



Arrêt

n° 270 412 du 25 mars 2022
dans l'affaire X / III

En cause : 1. X
agissant en son nom propre et en qualité de représentante légale de
2. X
X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P.-F. BOURLET
Chaussée Roi Albert 16
4432 ANS

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de
la Simplification administrative et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la
Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 27 septembre 2018, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs X et X, 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, prise le 7 août 2018.

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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'arrêt n° 264 667 du 30 novembre 2021.

Vu l'ordonnance du 14 février 2022 convoquant les parties à l'audience du 11 mars 2022.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P.-F. BOURLET, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

D'après ses déclarations, la première partie requérante est arrivée sur le territoire belge le 30 juillet 2010. Les deuxième et troisième requérantes sont nées sur le territoire belge respectivement en 2016 et 2017.

Le 15 mai 2013, la première partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 28 octobre 2013, la partie défenderesse lui a accordé, ainsi qu'aux troisième et quatrième requérantes ultérieurement, un séjour temporaire d'une durée d'un an qui a été renouvelé chaque année. Cette autorisation de séjour est valable jusqu'au 30 juin 2022.

Par un courrier recommandé du 18 mai 2018, elles ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi 15 décembre 1980 en raison de l'état de santé de la troisième requérante.

Le 2 août 2018, le fonctionnaire-médecin a rendu un rapport d'évaluation médicale concernant l'état de santé de la troisième requérante.

Le 7 août 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande susvisée recevable mais non fondée, qui a été notifiée aux requérantes le 22 août 2018.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

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

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

Dans son avis médical remis le 02.08.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que rien ne l'empêche pas de voyager une fois accompagnée de sa mère et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Rép. dém. du Congo.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors,

1) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie 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

2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que son affection médicale n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Congo RDC. Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH ».

2. Questions préalables.

2.1. Représentation des deuxième et troisième parties requérantes, mineures d'âge.

2.1.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse excipe de l'irrecevabilité du recours en ce qu'il est introduit par la première partie requérante seule, pour les deuxième et troisième parties requérantes, mineures d'âge, alors qu'en vertu des articles 373 et 374 du Code civil, la représentation des enfants mineurs s'exerce de manière conjointe par les deux parents.

2.1.2. Le Conseil observe que la première partie requérante a indiqué, dans la requête introductive, agir notamment au nom de ses enfants mineurs, et à l'audience, que ces derniers n'ont pas été reconnus par leur père biologique en sorte qu'elle est leur unique représentante légale.

2.1.3. Il ressort des extraits du registre national concernant les deuxième et troisième parties requérantes, nées en Belgique, que leur filiation paternelle n'est en effet pas établie, au contraire de leur filiation maternelle avec la première partie requérante, en sorte que le recours est bien recevable en ce qu'il a été introduit pour elles par la première partie requérante.

2.2. Pièces nouvelles.

A l'audience, les parties requérantes ont entendu déposer de nouvelles pièces, tandis que la partie défenderesse en a sollicité l'écartement.

Le Conseil observe que ces pièces, qui ont été établies postérieurement à l'acte attaqué, ne peuvent être prises en compte par le Conseil dans le cadre de son contrôle de légalité. Le Conseil d'Etat a à cet égard rappelé dans un arrêt n°250.181 du 23 mars 2021 qu'il résulte de l'arrêt n° 206/2019, prononcé par la Cour constitutionnelle le 19 décembre 2019, que le contrôle de légalité que le Conseil du Contentieux des Etrangers exerce, en vertu de l'article 39/2, § 2, de la loi du 15 décembre 1980, ne l'autorise pas à procéder à un examen ex nunc.

Ces documents sont néanmoins pris en compte dans le cadre de la vérification, le cas échéant, de l'actualité de l'intérêt de la partie requérante aux moyens.

3. Exposé du moyen d'annulation.

Les parties requérantes prennent un moyen unique de la violation « *des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, combinés avec l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, le principe de bonne administration et l'erreur manifeste d'appréciation* ».

Elles exposent des considérations théoriques concernant les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 de la CEDH ainsi que l'obligation de motivation formelle des actes administratifs et le principe de précaution. Elles citent des extraits de l'arrêt n°198 536 du 25 janvier 2018 du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après « le Conseil ») concernant une personne congolaise atteinte de drépanocytose.

