



Arrêt

n° 271 422 du 20 avril 2022
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître R.-M. SUKENNIK
Rue de Florence, 13
1000 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 20 novembre 2019, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 14 octobre 2019.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 22 novembre 2019 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 24 janvier 2022 convoquant les parties à l'audience du 23 février 2022.

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

Entendu, en leurs observations, Me M. TOUNGOUZ NEVESSIGNSKY *loco* Me R.-M. SUKENNIK, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et D. BERNE, attachée, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1.1 Le 24 août 2005, la requérante a introduit, auprès de l'ambassade de Belgique à Kinshasa, une demande de visa long séjour de visa de type D afin de faire des études dans un établissement d'enseignement dit « privé » sur base des articles 9 et 13 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 21 septembre 2005, le visa sollicité lui a été octroyé et la requérante est arrivée en Belgique le 23 septembre 2005. Le 21 novembre 2005, la requérante a été autorisée temporairement au séjour, en sa qualité d'étudiante, et s'est vu délivrer une carte d'identité pour étrangers, valable jusqu'au 31

octobre 2007 et prorogée jusqu'au 31 octobre 2009. Le 30 octobre 2009, elle a été mise en possession d'une « carte A », renouvelée annuellement et ce jusqu'au 31 octobre 2022.

1.2 Le 9 janvier 2015, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 5 juin 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Par un arrêt n°220 638 prononcé le 30 avril 2019, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.3 Le 4 septembre 2015, la requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, demande qu'elle a complétée le 2 février 2016 et le 15 septembre 2016. Le 14 décembre 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable et, le 10 février 2017, l'a déclarée non fondée.

1.4 Le 5 mai 2017, le conseil de la requérante a adressé un courrier à la partie défenderesse sollicitant le retrait de la décision de rejet visée au point 1.3, courrier auquel cette dernière a répondu par la négative en date du 8 mai 2017. Le 28 juin 2017, la partie défenderesse a néanmoins retiré la décision visée de rejet au point 1.3.

1.5 Le 30 juin 2017, la requérante a complété la demande visée au point 1.3.

1.6 Le 19 septembre 2017, suite au retrait de la décision visée au point 1.3, le Conseil a rejeté le recours introduit contre cette décision dans son arrêt n°192 104.

1.7 Le 25 juillet 2017, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande visée au point 1.3. Par un arrêt n°223 874 prononcé le 11 juillet 2019, le Conseil a annulé cette décision.

1.9 Le 14 octobre 2019, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande visée au point 1.3. Cette décision, qui a été notifiée à la requérante le 21 octobre 2019, constitue l'acte attaqué et 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 [d]écembre 2010 portant des dispositions diverses.

[La requérante] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le [m]édecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé [sic] 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 la Rép. Dém. [sic] du Congo (RDC)[.] pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 10.10.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en RDC.

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

Dès lors,

Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée présente une affection médicale dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que la prise en charge thérapeutique est disponible et accessible en Rép. Dém. [sic] du Congo.

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive [e]uropéenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.

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 [sic] en considération ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend **un moyen unique** de la violation des articles 9^{ter} et 62, § 2, 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, des « principes généraux du droit et notamment du principe de minutie, du principe de bonne administration qui impose à l'autorité de statuer en tenant compte de l'ensemble des éléments du dossier, du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, du principe de motivation matérielle, et de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate », de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des « principes de bonne administration », du « principe général de droit du respect des droits de la défense et du contradictoire », du « principe général de droit *audi alteram partem* », et des articles 11, 35, 114, 126, et 136 du Code de déontologie médicale, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation et de « l'insuffisance dans les causes et les motifs »

2.2 Elle fait notamment valoir, dans une première branche, qu'elle « a démontré, documents médicaux à l'appui, que ses deux frères étaient atteints de la même pathologie et qu'ils en étaient décédés tous les deux en 2008, respectivement à l'âge de 18 ans et de 15 ans ; Que les deux attestations déposées au dossier à propos de ces décès confirment qu'ils sont dûs [sic] : « Au manque d'infrastructure et d'équipements appropriés au pays, rendant ainsi sa prise en charge aléatoire ». [Alors que] la partie adverse ne démontre pas avoir pris en considération ces pièces ; Qu'elle les a uniquement citées dans l'historique clinique et certificats médicaux versés au dossier qui est en quelque sorte la « photographie » du dossier médical produit par la requérante, et dans le paragraphe relatif à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine en faisant référence au « *triste sort qu'a connu la fratrie de [la requérante]* » ; Qu'à cet égard, il y a lieu d'appliquer, *mutatis mutandis*, la jurisprudence constante [du] Conseil selon laquelle il ne suffit pas d'énumérer les éléments de fond présentés par la partie requérante dans sa demande et de déclarer qu'ils ne justifient pas la régularisation pour motiver sa décision : [...] ; Qu'il ne suffit pas à la partie adverse de citer les certificats médicaux relatifs aux frères de la requérante pour motiver adéquatement et suffisamment sa décision quant à ce ; Que la partie requérante fournit à la partie adverse des preuves concrètes de ce que, en cas de nécessité de prise en charge immédiate en urgence d'une personne souffrant d'une drépanocytose (comme cela peut souvent être le cas dans ce type de pathologie), il y a risque de décès immédiat en raison du manque d'équipements appropriés ; Que la motivation de la décision de la partie adverse est donc insuffisante et inadéquate quant aux informations que lui a fourni [sic] la partie requérante à propos du décès de ses deux frères souffrants de la même maladie puisqu'elle ne démontre pas les avoir pris en considération ».

