

Arrêt

n° 265 092 du 8 décembre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. DE WOLF
Avenue Louise 54/3ème étage
1050 BRUXELLES

Contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 7 janvier 2021, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 20 novembre 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 12 mars 2021 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 2 juillet 2021 convoquant les parties à l'audience du 30 juillet 2021.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. DOTREPPE *loco* Me P. DE WOLF, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

La requérante a déclaré être arrivée en Belgique, accompagnée de ses deux enfants mineurs d'âge, au mois de juin 2017. Le 16 juin 2017, elle a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée négativement aux termes de l'arrêt n° 190 569 du Conseil, rendu le 9 août 2017. Le 19 juillet 2017, la partie défenderesse a pris à son égard un ordre de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13quinquies). Cette décision n'apparaît pas avoir été entreprise de recours.

Par courrier daté du 2 novembre 2017, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 17 janvier 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire. Ces décisions n'apparaissent pas avoir été entreprises de recours.

Le 28 septembre 2018, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 2 janvier 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée, et a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire. Ces décisions ont été annulées par le Conseil de céans dans un arrêt n° 231 623 du 22 janvier 2020. Le 6 avril 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions dans un arrêt n° 248 766 du 8 février 2021, suite au retrait de ces décisions. Le 30 septembre 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions dans un arrêt n° 249 569 du 23 février 2021, suite au retrait de ces décisions. Le 20 novembre 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions qui ont été notifiées à la requérante en date du 10 décembre 2020 constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- s'agissant du premier acte attaqué :

« 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 [M.B.] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Le médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a donc été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au Congo (Rép. dém.).

Dans son rapport du 19.11.2020 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE précise ensuite que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre 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.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressée ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.»

- s'agissant du second acte attaqué :

« 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2 : la requérante n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable.»

2. Exposé des deux premières branches du moyen d'annulation

La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation « de l'article 3 [de] la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle

des actes administratifs, des principes généraux de bonne administration, notamment du principe de préparation avec soin d'une décision administrative, de l'obligation de diligence et de prudence dans la prise de décision, et du défaut de prendre en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier, de l'erreur manifeste d'appréciation ».

Dans une première branche, intitulée « de l'absence de prise en compte de certains éléments essentiels du dossier et du défaut de motivation subséquent », elle rappelle qu' « à l'appui de sa demande originelle et dans le cadre des actualisations de son dossier ensuite, la requérante indiquait ce qui suit, sources documentées à l'appui :

« De manière tout à fait fondamentale, plusieurs sources indiquent clairement que les cas d'anémie associés à une insuffisance rénale (nécessitant des dialyses) ne peuvent pas être traités en RDC (cf pièces 8 et 9). L'ensemble des rapports internationaux consultés et joints en annexe indiquent également que l'état des structures de santé et des équipements en RDC est tout ci fait catastrophique et pose de graves problèmes pour la prise en charge des patients. En tout état de cause, comme il ressort encore de l'ensemble des documents déposés en annexe, il apparaît que les soins qui lui sont nécessaires sont extrêmement coûteux, doivent être pris en charge directement par le patient s'il veut pouvoir bénéficier des soins et seront nécessaires ci vie. Dès lors, ces soins lui seront totalement inaccessibles au niveau financier. A l'heure actuelle, ma cliente est gravement malade et sans aucune ressource : elle doit vivre avec ses deux enfants dans un centre collectif pour sans-abri (SAMU SOCIAL). Elle a fui son pays en raison de problèmes rencontrés là-bas, n'a aucune nouvelle de sa famille et de son mari et est dès lors totalement démunie. En cas de retour dans son pays d'origine, elle ne pourrait dès lors en aucun cas prendre en charge ses soins de santé. Ma cliente précise également que l'Office des Etrangers ne peut se contenter d'informations lacunaires, et doit, si elle fournit une liste de médicaments disponibles en RDC, encore en évaluer leur coût. Elle doit également dans ce cas, s'assurer de la permanence de la disponibilité des médicaments et du suivi médical. Or, il ressort également des documents présentés en annexe à la présente demande que la RDC souffre régulièrement de ruptures de stock au niveau des médicaments nécessaires à la requérante, ou encore de coupures d'électricité qui posent de graves problèmes (notamment pour les dialyses). De même l'Office des Etrangers ne peut se contenter de préciser qu'il existe des médecins spécialistes en RDC, encore doit-elle en examiner l'accessibilité financière et l'aptitude, en termes de disponibilité du matériel médical adapté, des soins requis. Enfin, l'existence d'une sécurité sociale ou d'un programme d'assistance aux indigents n'est pas un argument suffisant que pour considérer que l'accessibilité aux soins de santé est possible dans la mesure où il faut encore s'assurer que ma cliente, de manière personnelle, puisse s'y inscrire et bénéficier d'une prise en charge des traitements qui lui sont nécessaires. Ma cliente souligne en outre que les informations provenant de la base de données MedCOI, régulièrement utilisée par vos services pour analyser la disponibilité des soins et des médicaments dans les pays d'origine, sont laconiques et ne permettent pas d'affirmer que le suivi et les équipements dont les personnes gravement malades ont besoin, de manière vitale, sont disponibles. Ils ne permettent en effet pas de répondre aux questions les plus élémentaires concernant la disponibilité des soins, tant en termes de continuité que d'effectivité. »