Elles font grief au fonctionnaire-médecin d'avoir estimé en l'espèce que le traitement requis par la troisième requérante est accessible dans le pays d'origine en raison de l'existence de mutuelles et mutualités. Elles allèguent à cet égard que « *la population de ce pays avoisine les 90 millions d'habitants* » et qu'à « *suivre les chiffres produits par le [fonctionnaire-médecin] seuls 6 % (pourcentage approximatif) de la population congolaise bénéficieraient donc de l'intervention d'une mutuelle* » ce qui démontrerait « *la très faible accessibilité aux soins de santé en RDC* ». A l'audience, les parties requérantes ont rectifié ce chiffre indiqué en termes de requête, précisant avoir commis une erreur quant à ce en sorte que le pourcentage n'est en réalité que de 0,006. Elles estiment que l'acte attaqué est entaché d'une erreur manifeste d'appréciation, n'est pas adéquatement motivé et viole les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 de la CEDH.

Elles invoquent qu'il ressort d'un article de 2014 intitulé « *Répercussions psychosociales de la drépanocytose sur les parents d'enfants vivant à Kinshasa, République Démocratique du Congo : une étude qualitative* » que « *les drépanocytaires, à l'instar de l'ensemble de la population, vivent dans un système sans sécurité sociale* ». Elles soutiennent que la partie défenderesse ne pouvait ignorer l'existence de cet article « *dont le sérieux ne peut être mis en doute* » dès lors que celui-ci a été cité dans l'arrêt n°196 913 du Conseil et donc porté à sa connaissance dans un dossier antérieur et similaire. Elles estiment que la partie défenderesse a violé son devoir de gestion consciencieuse. Elles citent plusieurs passages dudit article abordant, selon elles, « *l'importance de la drépanocytose en Afrique subsaharienne et particulièrement en RDC (un des pays les plus touchés dans le Monde), l'insuffisance du dépistage, l'accès insuffisant aux traitements et les répercussions psychosociales de la maladie sur les malades et leurs familles* ».

S'agissant des constats posés par le fonctionnaire-médecin concernant le programme mené par l'Institut Européen de Développement et de Coopération (IECD), l'Agence Française de Développement (AFD) et la Fondation Pierre Fabre et développé au sein du Centre hospitalier Monkole, elles soutiennent que le fonctionnaire-médecin « *axe essentiellement son analyse sur la situation à Kinshasa, sans même s'interroger quant aux possibilités réelles pour la requérante de s'y établir* » alors que « *la problématique de la drépanocytose en RDC, territoire immense, ne se limite évidemment pas à la seule ville de Kinshasa, également immense puisque peuplée de plus de dix millions d'habitants* ». Elles ajoutent qu'à supposer qu'elles puissent s'établir à Kinshasa, « *rien ne permet de penser [que la troisième requérante] puisse accéder aux soins prodigués par le Centre Monkole* ».

De plus, elles invoquent que le site web de la Fondation Pierre Fabre comprend une citation du Professeur [T.], directeur du Centre Monkole, selon lequel : « *L'aide de la Fondation Pierre Fabre nous a été précieuse. Mais aujourd'hui, on observe encore un déficit majeur en moyens matériels et humains, qui contraste avec l'extrême fréquence de la maladie et son impact social négatif sur les familles. Le dépistage précoce tel que recommandé par l'OMS n'est réalisé que dans la ville de Kinshasa. Je me félicite que notre action se poursuive dans le cadre du programme multipays* » et que la partie défenderesse fonde l'acte attaqué « *sur l'action d'une fondation et d'une institution hospitalière, qui affirment pourtant expressément qu'actuellement, les moyens de lutte contre la drépanocytose demeurent insuffisants au regard de l'ampleur de cette maladie en RDC, et infirment ainsi la thèse de la partie adverse selon laquelle le traitement serait accessible en RDC* ». Elles estiment que la partie défenderesse s'est abstenue d'examiner si les traitements contre la drépanocytose étaient suffisamment accessibles en RDC et que son analyse est entachée d'une erreur manifeste d'appréciation, qu'elle n'est pas adéquatement motivée et qu'elle est contraire à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ainsi qu'à l'article 3 de la CEDH.

Elles soutiennent que l'avis du fonctionnaire-médecin a été rendu sans avoir établi « *la situation concrète en RDC (tant à Kinshasa que sur le reste du territoire) en termes d'accessibilité aux traitements relatifs à la drépanocytose* ». Elles en déduisent un manquement flagrant aux principes de bonne administration et de précaution.

Elles font encore grief à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte du très jeune âge de la troisième requérante « *qui la rend particulièrement vulnérable face à cette maladie, surtout en cas de « retour » en RDC avec le risque de mortalité que cela implique* » alors que selon la jurisprudence du Conseil, il lui appartient de tenir compte de la situation individuelle du demandeur de séjour pour raisons médicales.