2.3 Dans une troisième branche, elle soutient notamment que « les seuls établissements à y être mentionnés sont le centre médical de Kinshasa, [l]es cliniques universitaires de Kinshasa et le centre hospitalier Monkole ; Que la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation en déduisant de ces résultats que les soins et suivis sont disponibles au pays d'origine ; Que les établissements publics cités par la partie adverse ne sont pas à même de répondre aux demandes de l'ensemble de la population kinoise et plus largement congolaise étant donné qu'il existe très peu de structures similaires dans le pays et qu'elles sont par ailleurs insuffisamment équipées et étant donné que la prévalence du gène de la drépanocytose est très importante en Afrique centrale ; Que les articles déposés par la partie requérante à propos de l'état des structures médicales permet de confirmer cette insuffisance de structures ; Que la partie requérante n'est pas assurée d'avoir accès aux spécialistes aussi régulièrement que son état de santé le nécessite ».

2.4 Dans une cinquième branche, elle allègue notamment, après un rappel de ce qu'elle avait exposé dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3 ainsi que dans ses compléments des 5 mai et 30 juin 2017 en ce qui concerne la situation des soins de santé en République démocratique du Congo (ci-après : RDC) pour les personnes atteintes de drépanocytose et en particulier le manque d'accès, d'infrastructure et de prise en charge des patients atteints de cette pathologie, que « la partie requérante commence par dresser un tableau général de la situation des soins de santé en [RDC] ; Que si un tel tableau n'est peut-être pas suffisant pour convaincre [la partie défenderesse] de l'impossibilité d'un traitement adéquat, il constitue une prémisse de base importante, d'autant que la pathologie dont souffre la partie requérante nécessite d'avoir des équipes médicales alertes en possession de matériel médical à la pointe et en bon état général ; personnel médical qui doit être en mesure de savoir utiliser le dit [sic] matériel ; Que la partie requérante poursuit en démontrant que les personnes, atteintes de la même pathologie qu'elle ont, en particulier, un accès difficile à un traitement adéquat ; accès difficile qui se traduit par un taux très élevé de mortalité pour ces malades ; Qu'à cet égard, il y a lieu de constater que la partie adverse ne semble pas avoir tenu compte de l'article intitulé « les drépanocytaires souffrent de la prise en charge de qualité à Kinshasa » qui a le mérite d'être récent ; Qu'enfin la partie requérante établit que ces deux frères sont décédés de cette pathologie du fait du manque d'infrastructures et équipements ; Que la Cour Européenne des Droits de l'Homme [(ci-après : la Cour EDH)], dans son arrêt Paposhvili met en exergue un principe de subsidiarité selon lequel l'évaluation de l'état de santé mais également de l'accessibilité et de la disponibilité des soins et suivis repose d'abord sur les autorités nationales, avec certes la collaboration de l'étranger, mais avec surtout des procédures adéquates permettant un examen propre à chaque cas d'espèce : [...] Que la partie adverse n'examine pas les pièces de la partie requérante, se contentant de refuser de les prendre en considération pour des raisons stéréotypées et de se fonder sur des articles qu'elle fournit et qu'elle ne confronte pas aux sources et informations de la partie requérante pourtant plus précises, fournies, récentes, adéquates et concrètes ; Qu'elle fait grand cas du programme d'investissement de la Fondation Pierre Fabre par l'intermédiaire du centre Hospitalier Monkole ; Qu'il y a lieu de noter que le programme a eu lieu en RDC en 2011 et 2012 (et pas 2014, comme elle l'indique dans sa décision) ; Que si l'on ne peut nier qu'un tel programme est forcément positif, ce n'est pas pour autant qu'il a réglé l'ensemble des problèmes et que le suivi de la drépanocytose est complet est accessible à tous ; Que sur le site même de la Fondation Pierre Fabre, au terme de l'article sur le Congo, un encart dans lequel il est précisé qu'un déficit majeur est toujours observé : « 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. » [...] Que par ailleurs certains des articles produits par la partie requérante et faisant état d'un manque criant de prise en charge sont postérieurs à ce programme ! Que la conclusion à laquelle la partie adverse arrive, conclusion selon laquelle « *cet investissement conséquence en matière de prise en charge des drépanocytaires en RDC permet de penser que la requérante pourrait bel et bien en bénéficier* » ne tient absolument pas compte de ce qui a été développé par la partie requérante et des articles qu'elle a pu produire ; Que la partie requérante a bien insisté dans le cadre de sa demande sur l'importance d'avoir un accès immédiat à une structure médicale dotée de l'infrastructure nécessaire et avec des médecins capables de la prendre en charge à tout moment en cas de crise ; Que c'est dans ce type de circonstances que ses deux frères sont décédés ; Qu'en ce qui concerne l'IECD et son engagement, l'on ne voit pas vraiment en quoi il concerne la demanderesse puisqu'il se concentre sur le dépistage des enfants, leur prise en charge et des séances d'informations sur les modes de transmission et sur le fait d'être porteur du gène ou pas ; Que la requérante est tout à fait consciente de sa maladie et elle n'est plus une enfant ; Qu'enfin la partie adverse se concentre sur la prise en charge financière du traitement ; Qu'elle fait état de toute une série d'initiative de mutuelles qui ne sont pour la plupart qu'à l'état de projet ou qui ne concerne pas la requérante : [...] Qu'à propos de l'hôpital de Kisantu auquel la partie adverse fait référence, il n'est pas établi que ledit hôpital est en mesure d'assurer le suivi et les traitements particuliers nécessités par la pathologie de la partie requérante ; les seules structures hospitalières citées dans les recherches MedCoi sont des structures situées à Kinshasa ; Qu'en ce qui concerne les moyens financiers, la partie requérante n'a pas contesté que sa famille vivant sur place n'avait aucun moyen ».

