapport à celle des médecins traitant de la requérante ». Elle conclut à la violation de l'article 4 de l'arrêté royal du 17 mai 2007.

Dans ce qui peut être lu comme une deuxième branche, relevant que « la partie [défenderesse] se base uniquement sur l'avis de son médecin conseil pour déclarer la demande de la requérant[e], recevable mais non-fondée sans cependant apporter d'autres précisions » et que « l'avis donné par ce médecin-conseil est également critiquable du point de vue de sa motivation », la partie requérante estime que « le médecin conseil se réfère uniquement à une jurisprudence qui serait celle de la Cour européenne

des droits de l'Homme relative[...] à l'article 3 de la convention CEDH et qui exigerait un état de santé critique » et soutient que « en exigeant un état de santé critique, le médecin rajoute manifestement une exigence à la loi ». Elle fait valoir que « les médecins traitants de la requérante qualifient ses pathologies de graves car il y a risque des conséquences fatales en cas d'arrêt de traitement » et que « l'appréciation du médecin conseil n'est donc pas correcte ». Elle ajoute qu' « il ressort de la lecture du rapport du médecin conseil, sur lequel la décision attaquée se fonde, que ledit médecin s'est attaché à vérifier si les maladies de la requérante présentent un risque vital et en a conclu que tel n'était pas le cas » et développe un exposé théorique relatif à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle soutient ensuite qu' « en l'espèce, il ressort du rapport précité que le médecin conseil a examiné la réalité de l'existence d'un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, force est cependant de constater que l'affirmation qu'il en déduit constitue une répétition de principes, qui n'est nullement étayée », que « cette affirmation résulte d'une lecture plus qu'incomplète des arrêts du Conseil de céans dont la partie [défenderesse] s'inspire, qui ont conclu à l'annulation de décisions similaires à la décision attaquée, pour manquement à l'obligation de motivation formelle des actes administratifs » et qu' « il en résulte que la teneur du rapport précité ne permet pas de vérifier si le médecin conseil a examiné si les pathologies invoquées par la requérante ne sont pas de nature à entraîner, en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine, un risque réel pour l'intégrité physique de la partie requérante ou un risque réel pour de traitement inhumain et dégradant dans son chef. Ce faisant, le médecin conseil n'a pas exercé l'entière du contrôle prévu par l'article 9ter précité ». Elle estime, dès lors, que « la motivation de la décision attaquée, fondée uniquement sur ce rapport incomplet de son médecin conseil, est insuffisante au regard de l'article 9ter, §3, 4° de la loi du 15 décembre 1980, et méconnaît par conséquent la portée de la disposition ».

Elle fait ensuite valoir que « la partie défenderesse n'a pas examiné la disponibilité des soins et des traitements en République Démocratique du Congo alors qu'il ressort du contenu de la décision querellée que la requérante a produit à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, différentes publications démontrant l'inaccessibilité des soins dans son pays d'origine ». S'appuyant sur l'arrêt du 13 juin 1997 de la Cour constitutionnelle, la partie requérante souligne que « la requérante présente un état de santé critique et qu'un retour au pays d'origine et/ou de résidence ne lui permettra pas de poursuivre les soins qu'elle a déjà entrepris dans le Royaume vu la situation sanitaire de la République démocratique du Congo et surtout la situation sanitaire de son lieu de résidence ». Elle considère qu' « il est dès lors logique que soit évaluée la nécessité de traitement ainsi que la possibilité et l'accessibilité des soins médicaux dans le pays d'origine ou le pays où séjourne la concernée », que « un séjour au Royaume permettra à la requérante d'être suivie et d'améliorer son état de santé » et qu' « il n'y a pas dès lors des motifs valables pour déclarer la demande de la requérante non-fondée ». Elle ajoute qu'en tout état de cause, la décision de la partie défenderesse relève d'une erreur manifeste d'appréciation.