Par e-mail du 11.02.2020, plusieurs articles de presse datés de décembre 2019 & janvier 2020 ont été fournis à l'OE avec les explications suivantes du conseil de la requérante :

« [...] Vous n'êtes pas sans ignorer que ce centre est le seul à proposer des séances dialyse à 50 USD en RDC. Il s'agit déjà d'un prix exorbitant et cela rend inaccessible la dialyse à l'immense majorité des kinois, mais cela pourrait être considéré comme raisonnable par rapport aux autres cliniques privées faisant payer entre 200 et 300 USD par séance de dialyse. En tout état de cause, au vu de l'arrêt du centre depuis plus de 6 mois, il est aujourd'hui très clair que ma cliente ne peut être soignée en RDC au vu de l'indisponibilité et en tout état de cause l'inaccessibilité de la dialyse dans le pays. »

La partie requérante a donc expliqué, en fournissant des sources fiables à la partie adverse à l'appui de son argumentation (sources qui ne sont d'ailleurs pas contestées de part adverse), expliquant que le prix d'une seule séance de dialyse lui coûterait plus de 200 dollars américains alors qu'elle ne possède aucune ressource (résidant dans un centre d'accueil pour sans-abri depuis plusieurs années avec ses deux enfants). En outre, la requérante avait encore envoyé un article concernant le salaire moyen en RDC (36\$ / mois) en le comparant avec les prix des dialyses en RDC, et prouvant ainsi de manière indubitable que les séances de dialyse ne sont absolument pas accessibles dans son pays d'origine. Dans son avis, le médecin-conseil ne répond aucunement aux arguments invoqués par la requérante et ses médecins : Il passe totalement sous silences les rapports du Country of Return Information (CRI) et du United Kingdom: Home Office, se contentant de déclarer que « rien ne démontre que les éléments qui se trouvent dans les rapports de 2007 et 2012 soient encore d'actualité en 2020 ». Cette motivation ne peut évidemment suffire dans la mesure où les sources indiquent très clairement un manque de disponibilité des traitements et surtout des problèmes essentiels au niveau des structures de santé et des équipements médicaux utilisés en RDC ; Il n'indique absolument rien sur le coût du suivi médical et des dialyses, qui est pourtant extrêmement élevé en RDC et ne semble absolument pas compris dans

les systèmes de « mutuelles » cités par le médecin-conseil, alors que la requérante a expressément souligné ces points dans sa demande ; Le médecin-conseil évoque encore les déclarations de la requérante lors de sa procédure d'asile concernant sa famille, alors que la partie requérante a déjà précisé à la partie dans le cadre de la présente procédure qu'elle était sans domicile fixe depuis plusieurs années, qu'elle se trouvait dans une situation économique et sociale extrêmement précaire et qu'elle n'avait plus aucune nouvelle de sa famille et de son ex-mari depuis plusieurs années. Le médecin-conseil n'évoque même pas ces éléments. Concernant la capacité de gain de la requérante, à nouveau le médecin conseil ne prend aucun des éléments communiqués en considération et ne prend pas non plus en considération l'état de santé de la requérante quant à sa possibilité de travailler, et l'absence totale de proportion raisonnable entre les revenus dont elle pourrait disposer et le coût des dialyses en RDC. Cette absence d'analyse des documents et arguments déposés par la requérante à l'appui de sa demande ne peut en aucun cas se justifier et les motifs du médecin-conseil ne sont nullement acceptables. Il convient ainsi de rappeler que sont en jeu des droits fondamentaux, protégés notamment par l'article 3 de la CEDH, qui prohibent tout traitement inhumain et dégradant. Partant, la prudence et les obligations de bonne administration imposées à l'administration sont particulièrement prégnantes dans le cas d'espèce et s'accommodent mal d'un formalisme excessif. En tout état de cause, cette absence de réponse aux arguments invoqués par la requérante entache la motivation de la décision litigieuse d'une illégalité manifeste. La décision attaquée viole ainsi les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1999, l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les principes de bonne administration cités au présent moyen. [...] ».