3. Discussion

3.1 Sur le moyen unique, ainsi circonscrit, le Conseil rappelle qu'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 alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

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

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

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

3.2 En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 10 octobre 2019, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une « [d]répanocytose homozygote, crises vaso-occlusives, anémie macrocytaire bien tolérée, image d'infarctissement splénique, cholangite ischémique,

hypovitaminose D, altération des tests hépatiques d'origine multifactorielle », pathologie pour laquelle le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé d'« [a]cide folique », d'« [h]ydrea (hydroxycarbamide) », de « D-cure ([c]holecalciferol) », d'« [a]ntalgiques ([p]aracetamol, [d]iclofenac, [t]ramadol) si douleurs », d'« amoxicilline-acide clavulanique », de « [c]iproxine ([c]iprofloxacine) », et de « [f]lagyl ([m]etronidazole) ». Il indique également que la requérante a besoin d'un « [s]uivi en médecine interne ».

3.3.1 S'agissant de l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires à la requérante, l'avis du 10 octobre 2019 porte que « *Concernant l'accessibilité aux soins en République Démocratique du Congo (RDC), le conseil de la famille de [la requérante] évoque la situation des soins de santé au Congo, en particulier pour ce qui concerne les personnes souffrant de drépanocytose homozygote. Selon lui, les guerres incessantes, le manque d'investissement, la corruption généralisée sont la base de l'effondrement des soins de santé au Congo et que ce dernier serait à l'agonie. On y assiste à une forte exclusion sociale, aux décès (50 à 75%) des personnes souffrant de la drépanocytose. Que la majorité des patients n'aurait pas accès à ses interventions. Que le gouvernement congolais n'investit que très peu de moyens dans les programmes de lutte contre la maladie, la recherche, les infrastructures et les traitements. Que les professionnels de la santé suffisamment formés sont rares, les vaccins efficaces et les services de transfusion sûrs sont rares. Que les soins de santé ne seront ni disponibles ni accessibles en RDC. Il évoque également le triste sort qu'a connu la fratrie de [la requérante]. Il fournit à cet effet, un article intitulé « les enfants drépanocytaires abandonnés à leur triste sort en RDC » daté du 29.08.2014, un rapport de l'OMS : « Drépanocytose une stratégie pour la région africaine » et un autre article de l'œil d'Afrique, intitulé « Drépanocytose, la RDC accusée d'abandonner les malades ».* Il conclut que [M.] et [la requérante] doivent pouvoir rester en Belgique car la situation en RDC n'a pas changé et que dès lors le traitement et le suivi que requiert la drépanocytose n'est pas accessible et disponible en RDC.