Dans ce qui peut être lu comme une troisième branche, la partie requérante soutient que « l'exécution de la décision attaquée entraînerait pour la requérante l'arrêt des traitements sans possibilité d'obtenir des traitements adéquats dans son pays » et que « cela est dû, non seulement à la nature et à la qualité des structures en place, mais aussi à l'impossibilité pour la requérante de disposer des ressources suffisantes nécessaires ». Elle fait valoir que « cet état de fait est parfaitement connu par la partie [défenderesse] », que « cette situation tend à démontrer [que] l'inaccessibilité des soins par la requérante en République démocratique du Congo infligerait à cette dernière un traitement inhumain et dégradant [à la] requérant[e], prohibé par l'article 3 de la CEDH ». Développant des considérations théoriques relatives à l'article 3 de la CEDH, elle estime que « la partie [défenderesse] aurait dû examiner les conséquences de l'éloignement de la requérante vers la République démocratique du Congo, compte tenu de la situation générale dans ce pays et des circonstances propres à son cas », qu' « il est indéniable que, le fait de priver une personne malade d'un traitement inadéquat et de lui générer ainsi de graves souffrances physiques et morales doit être considéré comme un traitement cruel, inhumain et/ou dégradant », et que « les circonstances concrètes propres au cas de la requérante et celles relatives à la situation générale en République démocratique du Congo démontrant qu'elle se trouve bien dans une situation telle qu'elle encourt un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans son pays d'origine ». Elle conclut en soutenant que « la partie [défenderesse] le place en connaissance de cause dans une situation de souffrance proche d'un traitement inhumain et/ou dégradant » et qu'un risque de violation de l'article 3 de la CEDH est démontré en l'espèce.

### **3. Discussion.**

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire 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 de quelle manière l'acte attaqué emporterait violation de la directive 2004/83/CE. Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette directive. En outre, le Conseil rappelle qu'un moyen pris de la violation d'une disposition d'une directive transposée en droit interne n'est recevable que s'il est soutenu que cette transposition est incorrecte (en ce sens, arrêt CE, n° 217.890 du 10 février 2012).

Le Conseil rappelle également que l'excès de pouvoir n'est pas un fondement d'annulation mais une cause générique d'annulation (article 39/2 de la loi du 15 décembre 1980). Il ne s'agit donc pas d'un moyen au sens de l'article 39/69, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980. En ce qu'il est pris de l'excès de pouvoir, le moyen est dès lors irrecevable.

3.2.1. Sur le reste du moyen unique, le Conseil rappelle, tout d'abord, qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, 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* ».

Il relève, ensuite, qu'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* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité 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, 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, 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 précité, 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.

Par ailleurs, le Conseil rappelle, en outre, 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'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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il lui incombe d'exercer en présence d'un recours tel que celui formé en l'espèce, 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).

3.2.2. En l'espèce, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 28 avril 2019 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la requérante souffre de pathologies dont les traitements et suivi requis sont disponibles et accessibles au Congo, et conclut dès lors qu'un retour dans ce pays dont elle est ressortissante n'exposerait la requérante ni à un risque pour sa vie ou son intégrité physique, ni à un risque de traitement inhumain ou dégradant.

Cette motivation, qui se vérifie à l'examen du dossier administratif et est adéquate, au regard des considérations qui précèdent, n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.3.1. Ainsi, s'agissant de la première branche, en ce que la partie requérante reproche, en substance, à la partie défenderesse de remettre en cause la gravité de la maladie de la requérante, le Conseil observe que, contrairement à ce qu'affirme la partie requérante, la gravité de la pathologie dont souffre la requérante n'a nullement été ignorée ni remise en cause par la partie défenderesse, dans la mesure où cette dernière a déclaré la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2., recevable, et l'a rejetée quant au fond uniquement sur la base du constat que *« l'affection dont souffre l'intéressée n'entraîne pas de risque de traitement inhumain ou dégradant vu que sa prise en charge thérapeutique est disponible et accessible au pays d'origine »* (le Conseil souligne). Il s'en déduit que c'est bien le constat de la disponibilité et de l'accessibilité des soins au Congo qui fonde la conclusion dudit avis médical ainsi que de l'acte attaqué et non un raisonnement par lequel le fonctionnaire médecin contesterait le degré de gravité de l'affection invoquée.