Dans une deuxième branche, intitulée « S'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins et des traitements », elle soutient que « le médecin-conseil cite in extenso (il « copie-colle » en réalité des articles tirés d'internet, sans absolument aucune analyse des contenus qu'il fait siens) plusieurs articles de presse qui relate l'existence de mutuelles de santé en RDC et en conclut, sans analyse, que cela prouve que les soins seraient accessibles à la requérante. En réalité, aucun de ces documents ne permet à la requérante d'être assurée que les soins dont elle a besoin lui seront effectivement accessibles (cf. (CEDH, 13.12.2016, AFFAIRE PAPOSHVILI c. Belgique (Requête no 41738/10)). Bien au contraire... Lorsqu'on analyse les sources qui ont purement et simplement été recopiées mot pour mot par le médecin-conseil, il est impossible d'être assuré que la requérante pourra avoir accès à ces mécanismes d'aide et surtout, que ceux-ci couvriront les soins qui lui sont nécessaires : L'article d'IPS indique que

« Dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation se présentent, en cas de maladie, dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires en ophtalmologie, dans les petites et moyennes chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée... » ;

il semblerait donc que certains traitements ou analyses, et en tout état de cause que les séances de dialyse, ne seraient pas couvertes par ces mutuelles (<http://ipsinternational.org/fi7note.asp?idnews=7489>) ; L'article sur la MUSQUAP ne permet pas à la requérante de comprendre si les traitements dont elle doit bénéficier la requérante seraient ou non couverts par cette mutuelle :

« Les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée ; les examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; les hospitalisations de moins de 15 jours; les opérations de petite et moyenne chirurgie; les accouchements; les actes infirmiers; ainsi que les médicaments essentiels génériques » (<https://7sur7.cd/new/kinshasa-plusieurs-familles-adherent-a-lamutuelle-de-sante-des-quartiers-populaires/>) ; »

Concernant la loi sur les mutuelles de santé, celle-ci ne dit rien sur l'accessibilité effective des soins de santé pour une personne dans la situation de la requérante (<https://www.lavenir.net/cnt/dmf2QI7021600961261/la-loi-sur-les-mutuelles-desante-promulguee>) ; - Concernant le BDOM, l'article cité ne dit absolument rien sur les soins couverts par ce réseau et n'est en réalité qu'une présentation sommaire du « partenaire » des mutualités belges SOLIDARIS. En outre, la partie adverse reconnaît elle-même dans la décision attaquée que ce réseau « couvre, approximativement, 25% des besoins en soins de santé primaire à Kinshasa » (<https://www.solidarco.org/index.php/partenariats/>) ; Par ailleurs, aucune de ces sources ne nous indiquent les conditions d'affiliation à ces mutuelles, le prix, le temps d'attente avant de pouvoir être couvert, etc. soit autant d'éléments essentiels en vue de s'assurer de l'accessibilité réelle des soins pour la requérante. L'absence totale d'analyse des contenus cités est encore plus grave dans la mesure où la requérante avait déposé à l'appui de sa demande originelle des documents établissant que les soins et les médicaments qui lui sont nécessaires ne sont certainement pas disponibles, et à tout le moins ne sont pas accessibles en RDC ».

