

Arrêt

**n° 270 655 du 22 mars 2022
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. BELAMRI
Rue des Poulées 11
1400 NIVELLES**

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 DE LA VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 15 mai 2019, 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 15 février 2019.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 17 mai 2019 avec la référence X

Vu la note d'observation et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 novembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 23 décembre 2021.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me M. BALLEZ *loco* Me A. BELAMRI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me D. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 27 juillet 2016, la requérante a introduit une demande de visa de court séjour, en vue d'une visite familiale. Le 14 septembre 2016, la partie défenderesse a refusé de lui délivrer un visa de court séjour.

1.2. Le 29 mai 2017, la requérante a introduit une deuxième demande de visa de court séjour, pour le même motif. Le 11 juillet 2017, la partie défenderesse lui a délivré un visa de court séjour. Sur demande de la requérante, elle l'a prolongé, pour raisons médicales, jusqu'au 11 mai 2018.

1.3. Le 21 juin 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire, à l'égard de la requérante.

1.4. Le 30 octobre 2018, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9 ter de la loi 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).

Le 15 février 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée, et a pris un ordre de quitter le territoire, à son égard. Ces décisions, qui lui ont été notifiées, le 15 avril 2019, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

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

« L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 (R.D.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 13.02.2019, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que 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 ou que 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 de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

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

« En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

- L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de

sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après: la CEDH), du principe général de bonne administration, du devoir de minutie, et du principe de la foi due aux actes, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. Dans ce qui peut être considéré comme une première branche, intitulée « quant à la foi due aux actes », la partie requérante fait valoir que « Par sa décision et le rapport du médecin-conseil de l'OE du 13 février 2019, la partie adverse tente de remettre en question le contenu même des certificats médicaux produits par la requérante. La foi due aux actes et les articles 1319, 1320 et 1322 du Code civil sont violés lorsqu'une valeur ou un contenu est erronément attribué à un acte ou document (C.E. n° 213.233 du 12 mai 2011). Ce principe signifie qu'une décision qui donne une portée erronée à un document produit doit être annulée. De la même manière, une décision qui ne prend pas en compte le contenu d'un acte déposé viole à la foi l'obligation de motivation adéquate, à défaut de toute prise en compte, et le principe de la foi due aux actes lorsqu'elle en écarte la portée de manière erronée. La partie adverse semble ignorer une partie des éléments contenus dans les certificats médicaux joints à la demande et établis par le cardiologue habituel de la requérante (qui la suit et connaît donc bien sa situation globale), notamment quant au fait que les longs voyages sont déconseillés. Par ailleurs, dans les certificats qu'il a complétés, le médecin, s'appuyant sur sa propre expérience, énonce l'absence d'infrastructures adéquates ainsi que non-accès aux soins, traitements et suivi, notamment en cas d'urgence. Ceci d'autant plus qu'en l'espèce, la partie adverse n'a nullement pris le soin de convoquer la requérante pour examen ni même de solliciter des documents ou renseignements complémentaires, alors même [qu'elle] se tenait à disposition de l'OE. D'ailleurs, il est important de constater que la décision prise considère la demande comme non-fondée, mais qu'elle reconnaît l'existence des pathologies dont souffre la requérante ».