3.3.2. Ensuite, s'agissant de la violation alléguée de l'article 4 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 en ce que la partie défenderesse n'a pas indiqué le domaine de spécialisation du médecin conseil de cette dernière et *« n'a pas donné un avis circonstancié et éclairé sur les problèmes spécifiques rencontrés par la requérante, lesquels touchent, en outre à un domaine bien spécifique et ce d'autant qu'il n'a pas estimé devoir rencontrer la requérante dans le cadre d'une consultation »*, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a donné un avis sur l'état de santé de la requérante, sur la base des documents médicaux produits, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et que ni l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, en ce compris l'article 4 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de demander l'avis complémentaire d'experts, lorsqu'ils ne l'estiment pas nécessaire, ni n'exigent que ce dernier soit un médecin spécialisé.

En outre, force est de constater que la partie requérante reste en défaut d'établir en quoi l'absence de spécialisation du médecin fonctionnaire, dès lors qu'il ne remet nullement en cause la pathologie de la requérante, lui aurait causé un préjudice, et, en tout état de cause, de démontrer concrètement une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse.

Partant, les griefs susmentionnés ne sont pas sérieux.

3.4.1. Sur la deuxième branche, s'agissant de l'argumentation par laquelle la partie requérante semble reprocher à la partie défenderesse de fonder l'acte attaqué uniquement sur l'avis du fonctionnaire médecin *« sans apporter d'autres précisions »*, le Conseil observe que, d'une part, la partie requérante reste en défaut d'indiquer les *« précisions »* dont elle estime que la partie défenderesse aurait dû faire état. D'autre part, la partie requérante n'indique pas davantage en quoi le fait pour la partie défenderesse de se fonder sur l'avis médical constituerait une violation des dispositions et principes visés au moyen. Le Conseil renvoie, au contraire, aux termes de l'article 9<sup>ter</sup>, §1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi du 15 décembre 1980 rappelé *supra* et au rôle du médecin fonctionnaire, qui y est défini.

3.4.2. Ensuite, en ce que la partie requérante reproche, en substance, à la partie défenderesse de *« se référer[r] uniquement à une jurisprudence qui serait celle de la Cour européenne des droits de l'homme relativement à l'article 3 de la CEDH et qui exigerait un état de santé critique »* et d'ainsi rajouter manifestement une exigence à la loi, le Conseil souligne qu'en se ralliant, dans le premier acte attaqué, aux conclusions de l'avis médical circonstancié du 8 avril 2019, émanant du médecin conseil ayant procédé à l'évaluation médicale de l'état de santé de la requérante au regard, notamment, de l'ensemble des certificats et documents médicaux déposés par cette dernière, et selon lesquelles la pathologie invoquée par la requérante *« n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que sa prise en charge thérapeutique est disponible et accessible au pays d'origine »*, la partie défenderesse a répondu aux éléments invoqués dans la demande visée au point 1.2. et dans ses annexes, et ce, sans limiter son analyse au champ d'application de l'article 3 de la CEDH. Partant, le grief manque en fait.

La circonstance que, dans la motivation du premier acte attaqué, la partie défenderesse a conclu que *« Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à*

*la direction Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 de la CEDH », sans se référer explicitement à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. En effet, la partie requérante reste, en toute hypothèse, en défaut de contester valablement le raisonnement fondant l'avis médical précité - dans lequel il a bien été examiné si le traitement nécessaire à la requérante était disponible et accessible dans son pays d'origine-, ainsi qu'il sera démontré dans les points 3.4.3. et suivants ci-après.*

Au demeurant, le Conseil rappelle, à cet égard, que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073). La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073 ).

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

Il résulte de ces principes qu'en concluant, dans le premier acte attaqué, que la requérante ne souffre pas « *d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne* », la partie défenderesse, se ralliant à la position de son médecin conseil, a nécessairement entendu faire application, à tout le moins, de la dernière hypothèse prévue à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, à savoir une hypothèse prévoyant une protection plus étendue que celle de l'article 3 de la CEDH, laquelle se limite aux « *affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie* ».