Elle ajoute qu' « outre les éléments déjà invoqués dans le cadre de sa demande originelle, la requérante avait encore envoyé un article concernant le salaire moyen en RDC (36S / mois) en le comparant avec les prix des dialyses en RDC. Elle précisait en effet dans son e-mail du 11.02.2020 que

«[...] Vous n'êtes pas sans ignorer que ce centre est le seul à proposer des séances dialyse à 50 USD en RDC. Il s'agit déjà d'un prix exorbitant et cela rend inaccessible la dialyse à l'immense majorité des kinois, mais cela pourrait être considéré comme raisonnable par rapport aux autres cliniques privées faisant payer entre 200 et 300 USD par séance de dialyse. En tout état de cause, au vu de l'arrêt du centre depuis plus de 6 mois, il est aujourd'hui très clair que ma cliente ne peut être soignée en RDC au vu de l'indisponibilité et en tout état de cause l'inaccessibilité de la dialyse dans le pays. »

Encore une fois, les déclarations tout à fait stéréotypées du médecin-conseil démontre donc qu'il n'a absolument pas tenu compte des informations transmises dans la demande 9ter et qu'il ne répond des lors absolument pas aux arguments de la requérante. Au vu des éléments inquiétants soulevés par la requérante dans sa demande, il appartenait à la partie adverse d'apporter des garanties quant à la disponibilité suffisante et adéquate et à l'accessibilité effective des soins dans le pays d'origine de la requérante (cf. CEDH Paposhvili, cité plus haut). Citer des articles de presse mentionnant seulement l'existence de mutuelles de santé ne suffit évidemment pas à satisfaire les exigences de motivation imposées par les dispositions légales visées au présent moyen et par la jurisprudence de la CEDH, en particulier lorsqu'il n'est absolument pas répondu aux autres sources transmises, qui viennent démontrer que les soins sont inaccessibles ».

3. Discussion

3.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par

« 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. »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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. (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, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n°51 2478/001, p.35), 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^{er}, alinéa 1^{er}, 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.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite, mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 19 novembre 2020, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une insuffisance rénale chronique de stade V secondaire à une maladie polykystique dominante de l'adulte avec atteinte des reins et du foie et que son traitement repose sur une hémodialyse et quatorze médicaments.

3.3.1. S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil relève que la partie requérante avait indiqué, dans sa demande d'autorisation de séjour, ce qui suit :

« [...] Comme il ressort de l'ensemble des documents déposés en annexe, il apparaît que les soins qui lui sont nécessaires sont extrêmement coûteux, doivent être pris en charge directement par le patient s'il veut pouvoir bénéficier des soins et seront nécessaires à vie. Dès lors, ces soins lui seront totalement inaccessibles au niveau financier. A l'heure actuelle ma cliente est gravement malade et sans aucune ressource : elle doit vivre avec ses deux enfants dans un centre collectif pour sans-abri (SAMU SOCIAL). Elle a fui son pays en raison de problèmes rencontrés là-bas, n'a aucune nouvelle de sa famille et de son mari et est dès lors totalement démunie. En cas de retour dans son pays d'origine, elle ne pourrait dès lors en aucun cas prendre en charge ses soins de santé. Ma cliente précise également que l'Office des Etrangers ne peut se contenter d'informations lacunaires, et doit, si elle fournit une liste de médicaments disponibles en RDC, encore en évaluer leur coût. [...] De même l'Office des Etrangers ne peut se contenter de préciser qu'il existe des médecins spécialistes en RDC, encore doit-elle en examiner l'accessibilité financière et l'aptitude, en termes de disponibilité du matériel médical adapté, des soins requis. Enfin, l'existence d'une sécurité sociale ou d'un programme d'assistance aux indigents n'est pas un argument suffisant pour considérer que l'accessibilité aux soins de santé est possible dans la mesure où il faut encore s'assurer que ma cliente, de manière personnelle, puisse s'y inscrire et bénéficier d'une prise en charge des traitements qui lui sont nécessaires. »

Le 11 février 2020, la requérante a complété sa demande d'autorisation de séjour en informant la partie défenderesse, documents à l'appui, de ce que

« le centre de dialyse des cliniques universitaires de Kinshasa inauguré en décembre 2016, est à l'arrêt depuis plus de six mois »,

ajoutant que

« ce centre est le seul à proposer des séances de dialyse à 50 USD en RDC. Il s'agit déjà d'un prix exorbitant et cela rend inaccessible la dialyse à l'immense majorité des kinois, mais cela pourrait être considéré comme raisonnable par rapport aux autres cliniques privées faisant payer entre 200 et 300 USD par séance de dialyse. EN tout état de cause, au vu de l'arrêt du centre depuis plus de 6 mois, il est aujourd'hui très clair que ma cliente ne peut être soignée en RDC au vu de l'indisponibilité et en tout état de cause l'inaccessibilité de la dialyse dans le pays. »