2.3. Dans ce qui peut être considéré comme une deuxième branche, intitulée « accessibilité / disponibilité des soins et traitements », la partie requérante fait valoir que « Les pathologies de la requérante sont établies par des pièces médicales dont rien ne permet de remettre en question la valeur, la crédibilité. La requérante ne peut par conséquent en aucun cas se rallier à la motivation de la décision querellée, compte tenu de la situation de l'appareil médical congolais. Elle a d'ailleurs à ce sujet fourni de nombreux renseignements dans sa demande introductive : articles, rapports, etc. Elle ne se devait nullement de les fournir en version « papier » à l'OE ; l'exiger conduirait à ajouter une condition à la loi; elle a fourni ces informations, notamment sous la forme de sources internet précises, aisément vérifiables ; la partie adverse ne peut ainsi les rejeter comme elle tente maladroitement de le faire dans sa décision ; en ne répondant pas à toutes ces sources, la décision procède déjà manifestement d'un défaut de motivation. En tout état de cause, il est permis de s'interroger sur la pertinence des informations données par l'OE. Ainsi, les sites internet auxquels il est renvoyé ne donnent aucune véritable information quant à la disponibilité effective des soins ; aucune donnée concrète n'y est donnée. Aucune information n'est donnée quant à l'effectivité des services éventuellement répertoriés. Aucune information n'est donnée quant à l'accessibilité effective de la requérante aux services répertoriés. S'agissant des possibilités de prise en charge adéquate, la décision de l'Office des étrangers ne révèle pas d'un examen in concreto de la situation sur place. De la même manière, le site MedCOI ne donne pas d'informations concrètes et pertinentes dans la mesure où il est précisé qu'il n'y a pas d'information au sujet de l'accessibilité aux soins. Aucune réelle investigation n'a été menée par l'OE tant au niveau de la disponibilité que de l'accessibilité aux soins ». Elle rappelle le contenu de la demande d'autorisation de séjour et estime que « Ces diverses informations contredisent à l'évidence les affirmations de l'OE selon lesquelles les soins seraient

disponibles et accessibles ; rien dans la décision de l'OE ne permet de remettre en question la pertinence des informations ainsi produites. La décision querellée et le rapport médical ne contiennent pas un mot quant à ces rapports ; l'OE n'y a manifestement pas confronté ses informations. Les quelques informations contenues dans la décision quant à l'existence d'assurances maladie ou mutuelle ne sont pas plus pertinentes : il s'agit d'assurance privée, de mutuelle de cadres, etc. Cette situation est confirmée par les récents articles de presse relatifs à la situation médicale et sanitaire en RDC joints en annexe ». La partie requérante rappelle encore le contenu de certains rapports d'organisations internationales, fait valoir que « concernant l'accès aux soins de santé de manière générale, la moitié de la population congolaise n'a pas accès aux services de santé. Chaque année, des familles sont plongées dans la pauvreté en raison des dépenses liées aux soins de santé. Les soins de santé ne sont réellement accessibles qu'aux personnes ayant les moyens financiers pour les payer [...]. La requérante n'a plus aucune famille et entourage au Congo capable de la prendre en charge (ses enfants encore au pays se débattent déjà dans des situations difficiles et ne peuvent l'assumer) ; c'est d'ailleurs la raison qui l'a contrainte à venir en Belgique, où son fils peut non seulement financer sa prise en charge mais également l'aider dans son quotidien ; en effet, compte tenu de son âge avancé, la requérante n'est plus autonome en manière telle qu'elle a besoin de l'aide quasi constante d'une tierce personne ; cet aspect particulier de sa situation, découlant nécessairement de son âge, n'a nullement été pris en considération par la partie adverse qui reste d'ailleurs totalement muette sur la question ! Elle n'a évidemment pas de possibilité d'emploi. En cas de renvoi au Congo, la requérante se retrouverait seule et sans moyens financiers pour subvenir à ses besoins médicaux. L'OMS et la Banque mondiale trouvent la situation au Congo très préoccupante. Ces deux organisations ont rendu des rapports publics et il ressort de ceux-ci que la moitié de la population congolaise n'a pas accès aux services de santé. Comme déjà évoqué, les médecins ne prennent plus en charge les patients lorsque ceux-ci ne savent plus payer les dépenses et les factures liées à leurs traitements [...] Il a même été établi que le système de santé congolais était l'un des systèmes les moins performants au monde. L'accès aux médicaments et aux matériaux médicaux est très difficile et très coûteux. Ceci est dû aux coûts d'importation. [...] ». La partie requérante reproduit en partie un « rapport OSAR » de juin 2018, et estime que « compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il paraît difficile de prétendre que la requérante pourra bénéficier adéquatement des médicaments et des soins dont elle a besoin dans son pays d'origine. Les médicaments et soins nécessités par son état n'apparaissent pas accessibles et disponibles in concreto, au regard tant des problèmes d'approvisionnement en médicaments, du manque de structures médicales que du coût de ces soins, et cela alors que les traitements qu'elle suit ne peuvent être interrompus au risque de mettre sa vie en danger. Dans le contexte congolais actuel, de pauvreté, de non-emploi, d'insécurité, l'OE ne tient par ailleurs nullement compte du fait que comme exposé dans sa demande introductive, la requérante est objectivement très âgée, se trouverait isolée, etc alors même qu'elle souffre de troubles de pathologies avérées et qu'elle n'est plus capable de prendre soin d'elle au quotidien. En cas de retour, elle serait donc, totalement perdue et vulnérabilisée ».