Partant, le grief de la partie requérante portant que « [...] le médecin conseil n'a pas exercé l'entière responsabilité du contrôle prévu par l'article 9ter [...] » procède, en toute hypothèse, d'une lecture erronée du premier acte attaqué et de l'avis médical sur lequel il se fonde.

3.4.3. S'agissant de la disponibilité des soins, le Conseil observe que la partie requérante se borne à affirmer de manière péremptoire que « [...] la partie défenderesse n'a pas examiné la disponibilité des

soins et des traitements en République démocratique du Congo alors qu'il ressort du contenu de la décision querellée que la requérante a produit à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, différentes publications démontrant l'inaccessibilité des soins dans son pays d'origine ». Or, force est de constater qu'il ressort de la lecture de l'avis médical du 8 avril 2019 que le fonctionnaire médecin a examiné la disponibilité de soins et suivis au Congo en se fondant sur les sources référencées dans cet avis, pour en conclure que le suivi médical est disponible au Congo.

Par conséquent, en se contentant d'affirmer qu'aucun examen n'aurait été réalisé par le médecin fonctionnaire, la partie requérante ne conteste pas utilement la motivation de l'avis médical quant à la disponibilité des soins et suivis au pays d'origine, et se borne à cet égard à prendre le contre-pied de la première décision querellée 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-, sans toutefois démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard. En effet, force est de constater qu'en termes de requête, la partie requérante n'explique pas en quoi la partie défenderesse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation dans l'examen de la disponibilité des soins requis.

3.5.1. Sur la troisième branche, s'agissant de l'ensemble des contestations relatives à l'accessibilité des soins et suivi nécessaires à la pathologie de la requérante au Congo, le Conseil ne peut que constater qu'elles ne sont nullement développées ou étayées *in concreto*, en telle sorte qu'elle ne permettent pas de rencontrer utilement les constats posés par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis du 8 avril 2019 selon lesquels : « *Pour ce qui est de l'accessibilité en République Démocratique du Congo, remarquons que ce pays s'est engagé dans un long processus vers la création d'une couverture universelle de santé : la loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité », adoptée à la quasi-unanimité par l'Assemblée nationale le 24 mai 2016, a été promulguée le 9 février 2017.*

*Le texte définit les modalités d'agrément des mutuelles de santé, et les autorise à se regrouper en unions et en fédérations. Il prévoit une « assurance maladie obligatoire pour toutes les personnes offrant la possibilité de retenue des cotisations à la source », facultative pour les autres. Il confie aux mutualités « l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs »; celle de « soins hospitaliers et produits pharmaceutiques »; et celle de « soins spécialités et dentaires ». Il prévoit la prise en charge des soins médicaux « par la méthode du tiers payant » ou par l'assurance directe « dans les établissements de soin » des mutuelles. Pour coller à la réalité de terrain, il autorise les mutuelles à « organiser (en leur sein) divers types de mutuelle suivant les centres d'intérêt des populations cibles, notamment des mutuelles d'entreprises, des mutuelles professionnelles ou corporatives, des mutuelles scolaires et étudiantes, des mutuelles de quartier ou de village, du secteur informel ».*

*Il crée enfin un « Conseil supérieur des mutuelles » chargé de superviser l'ensemble. (La loi sur les mutuelles de santé promulguée - [www.lavenir.net/cnt/dmf20170216\\_00961261/la-loi-sur-les-mutuelles-de-sante-promulquee](http://www.lavenir.net/cnt/dmf20170216_00961261/la-loi-sur-les-mutuelles-de-sante-promulquee)). (<https://www.droit-afrique.com/uploads/RDC-Loi-2017-02-sur-la-mutualite.pdf>).*

*Plusieurs mutuelles de santé ont vu le jour i.e. de Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (MUSQUAP) qui a vu le jour en février 2016 (23/05/2018 Kinshasa : plusieurs familles adhèrent à la mutuelle de santé des quartiers populaires • Le Plus grand site d'info en RD Congo). Pour avoir accès aux soins de santé, des citoyens adhèrent de plus en plus aux mutuelles de santé en République démocratique du Congo. [...]*