3.3.2. Le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 19 novembre 2020, ce qui suit :

« Dans le but d'attester que [M. B] n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine, le conseil de l'intéressée fournit un rapport du CRI-project (2007), un rapport de l'UK Border Agency (2012) et un rapport de l'Office fédéral de migrations suisse (2014). Il fournit également une revue de presse du lundi 30 décembre 2019 issu du site www.digitalcongo.net, un article du site internet www.politico.cd intitulé : « la députée nationale Christelle Vunaga plaide pour le financement du centre de dialyse à Kinshasa », un autre article du site www.mediacongo.net du 30.12.2019 : « le centre de dialyse de Kinshasa » et enfin, « santé : Kinshasa dotée d'un centre de dialyse moderne » du site www.adiac-congo.com pour annoncer la fermeture du centre de Kinshasa depuis plus de 6 mois ainsi que le prix exorbitant des séances de dialyse. Il ressort de l'ensemble de ces pièces que les structures et les équipements sont catastrophiques, les soins sont extrêmement coûteux et plus précisément de l'inaccessibilité financière de la dialyse.

Concernant le centre de dialyse précité et qui est à l'arrêt, il s'agit du centre de dialyse de Kinshasa situé dans l'enceinte de l'hôpital général provincial de référence (ex-Mama Yemo) et non pas du centre des cliniques universitaires de Kinshasa (CUK). Le conseil de la requérante semble confondre les deux dans son argumentation. Il dénonce également à travers ces sources que le centre (ex-Mama Yemo) qui a fermé est le seul centre qui propose des séances des dialyses à 50 USD mais ne démontre pas que madame [M.] ne pourrait se rendre dans un autre centre malgré que les séances y soient plus chères. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

En ce qui concerne l'article de presse « Salaire moyen au Congo-Kinshasa » de 2016. le conseil de la requérante ne nous montre pas que madame [M. B.] fait partie de ces habitants de Kinshasa qui ont un revenu mensuel de 36 dollars soit 430 dollars par habitant et par an. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). D'ailleurs, elle déclarait, dans sa demande d'asile, disposer de 1140 euros à son arrivée en Belgique, on peut raisonnablement penser qu'en ayant rassemblé une telle somme, elle ne fait pas partie des habitants de Kinshasa avec un revenu mensuel de 36 dollars.

Ajoutons que ces éléments ont un caractère général et ne visent 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 son allévation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons par ailleurs [que] rien ne démontre que les éléments qui se trouvent dans les rapports de 2007 et 2012 soient encore d'actualité en 2020.

La disponibilité des soins est démontrée ci-dessus.

De plus, la requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » (CCE n°57372 du 04.03.2011). Rappelons aussi 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 (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Uni, § 44, www.echr.coe.int).

Un article d'IPS3 nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisations sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles données en exemple sont de l'ordre de 4,5 dollars.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa⁴ créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts.

Afin de mieux réglementer le système de mutuelles, la loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité» a été promulguée le 9 février 2017⁵. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés 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 soins des mutuelles. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

Si l'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des OEuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale⁶. Le réseau du BDOM assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants à Kinshasa, ce qui représente un cinquième de la population kinoise. Il couvre, approximativement, 25% des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa. L'installation d'un autre centre est prévue à N'djili (commune du district de Tshangu à Kinshasa).

En outre, il ressort des déclarations déposées par madame [M. B.] auprès des instances d'asile compétentes belges, que ses enfants majeurs, son frère ainsi que son mari sont présents au pays d'origine. Il ressort également que son voyage illégal vers la Belgique a été organisé et financé par un camarade de son mari chez qui d'ailleurs elle travaillait au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir à nouveau une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précisons que nous devons considérer les déclarations faites par la requérante dans le cadre de sa demande d'asile comme étant crédibles étant donné qu'elle les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître la qualité de réfugié.

Notons que l'intéressée est en âge de travailler et, d'après sa demande d'asile, a déjà travaillé dans son pays d'origine en tant que commerçante. En l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre, dès lors, qu'elle ne pourrait avoir à nouveau accès au marché du travail au pays d'origine afin de financer ses besoins médicaux et/ou s'inscrire à une des mutuelle précitée ci-dessus.