Notons que la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo RD. 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).

Par ailleurs, concernant la problématique de la prise en charge de la drépanocytose en RDC, notons que l'Institut Européen de Développement et de Coopération (IECD), l'Agence Française de Développement [sic] (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 d'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 permettra de tester près de 100 000 enfants en tout. Il s'agissait également d'améliorer la prise en charge médicale en formant 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 achevée, 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 serait-il pas 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. Ceci démontre que la mission de la Fondation Pierre Fabre ne se limite pas au dépistage, comme le prétend la requérante.

De plus, l'IECD-Institut Européen de Coopération et de Développement s'engage auprès de la Plateforme d'Appui, de Formation et de Veille sur la Drépanocytose (PAFOVED) en RDC, afin d'améliorer la prise en charge des malades et favoriser leur insertion dans la société : le dépistage des enfants est déployé dans 39 maternités et la prise en charge est assurée dans 12 centres de santé. En 2016, 25 séances de sensibilisation dans les écoles et universités ont permis d'informer les jeunes sur les modes de transmission et leur faire prendre conscience qu'ils peuvent être porteurs sains sans le savoir.

Pour faire face au coût lié à cette pathologie, soulignons l'existence 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 [sic] dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de 500.000 bénéficiaires. Depuis le lancement par le ministère de la Santé, en septembre 2012 du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé, beaucoup d'organisations mutualistes : SOLIDARCO (solidarité Belgique-Congo), MNK (Mutualité Neutre de Kinshasa), [sic] A savoir que 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 pris [sic] en charge pour ses adhérents. La Mutuelle de santé des enseignants de l'EPSP (MESP) ainsi que la Mutuelle de santé de l'UNTC (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, [sic] 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.

Notons également en RDC, l'existence d'une Stratégie Nationale de Protection Sociales des Groupes Vulnérables (SNPS-GV) ; dont l'objectif global consiste à garantir les droits fondamentaux et l'accès des personnes et groupes vulnérables aux services sociaux de base de qualité. L'intéressé [sic] peut donc retourner dans son pays pour bénéficier des facilités que lui offrent ces institutions. Pour faire face au coût de traitement, l'intéressé [sic] pourrait s'affilier à une mutuelle de santé et bénéficier ainsi de la réduction des frais au moyennant une cotisation mensuelle.

Précisons que l'intéressée peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011).

Il revient alors à la requérante d'adhérer à ces structures de soins afin de bénéficier des avantages offerts si elle les juge nécessaires ou importants. Et rien n'indique que l'intéressée serait exclue de ces dernières.

Ajoutons que l'intéressée pourra aussi se faire soigner à l'hôpital de Kisantu (ville située à 114 km de Kinshasa) car les réformes de santé menées dans le district de Kisantu grâce à l'assistance de l'Agence belge de développement (CTB) ont abouti à une plus grande transparence dans le système des paiements, à une amélioration de la disponibilité des médicaments, à une meilleure prévisibilité des coûts pour le patient, et à une amélioration de l'accès financier aux services de santé. On enregistre une utilisation plus rationnelle des ressources, avec un meilleur filtrage au premier échelon des services de santé et un recours plus efficace aux services offerts par l'hôpital.

Il ressort également des déclarations déposées par [la requérante] lors de sa demande de visa que son père travaille à la Banque Centrale du Congo (BCC) : elle a ainsi fourni une attestation de la Belgoise stipulant que ses parents sont titulaires d'un compte et ont les moyens suffisants pour subvenir aux frais d'études de leur fille ; un contrat d'engagement de travail de sa maman comme responsable du département gestion Centrale de la BCC, des fiches de paies; une réservation de billet avion. Rien n'indique qu'elle n'a pas de famille proche au pays d'origine. Ce qui démontre de facto l'existence de moyens financiers.

A titre subsidiaire, notons que la mère de l'intéressée, madame, [M.N.C.] a démontré qu'elle possède un bon train de vie au pays d'origine. Dès lors, rien ne démontre que la requérante ne pourra obtenir une aide financière ou autre auprès de ses parents en cas de nécessité. 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).

A titre infiniment subsidiaire, précisons que l'intéressée peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011).