4. Discussion.

4.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ».

Le cinquième alinéa indique que « *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 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 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer, 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 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 sont soumis.

Le Conseil rappelle également qu'en vertu de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, « *la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate.* »

L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative 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. La décision doit, toutefois, faire 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.

4.2.1. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur un avis du fonctionnaire-médecin daté du 2 août 2018, dont il ressort que la partie requérante souffre d'une « *Drépanocytose homozygote SS (sickle cell), avec une anémie ayant nécessité une transfusion sanguine* » et qu'elle nécessite un « *suivi en pédiatrie (spécialisé pour la drépanocytose: hématologie)* » et une « *transfusion sanguine en cas de besoin* » ainsi que le traitement médicamenteux suivant : « *Amoxicilline: antibiotique à titre préventif (et non pour traiter une affection)* », « *Acide folique* » et « *D-Cure: vitamine D* ». Le fonctionnaire-médecin a également précisé qu'« *un traitement par Hydrea (= principe actif Hydroxycarbamide) est évoqué mais n'est pas un traitement actif actuel chez la requérante Par souci d'exhaustivité on recherchera sa disponibilité dans le pays d'origine* ».

Ces constats ne sont pas remis en cause pas les parties requérantes.

4.2.2.1. Le Conseil relève que les parties requérantes font grief au fonctionnaire-médecin d'avoir considéré que le traitement médical requis par la troisième requérante est accessible dans le pays d'origine.

Le Conseil relève que le fonctionnaire-médecin, s'agissant de l'accessibilité du traitement nécessité par la troisième requérante, a considéré ce qui suit :

« Concernant l'accessibilité aux soins en République Démocratique du Congo (RDC), le conseil de l'intéressée affirme que la prise en charge initiée en Belgique ne pourrait que difficilement être poursuivie sur place et sans doute pas dans les mêmes conditions. Il ajoute que les soins médicaux seraient très coûteux et doivent être payés à l'avance. Que les cliniques médicales du pays seraient très mal équipées et les urgences médicales graves devraient être traitées à l'extérieur du pays, Qu'il se poserait un problème d'accessibilité financière car sa cliente serait sans ressources et n'aurait pas facilement accès au traitement dans le pays d'origine. Il conclut que sa cliente se trouverait dans une situation médicale telle qu'elle ne pourrait être éloignée du territoire sans violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Il fournit comme source le site internet du Ministère canadien des affaires étrangères qui est essentiellement réservé pour les voyages.

Notons que la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes porteuses de cette maladie vivant en Rép. Dém. du Congo (RDC). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus {CCE n°23.771 du 26.02.2009}.

Par ailleurs, il existe actuellement en RDC de nombreuses initiatives locales de création de «mutuelles» ou «mutualités» qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales sous la forme, le plus souvent, de primes forfaitaires en cas de maladies, de décès ou de mariages et naissances. On dénombre à ce jour 102 associations mutualistes réparties dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de 500.000 bénéficiaires².

Depuis le lancement par le ministère de la Santé, en septembre 2012 du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé, il y a beaucoup d'organisations mutualistes : SOLIDARCO³ (solidarité Belgique-Congo). MNK (Mutualité Neutre de Kinshasa)⁴, La MNK a conclu des conventions de soins avec quatre hôpitaux et deux centres de soins à Kinshasa: quatre jours d'hospitalisation en cas de soins urgents, et sept en cas d'opération, d'accouchement; les maladies chroniques ou endémiques sont désormais prises en charge pour ses adhérents. La Mutuelle de santé des enseignants de l'EPSP (MESP)⁵ ainsi que la Mutuelle de santé de l'UNTC⁶ (MUSU) ont également vu le jour en RDC.

Dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation (2.5 à 4.5 dollars/mois) se présentent, en cas de maladie, dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires, les soins de petite et moyenne chirurgie, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée. Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centres de santé sont gérés par le Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM). une structure de l'église catholique, ils ont signé des conventions avec trois mutuelles de la ville. Chaque mois, le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles plus ou moins 50.000 dollars pour environ 20.000 bénéficiaires, dont le nombre va croissant.