Rappelons que l'article 9ter §1er alinéa 3 prévoit 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve. Or force est de constater que l'intéressée se garde bien d'évoquer sa situation familiale et/ou sociale au pays d'origine alors que celles-ci constituent bel et bien des informations liées à l'accessibilité des soins. Or, d'après sa demande d'asile, l'intéressée a encore de la famille vivant au Congo (Rép. dém.). Etant arrivée en Belgique en 2017, on peut en conclure que l'intéressée a vécu la majorité de sa vie au Congo (Rép. dém.) et qu'elle a dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage social ne pourrait l'accueillir au Congo (Rép. dém.) et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Il n'en reste pas moins que l'intéressée peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rép. dém.). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume-Uni du 02 mai 1997, §38).

Les soins sont donc accessibles au Congo (Rép. dém.).»

3.3.3. Le Conseil estime que le médecin-conseil n'a pas suffisamment démontré l'accessibilité effective de l'hémodialyse, des traitements et des suivis nécessaires à la requérante au regard des informations communiquées par la requérante quant au coût important de l'hémodialyse et à sa situation économique précaire. En effet, à titre liminaire, le Conseil constate que le médecin-conseil ne conteste pas les informations communiquées par la requérante selon lesquelles les séances d'hémodialyse seraient devenues, suite à la fermeture du centre de dialyse de Kinshasa, très chères. Dans un courrier du 11 février 2020, la partie requérante indiquait que ce centre de dialyse était le seul à proposer des séances à un prix plus bas, à savoir 50 \$, ce qui est déjà énorme, et communiquait un article selon lequel le coût réel d'une seule séance s'élevait à 250 \$. Le médecin-conseil ne conteste pas ces informations, mais se contente d'indiquer que la requérante ne démontre pas qu'elle « ne pourrait se rendre dans un autre centre malgré que les séances y soient plus chères » et indique qu'« il incombe au demandeur d'étayer

son argumentation ». Pourtant le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, c'est au médecin-conseil qu'il revient, dans l'avis qu'il rédige et sur lequel se fonde la partie défenderesse pour rejeter une demande d'autorisation de séjour, de démontrer qu'un traitement adéquat est accessible, ce qu'il est, en l'espèce, resté en défaut de faire.

3.3.3.1. En effet, à l'instar de la partie requérante, le Conseil constate qu'il ne ressort pas des informations fournies par le médecin-conseil sur les mutuelles que l'une d'elles couvrirait l'hémodialyse. L'article d'IPS intitulé « les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles » indique que

« dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation se présentent en cas de maladie dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires en ophtalmologie, dans les petites et moyennes chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée... » ;

L'article intitulé « Kinshasa : plusieurs familles adhèrent à la mutuelle de santé des quartiers populaires » indique que seuls « près de 90 % des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts ».

Quant au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), l'article de Solidarco à son sujet ne permet pas non plus de déterminer s'il permettrait à la requérante d'avoir accès à ses séances d'hémodialyse.

3.3.3.2. Quant au motif selon lequel

« Notons que l'intéressée est en âge de travailler et, d'après sa demande d'asile, a déjà travaillé dans son pays d'origine en tant que commerçante. En l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre, dès lors, qu'elle ne pourrait avoir à nouveau accès au marché du travail au pays d'origine afin de financer ses besoins médicaux et/ou s'inscrire à une des mutuelle précitée ci-dessus. »

Il ne permet pas non plus de garantir que la requérante aurait accès à son traitement. En effet, il ressort de ce qui précède que la possibilité, évoquée par le médecin-conseil, de payer, grâce à des revenus du travail, les cotisations d'une mutuelle n'est pas pertinente afin de déterminer si la requérante aurait accès à ses séances d'hémodialyse puisqu'il n'est pas démontré que le coût de ces séances pourrait être pris en charge par l'une de ces mutuelles. Par ailleurs, quant à la possibilité, que semble envisager le médecin-conseil, de payer directement l'ensemble des frais médicaux via de tels revenus, le Conseil relève tout d'abord que le médecin-conseil, lorsqu'il argue que la requérante a déjà travaillé comme commerçante dans son pays d'origine, ne tient nullement compte de l'impact de son état de santé sur sa capacité à travailler, alors que trois séances d'hémodialyse par semaine diminueront inévitablement sa capacité de gain. Surtout, le Conseil constate que le médecin-conseil ne répond pas à l'argument, développé par la partie requérante, de la disproportion entre les revenus du travail en R.D.C. et le coût total des suivis et traitements de la requérante. Le Conseil observe que la requérante a fait valoir que le revenu moyen était de 36 \$ par mois tandis que comme observé ci-avant, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne conteste pas les dires de la partie requérante selon lesquels une seule séance d'hémodialyse coûterait 250 \$. Puisqu'il ressort du certificat médical type du 25 septembre 2020 que la requérante nécessite trois séances d'hémodialyse par semaine, le coût total de l'hémodialyse pourrait s'élever, selon ces informations non contestées par la partie défenderesse, à 3.000 \$ par mois, somme à laquelle viendrait s'ajouter le coût des suivis et médicaments dont a besoin la requérante.