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).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, est-il permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

3.3.2 Le Conseil observe que dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3, la requérante avait notamment indiqué qu'elle « est surtout issue d'une fratrie de 5 enfants qui souffrent tous de la même maladie génétique du sang à savoir la drépanocytose homozygote[.] Les deux frères de ma cliente, Messieurs [T.M.] et [T.K.] ont tous deux succombés [sic] à la maladie au Congo en 2008 par manque d'infrastructures, de soins et de médicaments adéquats[.] Le premier était alors âgé de 15 ans tandis que le deuxième avait 18 ans [...][.] La sœur cadette de ma cliente, Mademoiselle [M.E.T.K.], est arrivée en Belgique en 2008 à la suite du décès de ses deux frères (dont l'un était d'ailleurs son frère jumeau)[.] Elle a obtenu un visa court séjour pour raison médicale[.] Elle était à l'époque extrêmement choquée de ce qui venait à peine d'arriver mais c'est surtout son état de santé qui a dicté [sic] ce séjour en Belgique[.] En effet la drépanocytose homozygote ainsi que ses complications usuelles nécessitait qu'elle fasse l'objet d'un suivi rapproché par un service d'hématologie, ce que la [RDC] n'était pas en mesure de lui assurer, comme le décès de ses deux frères l'avait tragiquement démontré[.] Le médecin belge a confirmé la nécessité pour elle de rester en Belgique et d'être suivie de manière rapprochée[.] [...] Vous trouverez en pièce n°3 le certificat médical type dûment complété par le médecin de la famille, spécialiste en hématologie[.] Celui-ci qualifie la maladie dont souffre ma cliente et ses frères et sœurs de sévère. Il précise notamment qu'elle souffre de crises vaso-occlusives 1 a [sic] 3 fois par an avec atteinte multi viscérales[.] Un rapide tour sur Internet nous suffit pour comprendre la gravité de ces crises et surtout la prise en charge qui doit être rapidement mise en place [:] « La prise en charge aux urgences - ou en service de soins - doit être très rapide (tri 2 aux urgences < 20 minutes de prise en charge médicale), efficace pour calmer la douleur et éviter les nombreuses complications très délétères pour le patient »[.] On peut également lire dans cet article que les complications de ces crises sont nombreuses, courantes et bien souvent mortelles[.] C'est sans nul doute l'une des raisons pour laquelle le Professeur [H.] précise bien dans le certificat médical que [la requérante] doit être proche d'un centre d'hématologie de manière générale[.] ». Elle a ensuite fait état de la situation des soins de santé en RDC et du manque d'accessibilité à ces derniers, particulièrement en ce qui concerne la drépanocytose homozygote qui est une maladie génétique qui touche beaucoup de congolais, et a produit différents rapports et articles de presse à cet égard, dont il ressort notamment des lacunes dans la prise en charge de cette maladie, le fait que les professionnels de la santé suffisamment formés sont rares, que les établissements de soins de santé spécialisés sont insuffisants, que les services de transfusion sûrs sont rares, que la majorité des patients n'a pas accès aux interventions disponibles, le fait que gouvernement congolais n'investit que très peu de moyens dans les programmes de lutte contre la maladie, la recherche, les infrastructures et les traitements, et le sous-équipement du centre de l'Etat en charge des drépanocytaires.

Elle y a également précisé que « [la requérante], en cas de retour en [RDC] ne serait donc pas en mesure d'avoir accès à un centre d'hématologie à chaque fois que son état de santé le requiert[.] Et pourtant, comme cela a été précisé plus haut, en cas de crise vaso occlusive la réaction doit être extrêmement rapide et efficace et les complications doivent être monitorées de très près, au risque d'en mourir[.] Et l'on sait, d'expérience dans ce dossier malheureusement, qu'elle ne l'est pas en [RDC][.] Je veux bien entendu parler des deux frères de la requérante qui ont succombés [sic] à cette maladie et à ses complications en [RDC][.] Il est précisé dans l'attestation médicale établie suite au décès de Monsieur [T.K.] que « Par manque d'infrastructure et d'équipements appropriés au pays rendant ainsi sa prise en charge aléatoire, une évacuation sanitaire pour l'étranger avait été recommandée[.] En

attendant cette évacuation, et suite à l'aggravation de son état, il a été transféré pour dialyse au Centre médical « NGALIEMA CENTER » d'où il est décédé le jour même de son transfert, le 11 janvier 2008 » [...] Le ton est le même pour ce qui concerne le décès de Monsieur [T.M.], « Il a été traumatisé, comme le reste de la famille, suite au décès d'un de ses frères[...] Il s'en est suivi une crise vaso-occlusive ostéo articulaire multi faciale (sévère) avec fièvre[...] L'évolution sera marquée par la survenue en Avril 2008, d'une détresse respiratoire aigue [sic] qui s'est compliquée en insuffisance respiratoire aigue [sic] ayant entraîné son décès le 22 avril 2008 à la clinique NGALIEMA, où il était transféré le même jour, par manque d'infrastructure et d'équipements appropriés dans notre centre médical » [...] Ce n'est sans aucun doute que parce que Mademoiselle [M.E.T.K.] et ma cliente ont été envoyées en Belgique et ont pu y bénéficier du suivi et du traitement médical adéquat qu'elles sont encore en vie[...] Rien ne peut être laissé au hasard pour les porteurs de cette maladie génétique et la [RDC] n'est toujours pas en mesure d'assurer que le traitement et le suivi médical que l'état de ma cliente nécessite soient disponibles et accessibles à tout moment ».