Quant à la prise en charge de la drépanocytose en RDC, notons encore que⁷ l'Institut Européen de Développement et de Coopération (IECD), l'Agence Française de Développement (AFD) et la Fondation Pierre Fabre ont décidé en 2014 de s'investir dans un vaste projet, d'une durée de quatre ans en Afrique subsaharienne. L'enjeu est de réduire la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose, et améliorer les conditions de vie des malades. Déployé en 2014 en République Démocratique du Congo et à Madagascar et en 2015 au Congo-Brazzaville et au Cameroun. le programme a prévu de renforcer le dépistage des enfants, la formation du personnel soignant et la mise en place de laboratoires fonctionnels dans des centres de santé référents et permettra de tester près de 100 000 enfants en tout. Il s'agissait également d'améliorer la prise en charge

médicale en fermant les professionnels de santé et les parents d'enfants drépanocytaires, et en finançant les vaccins et médicaments.

En République Démocratique du Congo (RDC), et plus précisément à Kinshasa, c'est le Centre Hospitalier Monkole qui a été subventionné. Désormais achevée⁸, l'action de la Fondation Pierre Fabre se prolonge néanmoins à travers un programme multi pays impliquant la République Démocratique du Congo et le centre Monkole, ainsi que le Cameroun, le Congo-Brazzaville et Madagascar. Cet investissement conséquent en matière de prise en charge des drépanocytaires en RDC, permet de penser que la requérante pourrait bel et bien en bénéficier. Ainsi le retour de la requérante en RDC ne peut pas être interprété comme une violation de [l'article 3 de la CEDH, Notons que 50% des interventions chirurgicales réalisées entre janvier 2011 et mars 2012 sur des patients drépanocytaires étaient financées par la Fondation Pierre Fabre.

A titre subsidiaire, notons que [la première requérante], est en âge de travailler. En l'absence d'une attestation officielle d'un médecin du travail reconnaissant une incapacité de travail, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi les besoins médicaux de sa fille. Pour faire face au coût du traitement, l'intéressée pourrait s'affilier à une mutuelle de santé et bénéficier ainsi de la réduction des frais moyennant une cotisation mensuelle. De même, rien ne démontre dans son dossier qu'elle ne posséderait pas de famille au pays d'origine. Remarquons aussi qu'aucune preuve n'est apportée pour prouver un éventuel manque de moyens financiers; Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97,866 du 13/07/2001).

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical en RDC. 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 Unis du 02 mai 1997, §38).

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 territoire⁹. Et il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je peux conclure que les soins requis sont accessibles dans le pays d'origine.

Rappelons également que le rôle du médecin fonctionnaire n'est pas de vérifier si les soins du pays d'origine sont de qualité comparable à ceux prodigués en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre le demandeur soient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Il est enfin à préciser que la mère de l'intéressée est en âge de travailler, En l'absence d'une attestation d'un médecin du travail faisant état d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, y exercer une activité professionnelle et financer ainsi les besoins médicaux de son enfant.

La requérante (ici sa mère) peut choisir de s'établir dans un lieu du pays d'origine où les soins sont disponibles. On notera que les habitants de son pays d'origine font aussi ces déplacements nécessaires pour recevoir les mêmes soins médicaux.

² <http://www.coopami.org/fr/coopami/formation%20coopami/2013/pdf/2013090508.pdf> Le système de protection sociale en santé en RDC

³ <http://www.congoforum.be/fr/congodetail.asp?subitem=40&id=177091&Congofiche=selected>

⁴ <http://www.congoforum.be/fr/nieuwsdetail.asp?subitem=3&newsid=186034&Actualiteit=seledeed>

⁵ RDC la Mutuelle de santé des enseignants dote ses membres de cartes biométriques Radio Okapi.htm ⁶ http://www.ghdonline.org/uploads/DRC_Mutual_Health.pdf

7

<http://www.fondationpierrefabre.org/decouvrir-nos-programmes/lutte-contre-la-drepanocytose/amelioration-de-la-prise-en-charge-socio-sanitaire-des-drepanocytaires>

8

<http://www.fondationpierrefabre.org/decouvrir-nos-programmes/lutte-contre-la-drepanocytose/soutien-de-lunite-de-prise-en-charge-de-la-drepanocytose-au-centre-hospitalier-monkole>

⁹ Cour Eur. D H., arrêt N c. c. Royaume-Unis. § 44. www.echr.coe.int ».

4.2.2.2. Force est de constater que les parties requérantes ne contestent pas utilement ces constats.

S'agissant de la question de l'accès aux soins de santé, le Conseil observe qu'elles s'en tiennent pour l'essentiel à indiquer que seul un très faible pourcentage de la population congolaise a accès aux mutuelles congolaises, sans toutefois contester les renseignements précis et concrets fournis à cet égard par le fonctionnaire-médecin dans son rapport médical. Il convient également de relever que les parties requérantes ne contestent pas les constats posés par le fonctionnaire-médecin susmentionnés tenant à la capacité de la première requérante à travailler. En conséquence, elles ne remettent pas valablement en cause l'appréciation du fonctionnaire-médecin selon laquelle la troisième partie requérante pourra « *bénéficier ainsi de la réduction des frais moyennant une cotisation mensuelle* », ce qui permet d'asseoir l'avis s'agissant de l'accessibilité des soins.

En ce qui concerne l'article intitulé « *Répercussions psychosociales de la drépanocytose sur les parents d'enfants vivant à Kinshasa, République Démocratique du Congo : une étude qualitative* », cité par les parties requérantes et les différents arguments qu'elles en ont tirés, le Conseil remarque que cet élément n'a nullement été invoqué dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour, et il ne peut donc y avoir égard. En effet, le Conseil rappelle que, dans le cadre de son contrôle de légalité, il ne peut avoir égard qu'aux éléments portés à la connaissance de l'autorité avant que celle-ci ne prenne sa décision, une jurisprudence administrative constante considérant que les éléments qui n'avaient pas été portés à la connaissance de l'autorité en temps utile, c'est-à-dire avant que celle-ci ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002).

Il ne saurait à cet égard être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir eu égard aux articles qui auraient été déposés devant elle dans d'autres causes et ce d'autant que les parties requérantes étaient tenues, ainsi que le prévoit expressément l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, de fournir à l'appui de leur demande « tous les renseignements utiles et récents » concernant notamment l'accessibilité du traitement requis.

Quant au grief formulé à l'encontre du fonctionnaire-médecin de ce qu'il a uniquement analysé l'accessibilité du traitement médical à Kinshasa et non dans l'ensemble du pays, le Conseil constate qu'il n'est pas fondé. En effet, les parties requérantes n'établissent pas qu'elles ne pourraient s'installer à Kinshasa. Il en est d'autant plus ainsi que dans leur demande d'autorisation de séjour, elles n'ont invoqué aucun argument quant à l'impossibilité de s'installer dans une région en particulier ni *a fortiori* à Kinshasa.

En ce que les parties requérantes soutiennent que « *rien ne permet de penser [que la troisième requérante] puisse accéder aux soins prodigués par le Centre Monkole* », le Conseil ne peut que constater qu'elles n'exposent pas de quelle manière la troisième partie requérante ne pourrait accéder aux soins prodigués dans ledit centre, en manière telle que cet aspect du moyen est obscur, et ne peut dès lors être suivi.

S'agissant du reproche fait au fonctionnaire-médecin de se fonder sur le programme développé au sein du centre hospitalier Monkole, le Conseil ne peut que constater que l'argument tiré des déclarations du directeur dudit centre, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du fonctionnaire-médecin. Si ces déclarations font part de difficultés, elles ne remettent en effet pas

en cause l'existence d'un programme favorisant l'accès aux soins en cas de drépanocytose en R.D.C.

4.2.3. En ce qui concerne l'âge de la troisième partie requérante, le Conseil relève que le fonctionnaire-médecin en a tenu compte, indiquant dans son avis qu'elle âgée de seize mois et qu'il n'y a « *pas de contre-indication à voyager* » mais « *vu le jeune âge, la présence de la mère est nécessaire* ». L'argument tenant à la vulnérabilité alléguée de la troisième partie requérante à la maladie n'est pas pertinent dans la mesure où, d'une part, les parties requérantes ne remettent pas en cause utilement l'appréciation effectuée par le fonctionnaire-médecin de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis et où, d'autre part, elles restent en défaut d'étayer plus avant leur argumentation et de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef du fonctionnaire-médecin à cet égard.

4.2.4. Enfin, le Conseil ne peut suivre les parties requérantes dans leur argumentation relative à la violation de l'article 3 de la CEDH dès lors qu'elles n'ont pas valablement remis en cause l'examen, par le fonctionnaire-médecin, de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement requis.

4.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique ne peut être accueilli.

5. Débats succincts.

5.1. 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.

5.2. 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 1^{er}

La requête en annulation est rejetée.

Article 2

Il n'y a plus lieu de statuer sur la demande en suspension.

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

Mme M. GERGEAY,
étrangers,

présidente f.f., juge au contentieux des

M. A. IGREK,

greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

M. GERGEAY