Confronté à ces informations, qu'il ne conteste pas, relatives à l'énormité de la disproportion entre les revenus moyens du travail en R.D.C. et le coût de l'ensemble des soins médicaux nécessaires à la requérante, le médecin-conseil ne pouvait se contenter de considérer qu'il revenait à la requérante de démontrer qu'elle ne pourrait payer de telles sommes alors que le médecin-conseil ne met pas en évidence d'indice suffisamment sérieux qui permettraient de démontrer que la requérante serait en mesure de prendre en charge de tels montants.

3.3.3.3. A cet égard, quant au motif selon lequel dès lors que la requérante était en possession de 1140 € lors de son arrivée en Belgique, « on peut raisonnablement penser qu'en ayant rassemblé une telle somme, elle ne fait pas partie des habitants de Kinshasa avec un revenu mensuel de 36 dollars », le Conseil estime que ce seul fait ne peut suffire à démontrer que la requérante serait en mesure, chaque mois de rassembler une somme beaucoup plus importante. Surtout, le Conseil relève que le médecin-conseil ne répond pas aux éléments, invoqués dans la demande d'autorisation de séjour, relatifs à la situation économique précaire de la requérante en Belgique, laquelle est hébergée avec ses deux enfants mineurs par le Samusocial.

3.3.3.4. Quant au motif selon lequel

« En outre, il ressort des déclarations déposées par madame [M. B.] auprès des instances d'asile compétentes belges, que ses enfants majeurs, son frère ainsi que son mari sont présents au pays d'origine. Il ressort également que son voyage illégal vers la Belgique a été organisé et financé par un camarade de son mari chez qui d'ailleurs elle travaillait au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir à nouveau une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précisons que nous devons considérer les déclarations faites par la requérante dans le cadre de sa demande d'asile comme étant crédibles étant donné qu'elle les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître la qualité de réfugié. »,

le Conseil relève à nouveau que le médecin-conseil ne tient pas compte de la situation de la requérante qui a expliqué, tant dans le cadre de sa demande d'asile que dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour, être sans aucune nouvelle des membres de sa famille.

3.3.3.5. Enfin, s'agissant de l'aide que pourrait apporter l'entourage social de la requérante en R.D.C., le Conseil observe que l'existence d'une telle aide ainsi que son étendue sont purement hypothétiques et ne reposent sur aucun élément concret du dossier administratif de sorte qu'elle ne peut suffire à garantir une accessibilité effective aux soins médicaux, spécialement au regard du coût élevé de ceux-ci.

Ces trois motifs sont dès lors inadéquats et ne constituent pas une réponse valable aux arguments invoqués par la requérante quant à l'impossibilité de prendre en charge, mensuellement, une somme aussi importante.

3.4. Il ressort de ce qui précède que l'avis du médecin-conseil est inadéquatement motivé. En fondant sa décision sur cet avis, la partie défenderesse a dès lors violé son obligation de motivation formelle des actes administratifs.

3.5. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'est pas de nature à remettre en cause le constat qui précède.

3.6. Le moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.7. Le premier acte attaqué étant annulé, la demande d'autorisation de séjour ayant donné lieu au premier acte attaqué redevient pendante et recevable. L'ordre de quitter le territoire attaqué, n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également, pour des raisons de sécurité juridique.

4. Débats succincts

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. 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.

5. Dépens

Le droit de rôle indûment acquitté par la partie requérante, à concurrence de 186 euros, doit être remboursé, dès lors que cette dernière, par un courrier transmis au Conseil par courrier recommandé du 2 avril 2021, a établi le bénéfice à l'aide juridique.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 20 novembre 2020, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Article 3

Le droit de rôle indûment acquitté par la partie requérante, à concurrence de 186 euros, doit être remboursé.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le huit décembre deux mille vingt et un par :

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J.-C. WERENNE