Enfin, la partie requérante invoque une violation du code de déontologie médicale, en ce que « Ce code s'applique au médecin-conseil de l'Office et est contraignant. Il ne peut émettre un avis qu'en ayant respecté ce code. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce de sorte que la décision ne peut se fonder sur l'avis du médecin. Elle viole donc à la fois l'article 9 ter mais également l'obligation de motivation adéquate. Les dispositions suivantes sont méconnues : [articles 123, 124] [...]. En l'espèce, la requérante n'a ni été contactée par le médecin-conseil, ni rencontrée par lui. On constate par ailleurs que l'avis est rédigé par un

médecin généraliste et non par un spécialiste, contrairement aux pièces médicales produites par la requérante à l'appui de sa demande ».

2.4. Dans ce qui peut être tenu pour une troisième branche, intitulée « conséquences d'un retour de la requérante en RDC », la partie requérante fait valoir que « la décision actuellement querellée ne fait aucun examen des conséquences d'un retour de la requérante en RDC alors qu'il existe un risque avéré d'insuffisance de médicaments et alors que la requérante est dépendante d'autrui en raison de son âge. En n'abordant pas cet aspect de la demande, et en se limitant à l'accessibilité des soins et à la disponibilité dans le pays d'origine, la décision ne contient pas une motivation adéquate. Que dès lors, la décision querellée en ce qu'elle contraint la requérante à un retour en RDC, la conduisant irrémédiablement vers une détérioration de son état de santé, constitue une violation de l'article 3 de la CEDH qui prohibe de manière absolue les traitements inhumains et dégradants. Qu'il en est de même de l'ordre de quitter le territoire — annexe 13 notifié à la requérante dans la mesure où cet acte ne comporte aucune motivation spécifique et ne fait même aucune référence à la situation spécifique et particulière de la requérante ; cet acte est dénué de toute motivation hormis la mention du fait que la requérante n'est pas en possession d'un visa valable ; il ne peut en aucun cas s'agir d'une motivation suffisante au regard de l'ensemble des informations portées à la connaissance de la partie adverse dans la demande introductive. [...] Que la décision querellée procède dès lors, compte tenu des arguments développés dans le moyen, d'un défaut manifeste de motivation ».

3. Discussion.

3.1. Aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéa 3 et 5 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. [...]. 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* ».

Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, montrent 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, 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).

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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.

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. 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 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. En l'espèce, le premier acte attaqué repose sur les conclusions d'un fonctionnaire médecin, mentionnées dans l'avis daté du 13 février 2019, joint audit acte, selon lequel : « Du point de vue médical, sur base des documents fournis par la requérante, nous pouvons conclure que les troubles cardiaques dont elle souffre depuis des années peuvent être contrôlés par un traitement adéquat qui est accessible et disponible dans le pays de retour (Congo RDC). Cette pathologie n'entraîne pas un risque réel pour la vie de la requérante, pour son intégrité physique ou encore de risque de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement et le suivi médical sont disponibles et accessibles au Congo (RDC). D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».

Dans cet avis, le fonctionnaire médecin a posé les constats suivants :

« Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

- Bisoprolol est disponible au Congo (RDC) (cf. BMA-11037);
- Acide acétylsalicylique est disponible au Congo (RDC) (cf. BMA-11328);
- Furosémide est disponible au Congo (RDC) (cf. BMA-11037);
- L'association périndopril + indapamide n'est pas disponible mais le périndopril est disponible (cf. BMA-11782), de même qu'un diurétique comme l'hydrochlorothiazide que l'on peut substituer à l'indapamide (cf. BMA-11037);
- Les consultations de cardiologie sont disponibles au Congo (RDC) (cf. BMA-11227);
- Les coronarographies sont réalisables au Congo (RDC) (cf. BMA-11168).

Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine.

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressée puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine de la requérante soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique.

Les sources suivantes ont été-utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée):

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI^[référence en note de bas de page]:

- Requête MedCOI du 17/04/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11037;
- Requête MedCOI du 29/05/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11168;
- Requête MedCOI du 16/06/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11227;
- Requête MedCOI du 05/07/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11328;
- Requête MedCOI du 13/11/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11782.

De plus, la pathologie attestée ne répond pas aux critères de l'article 9ter §1er alinéa de la loi du 15 décembre 1980 qui stipule qu'elle doit entraîner un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou un

risque réel de traitement inhumain ou dégradant compte tenu du fait que le traitement adéquat existe dans le pays d'origine.

A noter que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans n'importe quel pays du monde, ce qui n'empêche toutefois pas d'avoir recours à une alternative médicamenteuse du moins si pas identique du moins raisonnable. Par ailleurs, les affections dont il est question étant chroniques, la requérante

peut à loisir se constituer un petit stock pouvant pallier lesdites indisponibilités temporaires.

Rappelons qu'il relève du choix personnel d'une patiente de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a posteriori une détérioration de la situation clinique antérieure.

Rappelons que ce n'est pas au délégué du ministre d'effectuer des démarches pour la mise à jour médicale d'une demande 9ter (= compléter les infos médicales): ce soin et cette diligence incombent au demandeur et cette charge de preuves ne peut être inversée. De plus, il incombe au demandeur de rédiger sa demande avec soin afin d'éclairer sa situation personnelle.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Le conseil de l'intéressée cite plusieurs rapports et articles en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (RDC). Rappelons d'emblée que l'article 9ter 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».

Il appartient donc à la requérante de fournir les documents ou à tout le moins les pages nécessaires avec sa requête pour que l'administration de l'Office des Etrangers soit dans la capacité de les consulter à tout moment du traitement de la demande (pour lequel aucun délai n'est prévu dans la loi) étant donné que rien ne garantit la fiabilité des liens internet (site internet qui n'existe plus, qui change de nom, document retiré ou lien modifié...). Dans ce cas précis, la requérante ne fournit aucun rapport. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Relevons cependant que le conseil de la requérante indique ainsi que les personnes qui ne savent plus payer leurs soins de santé ne sont plus prises en charge par les médecins ce qui serait le cas de la requérante qui n'aurait plus de famille en RDC. Notons qu'il ressort de la demande de visa du 07.06.2017 de la requérante qu'elle a, contrairement à ce qu'affirme son conseil, trois enfants en RDC sur qui elle pourrait éventuellement s'appuyer. En outre, son fils régularisé a pris en charge la requérante lors de son séjour en Belgique et rien ne démontre qu'il ne pourrait pas continuer à soutenir financièrement sa maman depuis la Belgique.

Son conseil ajoute que la RDC serait mal classée sur l'échelle de développement humain, que le système de santé congolais serait l'un des moins performant au monde et qu'il n'y aurait pas d'assurance maladie publique. Notons 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 allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

En outre, 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 elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant 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.

Par ailleurs, un article d'IPS^[référence en note de bas de page] 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 sensibilisation sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles sont de l'ordre de 4,5 dollars. A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa^[référence en note de bas de page], 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 2017. 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.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif: Caritas^[référence en note de bas de page], OMS^[référence en note de bas de page] et Enabel^[référence en note de bas de page] sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

Ajoutons que la RDC propose un système de sécurité sociale prévoyant une pension pour les personnes âgées de plus de 60 ans (pour les femmes) et rien n'indique que la requérante n'entrerait pas dans les conditions pour bénéficier de cette allocation^[référence en note de bas de page].

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^[référence en note de bas de page]».

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Congo (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).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, on peut conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Congo (RDC) ».