*Dans sa recherche de la création d'une couverture universelle de santé le Congo RDC coopère aussi avec l'Agence Belge de développement (CTB). Le programme santé de la CTB vise à améliorer l'accès physique et financier de la population aux soins de santé de qualité adaptés à leurs besoins. Cela implique non seulement un appui aux centres de santé et hôpitaux, mais également un appui au management du système de santé.*

*La coopération belge appuie la mise en oeuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé à plusieurs niveaux. Au niveau central (stratégique) : par un appui institutionnel à la Direction d'Etudes et de Planification (DEP), à la Direction de Lutte contre les Maladies (DLM) et au Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM). Aux niveaux intermédiaire ou provincial (technique) et périphérique ou des zones de santé (opérationnel), l'appui au système de santé a ciblé les provinces du Bas-Congo, Bandundu (Kwilu), Equateur (Sud-Ubangi) et la ville de Kisangani en Province Orientale. Il s'est matérialisé à travers les projets d'Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) et le projet d'appui aux Centrales de Distribution Régionales des médicaments essentiels (CDR). L'appui consiste au renforcement des capacités techniques des provinces pour qu'elles puissent à leur tour soutenir le développement des zones de santé à la base et améliorer ainsi l'accès des populations aux services et soins de santé de qualité. Quelques réalisations ont vu le jour grâce à cette coopération, notamment : La réorganisation de cinq Hôpitaux Généraux de Référence (HGR, structures les plus coûteuses de la zone de santé) en faisant correspondre les ressources humaines à la charge du travail et en dotant chaque agent de l'outil de travail dont il a besoin ; La mise*

en place dans trois HGR sur cinq d'un système de tarification forfaitaire subsidiée au profit des malades (les subsides permettant de suppléer) ; L'informatisation de la gestion ; L'amélioration de l'approvisionnement des zones de santé en médicaments grâce à l'action concertée entre le projet d'appui aux CDR et le PNAM ; La lutte contre la vente des médicaments impropres à la consommation. La CTB a négocié et mis en place un régime de paiement forfaitaire applicable à l'ensemble des services médicaux, subventionnés pour 70 % par le projet, moyennant toutefois le respect de certaines conditions. Outre le fait d'améliorer l'accès aux soins de santé des pauvres en milieu rural, celui-ci a également permis au personnel hospitalier de bénéficier d'un supplément de rémunération au salaire versé par l'État grâce aux nouveaux revenus générés par l'hôpital. [...] ».

Partant, les critiques susmentionnées sont inopérantes.

3.5.2. Enfin, quant à la violation, alléguée, de l'article 3 de la CEDH, la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après: la Cour EDH) a établi, de façon constante, que « *[I]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 « *[I]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. c. Royaume Uni, §§42-45).

La Cour a ensuite précisé, qu'il faut entendre par des "cas très exceptionnels" pouvant soulever, au sens de l'arrêt précité, un problème au regard de l'article 3, « *les cas d'éloignement d'une personne gravement malade dans lesquels il y a des motifs sérieux de croire que cette personne, bien que ne courant pas de risque imminent de mourir, ferait face, en raison de l'absence de traitements adéquats dans le pays de destination ou du défaut d'accès à ceux-ci, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie. La Cour précise que ces cas correspondent à un seuil élevé pour l'application de l'article 3 de la Convention dans les affaires relatives à l'éloignement des étrangers gravement malades* » (CEDH, 13 décembre 2016, Paposhvili v. Belgium, §183).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises.

3.6. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique n'est fondé en aucun de ses griefs.

3.7. Quant à l'ordre de quitter le territoire, pris à l'égard de la requérante, qui apparaît clairement comme l'accessoire du premier acte attaqué et qui constitue le deuxième acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen spécifique à son encontre.

Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard du premier acte attaqué et que, d'autre part, la motivation du deuxième acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

#### **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 annulation est rejetée.

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

Mme N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

N. CHAUDHRY