En outre, la requérante a notamment précisé, dans son complément du 5 mai 2017, qu'elle « est donc sujette à des crises vaso-occlusives extrêmement douloureuses qui nécessitent notamment une intervention urgente par des spécialistes. S'agissant d'une maladie génétique, les frères et sœurs de [la requérante] n'ont pas été épargnés par la maladie. En effet, ces deux frères Messieurs [T.M.] et [T.K.] ont tous deux succombés [sic] à la maladie au Congo en 2008 par manque d'infrastructures, de soins et de médicaments adéquats. Le premier était alors âgé de 15 ans tandis que le deuxième avait 18 ans. Des pièces avaient été fournies en ce sens au dossier. Pourtant, à ma grande surprise, la décision et l'avis du médecin conseiller n'en font même pas mention. Quel meilleur et ô combien tragique exemple de l'incapacité des structures médicales congolaises à prendre en charge ce type de pathologie que le décès de deux membres de sa famille souffrant de la même maladie ? Le site internet dont je reprends les premiers termes mettent le doigt sur l'incapacité des pays pauvres à éviter la mort aux personnes souffrant de drépanocytose alors que tel n'est pas le cas dans les pays développés ... [...] Si [la requérante] retourne en [RDC] et fait l'objet d'une crise, cela sera peut-être la crise de trop, qui ne sera pas prise en charge correctement là-bas avec la conséquence qu'elle en mourra comme ses frères ».

Dans le complément du 30 juin 2017, la requérante a une nouvelle fois insisté sur le fait que « les personnes souffrant de drépanocytose n'ont pas accès à une prise en charge correspondant à leur pathologie », et a produit à cet égard un article de presse datant du 22 janvier 2016 intitulé « Les drépanocytaires souffrent de la prise en charge de qualité à Kinshasa ». Cet article mentionne notamment que « l'unique centre qui s'occupe des drépanocytaires fonctionne difficilement et sans un nombre suffisant des locaux pour la prise en charge des malades. [...] Les drépanocytaires qui ont la chance de franchir cet âge, sont confrontés à des sérieux problèmes de croissance et d'autres complications, faute d'une prise en charge de qualité. Selon le docteur [D.N.], spécialiste de cette maladie, l'anémie SS ruine beaucoup de familles car elle nécessite régulièrement des soins appropriés. ».

3.3.3 Le Conseil rappelle que dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour EDH affirme que « [l]es autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (*Karagoz c. France* (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée). » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 190).

À cet égard, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a fourni une réponse générale, sans toutefois donner des éléments de réponse aux éléments particuliers soulevés par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour et ses compléments, relatifs aux problèmes de prise en charge des personnes atteintes de drépanocytose et plus spécifiquement du manque d'infrastructures et de soins adéquats en ce qui concerne cette maladie, en lien avec son historique familial.

En effet, le Conseil observe tout d'abord qu'en ce qui concerne les différents éléments invoqués par la requérante en ce qui concerne les problèmes de prise en charge des patients atteints de drépanocytose, problèmes qu'elle avait spécifiquement mis en perspective avec la mort de ses deux frères atteints de la même maladie pour manque de moyens matériels et infrastructures adéquates, le fonctionnaire médecin se limite à faire référence au « *triste sort qu'a connu la fratrie de [la requérante]* », à la situation de la requérante qui serait identique à celle des autres victimes de la drépanocytose, à un programme multi-pays développé conjointement par l'IECD, l'AFD et de la Fondation Pierre Fabre, au soutien apporté par la Fondation Fabre au Centre hospitalier Monkole et à l'action de l'IECD. Elle en déduit que « *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 serait-il pas interprété comme une violation de l'article 3 de la CEDH* » (le Conseil souligne).

Or, si tant l'action de la Fondation Pierre Fabre en 2011-2012 auprès du Centre hospitalier Monkole que le programme multi-pays débuté en 2014 et l'engagement de l'IECD auprès de la PAVOVED qui a débuté en 2006, font état d'améliorations dans la prise en charge des malades, d'une meilleure insertion dans la société, d'une sensibilisation et information de la société au sujet de la drépanocytose et d'une augmentation des dépistage des enfants, le caractère général de ces informations ne permet pas d'établir l'accessibilité à la requérante aux différents moyens matériels et infrastructures nécessaires au suivi de sa pathologie ni de répondre à l'argumentation développée par la partie requérante sur ce point.