3.3. Sur la première branche du moyen, il ressort d'un premier certificat médical du 10 janvier 2018, que le médecin traitant de la requérante a estimé que « sa patiente ne peut pas voyager vers son pays d'origine », et d'un second certificat médical, rédigé à la même date, que « les longs voyages sont contre indiqués ». Dans son avis, le fonctionnaire médecin a pris en considération la capacité de voyager de la requérante, et a estimé que « les pathologies mentionnées dans le certificat médical, pour autant que la patiente suive les recommandations thérapeutiques et d'hygiène de vie de ses médecins, ne contre indiquent pas le voyage de retour vers le pays d'origine, le Congo (RDC), d'autant plus que la requérante a bien effectué le trajet aller vers notre pays. Aucune incapacité à voyager n'est documentée de manière sérieuse dans le dossier. En effet, selon la onzième et dernière édition du manuel médical de l'IATA (association internationale du transport aérien – international air transport association) (cf. copie p54 du manuel en annexe), peuvent voyager les patients cardiaques présentant une angine de poitrine contrôlée par le traitement, un insuffisance cardiaque contrôlée par le traitement et en état stable, ce qui est précisément le cas de la requérante. Dans le cas où elle subirait une coronographie les jours prochains, il lui est interdit de voyager par avion durant les 24 h qui suivent la procédure. Aucun encadrement médical pour le voyage n'est à prévoir ».

Le reproche, adressé à la partie défenderesse par la partie requérante, « d'ignorer une partie des éléments contenus dans les certificats médicaux joints à la demande », et de violer la foi due aux actes, ne peut être retenu. En effet, telle que formulée par le médecin traitant de la requérante, sans plus de précisions, l'incapacité de voyager, alléguée, n'est pas établie au vu des éléments recueillis par le fonctionnaire médecin, qui s'appuient sur l'extrait du manuel médical de l'IATA, déposé au dossier administratif, et duquel, il ressort effectivement que les personnes atteintes d'une angine de poitrine, ou d'une insuffisance cardiaque, peuvent voyager si ces pathologies sont contrôlées par un traitement et qu'elles sont en état stable. La partie requérante ne prétend pas que ce n'était pas le cas de la requérante.

Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse a justifié les raisons pour lesquelles elle estime que la requérante ne présente pas de contre-indication médicale à voyager.

La partie défenderesse n'a donc pas donné une portée erronée aux certificats médicaux susmentionnés. La violation de la foi due aux actes, et des articles 1319, 1320 et 1322 du Code civil n'est donc pas établie. Il en est de même quant au grief selon lequel « dans les certificats qu'il a complétés, le médecin s'appuyant sur sa propre expérience, énonce l'absence d'infrastructure adéquates ainsi que non accès aux soins, traitements, et suivi, notamment en cas d'urgence ». A cet égard, le Conseil renvoie au point 3.4.

S'agissant du grief fait à la partie défenderesse de ne pas avoir « pris le soin de convoquer la requérante pour examen ni même de solliciter des documents ou renseignements complémentaires », le Conseil rappelle que le fonctionnaire médecin a rendu un avis, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin d'examiner le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un spécialiste (dans le même sens: CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

3.4.1. Sur la deuxième branche du moyen, le fonctionnaire médecin a constaté que le suivi et le traitement nécessaires à la requérante étaient disponibles au Congo (RDC), sur la base d'informations issues de la base de données MedCOI. Ces informations sont vérifiables dans les pièces déposées au dossier administratif par la partie défenderesse, et sont suffisamment précises et fiables pour établir l'existence et la disponibilité, dans le pays d'origine de la requérante, du suivi et de la prise en charge des soins dont elle a besoin. Dès lors, la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne, en substance, à en prendre le contre-pied, 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, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de celle-ci, à cet égard, *quod non*, en l'espèce. L'allégation selon laquelle « le site MedcOI ne donne pas d'informations concrètes et pertinentes dans la mesure où il est précisé qu'il n'y a pas d'information au sujet de l'accessibilités aux soins », n'est pas pertinente dans la mesure où l'analyse de l'accessibilité des soins est examinée par le fonctionnaire médecin dans un autre point de son avis, se basant sur d'autres informations que les rapports MedCOI.

Les doutes formulés à l'égard des informations du fonctionnaire médecin, et notamment, de « l'effectivité des services éventuellement répertoriés », de « la pertinence des informations », et « des problèmes d'approvisionnement en médicaments », ne peuvent suffire à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Le Conseil entend rappeler que la partie défenderesse dispose d'un large pouvoir d'appréciation à l'égard des demandes qui lui sont soumises, et qu'il ne lui appartient pas de substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente, lorsqu'il ressort du dossier que cette autorité a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis, comme c'est le cas en l'espèce. En l'espèce, la partie requérante n'explicite pas en quoi la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, établie sur cette base, ne serait pas conforme aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs. En outre, elle critique la source d'informations, sans apporter aucune preuve de son inexactitude. La seule circonstance que les informations, issues des rapports généraux que la partie requérante avait fait valoir, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, soient différentes des informations dont la partie défenderesse fait état à l'appui du premier acte attaqué, ne suffit pas pour conclure que celle-ci aurait violé les dispositions et principe, invoqués.

3.4.2.1. S'agissant des griefs liés à l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante, l'avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, le 13 février 2019, relève, notamment, la présence de trois de ses enfants au Congo (RDC), la promotion des mutuelles de santé, l'assurance maladie obligatoire, l'aide extérieure consacrée à la santé, ainsi que le système de sécurité sociale prévoyant une pension pour les personnes âgées. Force est de constater que cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui tente, en réalité, d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis, au vu de ce qui a été exposé *supra*. De plus, la présence en Belgique d'un de ses enfants qui pourrait prendre en charge la requérante et la soutenir financièrement n'est pas contestée en termes de requête.

3.4.2.2. Le grief de la partie requérante selon lequel ses informations contredisent à l'évidence les affirmations de la partie défenderesse, « la décision querellée et le rapport médical ne contiennent pas un mot quant à ces rapports », manque en fait. En effet, le fonctionnaire médecin souligne, à cet égard, que « Le conseil de l'intéressée cite plusieurs rapports et articles en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (RDC). Rappelons d'emblée que l'article 9ter 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. [...] Son conseil ajoute que la RDC serait mal classée sur l'échelle de développement humain, que le système de santé congolais serait l'un des moins performant au monde et qu'il n'y aurait pas d'assurance maladie publique. Notons 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 allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009) ». La partie défenderesse a donc bien pris en considération les rapports et articles déposés par la partie requérante, mais a estimé qu'ils ne permettaient pas d'établir que l'accessibilité des soins et du suivi n'était pas possible dans le pays d'origine de la requérante. Le motif reprochant à la partie requérante de ne fournir aucun rapport, « documents ou à tout le moins les pages nécessaires avec sa requête pour que [la partie défenderesse] soit dans la capacité de les consulter à tout moment », est superflu, et la critique à son égard ne permet pas de fonder l'annulation du premier acte attaqué.

La seule circonstance selon laquelle les informations, que la partie requérante a fait valoir dans sa demande d'autorisation de séjour, soient différentes de celles émanant des informations dont la partie défenderesse fait état, ne suffit pas non plus pour conclure, ainsi que le fait la partie requérante, que la partie défenderesse aurait violé les dispositions et principes invoqués à l'appui du moyen.

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

cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits.

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

3.4.2.3. Le grief fait à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte du fait que « la requérante est objectivement très âgée, se trouverait isolée, etc alors même qu'elle souffre de troubles de pathologies avérées et qu'elle n'est plus capable de prendre soin d'elle au quotidien. En cas de retour, elle serait donc totalement perdue et vulnérabilisée », ne peut être suivi. En effet, l'avis du fonctionnaire médecin, du 13 février 2019, expose, notamment, qu'« il ressort de la demande de visa du 07.06.2017 de la requérante qu'elle a contrairement à ce qu'affirme son conseil, trois enfants en RDC sur qui elle pourrait éventuellement s'appuyer. En outre, son fils régularisé a pris en charge la requérante lors de son séjour en Belgique et rien ne démontre qu'il ne pourrait pas continuer à soutenir financièrement sa maman depuis la Belgique ». L'examen du dossier administratif montre que dans le cadre de cette demande de visa, introduite le 29 mai 2017, le conseil de la requérante a envoyé un courrier à la partie défenderesse, le 7 juillet 2017, duquel il ressort que « tout le reste de sa famille, 7 enfants et 23 petits enfants vivent tous au Congo près d'elle et s'occupent au quotidien d'elle et l'entourent comme il se doit. Vu la présence de toute sa famille au Congo, elle n'envisage évidemment aucunement d'abandonner ces 30 personnes proches qui l'entourent [...] ». Enfin, dans sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante a uniquement fait valoir que « compte tenu de ses pathologies et de son âge, elle est dépendante de l'aide de tiers, en Belgique, c'est son fils qui la prend en charge au quotidien », sans plus d'information. Dès lors, le grief selon lequel « la requérante n'a plus aucune famille et entourage au Congo capable de la prendre en charge », « la requérante n'est plus autonome en manière telle qu'elle a besoin de l'aide quasi constante d'une tierce personne », constituent de simples allégations, qui ne sont pas étayées et contraires aux informations du dossier administratif. Partant, la possibilité que la requérante soit prise en charge dans son pays, est adéquate, la motivation de la partie défenderesse n'est donc pas manifestement erronée ou insuffisante, au vu des informations déposées par la partie requérante.

3.4.3. Il résulte de ce qui précède, que les informations de la partie défenderesse sont suffisamment précises et fiables pour établir la disponibilité et l'accessibilité du suivi et de la prise en charge des soins requis, dans le pays d'origine de la requérante. La partie défenderesse a pu, sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, ni méconnaître la foi du aux actes et les dispositions visées au moyen, fonder le premier acte attaqué sur les raisons qu'elle indique dans la motivation de cet acte.

3.4.4. Quant au grief fait à la partie défenderesse d'avoir violé les articles 123 et 124 du Code de déontologie médicale, le Conseil observe que le médecin fonctionnaire n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 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 ». Par ailleurs, le Conseil rappelle que l'article 9ter § 1er de la loi du 15 décembre 1980 dispose que « *ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ». Il résulte du libellé de cette disposition qu'il n'existe aucune obligation pour le le fonctionnaire médecin d'examiner personnellement le demandeur ni d'entrer en contact avec le médecin traitant de ce dernier ni de consulter des experts avant de rendre son avis, s'il ne l'estime pas nécessaire.

3.5.1. Sur la troisième branche du moyen, quant à la violation, alléguée, de l'article 3 de la CEDH, la Cour EDH a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, N / Royaume-Uni, §§ 42-45).

L'arrêt Paposhvili / Belgique (rendu en Grande chambre par la Cour EDH, le 13 décembre 2016) a clarifié et étendu l'enseignement de l'arrêt N / Royaume-Uni, précité, à d'autres « cas exceptionnels » afin de rendre les garanties prévues par la CEDH « concrètes et effectives » (§181) et en redéfinissant le seuil de gravité de l'article 3 de la CEDH.

En l'espèce, la partie défenderesse a adéquatement vérifié et conclu que la pathologie dont souffre la requérante ne l'exposait pas à un risque de traitement inhumain ou dégradant. Il en résulte que la partie requérante reste en défaut d'établir que la requérante se trouve dans un des cas exceptionnels visés. Partant, le moyen est inopérant, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

3.5.2. S'agissant du second acte attaqué, conformément à l'article 7, alinéa 1, 1°, de la loi du 15 décembre 1980, l'ordre de quitter le territoire, attaqué est fondé sur le constat selon lequel la requérante « *demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable* », motif qui se vérifie à l'examen du dossier administratif, et n'est pas contesté par la partie requérante.

Par ailleurs, l'état de santé de la requérante a été pris en considération lors de l'examen de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.4., et le fonctionnaire médecin a valablement considéré que la requérante ne souffrait pas d'une pathologie de nature à donner lieu à l'octroi d'une autorisation de séjour, sur cette base. La partie défenderesse n'avait donc pas à motiver le second acte attaqué à cet égard.

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

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.

5. Dépens.

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

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

Article 1.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Article 2.

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

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

Mme N. RENIERS,

Présidente de chambre,

Mme A. LECLERCQ,

Greffière assumée.

La greffière,

La présidente,

A. LECLERCQ

N. RENIERS