En effet, cette dernière avait, dans sa demande d'autorisation de séjour et ses compléments, individualisé sa situation, notamment par son historique familial, et avait déposé plusieurs articles pour étayer son propos, dont le dernier, datant du 22 janvier 2016 et intitulé « Les drépanocytaires souffrent de la prise en charge de qualité à Kinshasa », n'a même pas été mentionné par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse.

De plus, le Conseil constate que la page intitulée « Soutien de l'unité de prise en charge de la drépanocytose du centre hospitalier Monkole », [RDC: Un programme de lutte contre la drépanocytose à l'hôpital Monkole \(fondationpierrefabre.org\)](http://RDC: Un programme de lutte contre la drépanocytose à l'hôpital Monkole (fondationpierrefabre.org)), mentionnée par le fonctionnaire médecin, met aussi en avant « 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 ».

Par ailleurs, le Conseil reste sans comprendre l'argumentation du fonctionnaire médecin qui apparaît contradictoire dès lors qu'il affirme, d'une part, que « *la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo RD* » et, d'autre part, que « *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)* ».

Dès lors, la réponse du fonctionnaire médecin n'est pas une réponse individualisée à la situation de la requérante.

Ensuite, s'agissant du développement du système de mutuelles de santé en RDC, et des informations relatives à la capacité financière des membres de la famille de la requérante, lesquelles ne sont pas contestées en termes de requête, le Conseil ne peut que constater qu'elles ne concernent pas la question de l'accessibilité concrète aux infrastructures et équipements médicaux pour les personnes atteintes de drépanocytose, mais leur accessibilité financière.

Il en va de même quant à l'hôpital de Kisantu, les informations mentionnées par le fonctionnaire médecin visant en substance l'amélioration de l'accès financier aux services de santé mais non pas les moyens matériels ou infrastructures.

En conséquence, le Conseil estime que ces informations ne peuvent suffire à établir l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante au regard de sa situation individuelle et des éléments particuliers invoqués au dossier administratif.

Le seul fait qu' « *A titre infiniment subsidiaire, précisons que l'intéressée peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011)* » ne suffit pas à établir cette accessibilité.

En outre, si, à l'instar du fonctionnaire médecin, le Conseil rappelle qu'il suffit qu'un traitement approprié soit possible au pays d'origine et que la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique, 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.

Partant, force est de constater qu'il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie la partie défenderesse, que les soins médicaux que nécessite l'état de santé de la requérante sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée à cet égard, au vu de la situation individuelle de celle-ci.

Par conséquent, la partie défenderesse n'a pas suffisamment et valablement motivé sa décision.

3.3.4 L'argumentation de la partie défenderesse selon laquelle « [c]ontrairement à ce que prétend la requérante, la partie adverse et le médecin fonctionnaire ont examiné de manière suffisante et raisonnable les différents documents médicaux produits par elle, ainsi que les arguments et informations qu'elle a fournis à l'appui de sa demande 9^{ter} et de ses compléments. [...] La requérante ne conteste pas valablement les renseignements relatifs à la disponibilité et à l'accessibilité de ses soins, se limitant à prendre le contre-pied de l'avis du médecin fonctionnaire et de la décision de la partie adverse. [...] La partie adverse se fonde sur des informations MeCOI [sic] suffisamment récentes puisqu'elles sont datées du 30 juillet 2019 portant le numéro de référence unique BMA-12671, du 08 janvier 2019 portant le numéro de référence unique BMA-11973 et du 1^{er} février [...] 2018 portant le numéro de référence unique BMA-10726, soit plus récentes que celles fournies par la partie requérante. La requérante ne peut donc prétendre que les traitements médicamenteux prescrits en Belgique ou leurs équivalents ne seraient pas disponibles en RDC ou que les infrastructures hospitalières et pharmaceutiques capables de lui assurer un suivi adéquat seraient inexistantes en RDC. [...] Concernant la disponibilité d'un suivi spécialisé adéquat de la pathologie de la requérante, contrairement à ce que prétend cette dernière, il a été démontré suffisamment et valablement, sur base des données MedCOI, suffisamment récentes (2019-2018), que ce dernier existe bien en RDC[.] Ainsi, la requête BMA 12 671 du 30 juillet 2019, confirme que, pour un malade souffrant des mêmes problèmes de santé, le Centre Hospitalier Monkole, service Public à Kinshasa dispose d'un service hématologique (blood transfusion Available, Diagnostic Imaging by Transcranial Doppler, diagnostic imaging by means of MRI) que la Cliniques [sic] Universitaire de Kinshasa (service Public) assure également tous le suivis adéquats. Cette même requête mentionne également le Centre médical de Kinshasa (privé). Il n'est pas inutile de relever dès à présent que la partie adverse se fonde également (voir accessibilité) sur l'information publiée sur le site internet <https://www.iecd.org> « RDC-Amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de drépanocytose », qui signale que selon les résultats de 2018, concernant Kinshasa, Lubumbashi, Kisantu, mbuti-Mayi et Kisangani, 165 professionnels de santé ont été formés et que 2 300 personnes ont été prises en charge. [...] Comme déjà précisé *supra*, ces informations concernent une situation postérieure au décès des frères de la requérante en RDC en 2008 et à la régularisation de sa sœur dès lors que le projet décrit ci-avant a débuté en 2014 et qu'il confirme une prise en charge des patients drépanocytaires, non limitée au dépistage et aux enfants uniquement mais à tous ceux qui souffrent de cette pathologie. [...] Le médecin fonctionnaire a, ensuite, pu valablement constater que les soins nécessaires sont accessibles au pays d'origine en indiquant outre ce qui a été précisé ci-avant que : [...] il ressort de l'avis du médecin fonctionnaire que celui-ci a non seulement examiné le régime général existant au pays d'origine et l'accessibilité des prises en charge nécessaires, mais également la situation individuelle de la requérante. Le médecin fonctionnaire fait part de l'existence de mutuelles de santé permettant d'obtenir des soins médicaux à prix réduit par le paiement d'une cotisation. La requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait s'affilier à une de ces mutuelles ou qu'elle n'était pas déjà été affiliée quand elle était encore en RDC puisqu'elle souffrait déjà de cette pathologie avant son arrivée en Belgique. Aucun élément n'a été apporté à l'appui de la demande 9^{ter} qui démontrerait que cette dernière ne pourrait pas prendre en charge les cotisations de mutuelle, notamment avec l'aide de ses parents dont la situation financière en RDC est correcte. Il a été établi via les différents documents produits à l'appui de son dossier de demande de visa pour études en Belgique que ses parents travaillent et bénéficient de moyens financiers qui permettraient une prise en charge financière des frais relatifs aux traitements et suivi de la pathologie de leur fille. La requérante d'ailleurs ne s'étend pas, ni

n'infirmes dans le présent recours le constat relatif à la situation financière réelle de ses parents telle que décrite dans l'avis du médecin fonctionnaire. [...] La requérante se contente de prendre le contre-pied de l'avis du médecin fonctionnaire et de critiquer chacun des éléments mis en avant par celui-ci pour soutenir qu'elle n'aurait pas accès aux soins alors que rien ne démontre qu'elle ne pourrait pas avoir accès à ces soins spécifiques. En l'espèce, la partie adverse précise le fonctionnement des différents systèmes existants en RDC et la requérante reste en défaut de démontrer valablement qu'elle ne pourrait y avoir accès. Ainsi, rien ne permet d'affirmer qu'elle ne pourrait payer les cotisations réclamées par les différentes mutuelles organisées dans son pays d'origine ou bénéficier de la prise en charge de sa drépanocytose par les différentes organisations et infrastructures décrites dans l'avis », n'est pas de nature à énerver ce constat, au vu des constatations exposées *supra*.

Par ailleurs, en ce qu'elle indique qu'« il n'est pas inutile de relever que les documents médicaux en question datent de janvier et juin 2008 et concernent le transfert des deux frères au Centre de dialyse Ngaliema center. Or, il est démontré *infra*, que le médecin fonctionnaire a procédé à un examen de la disponibilité des soins et suivis nécessaires à l'état de santé de la requérante actuellement en République Démocratique du Congo de sorte qu'il est inexact de prétendre que la partie adverse s'est contentée d'énumérer sous l'historique clinique les documents médicaux concernant le décès de ses deux frères et faisant état des défaillances des infrastructures hospitalières à cette époque », le Conseil estime que si il n'est en effet pas contesté que le décès des frères de la requérante a lieu en 2008, soit antérieurement aux informations figurant au dossier administratif et plus de dix ans avant l'introduction de la demande d'autorisation de séjour de la requérante, il n'en demeure pas moins que la requérante avait produit les documents médicaux concernant le décès de ses deux frères et faisant état des défaillances des infrastructures hospitalières à cette époque, afin d'appuyer son argumentation à cet égard, argumentation à laquelle il n'a pas été suffisamment répondu au vu de ce qui précède.

3.4 Il résulte de ce qui précède que le moyen unique, ainsi circonscrit, est à cet égard, fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen unique qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

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 défenderesse.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 14 octobre 2019, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Article 3

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

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

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

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT