



Arrêt

n° 284 838 du 16 février 2023
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NAHON
Rue de Joie 56
4000 LIÈGE

contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 29 janvier 2022, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 9 novembre 2021.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 novembre 2022 convoquant les parties à l'audience du 12 décembre 2022.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me C. NAHON, avocat, qui comparaît pour les parties requérantes, et Me M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Les parties requérantes ont déclaré être arrivé en Belgique le 1^{er} janvier 2020.

1.2. Le 21 janvier 2020, ils ont introduit une demande de protection internationale. Les autorités belges ont sollicité des autorités allemandes la prise en charge des parties requérantes sur la base de l'article 12.2 du Règlement (UE) 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride, (ci-après dénommé le « Règlement Dublin III »). Le 9 avril 2020, les autorités allemandes ont répondu favorablement à la demande de prise en charge des autorités belges.

1.3. Le 7 mai 2020, la partie défenderesse a pris à l'encontre des parties requérantes une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire (annexe 26^{quater}).

1.4. Le 11 juin 2020, la partie défenderesse a pris une décision de prorogation du délai de transfert Dublin. Le recours formé à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de ceans dans son arrêt n°247 187 du 12 janvier 2021.

1.5. Le 22 décembre 2020, les parties requérantes ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur 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 : loi du 15 décembre 1980).

1.6. Le recours formé à l'encontre de la décision visée au point 1.3. a été rejeté par le Conseil dans son arrêt n° 256 140 du 10 juin 2021, le Conseil ayant constaté une perte d'intérêt au recours dès lors que la demande de protection internationale avait été transférée au Commissariat général aux Réfugiés et apatrides pour examen.

1.7. Le 24 août 2021, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris des décisions de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire.

1.8. Le 9 novembre 2021, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.5. du présent arrêt non fondée.

Cette décision, qui a été notifiée le 30 décembre 2021, 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 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Madame [B.M.E.], de nationalité Congo (Rép. dém.), invoque le problème de santé, de sa fille [B.M.Y.] , à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine des requérants.

Dans son avis médical remis le 09.11.2021, (en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le Certificat et des rapports médicaux fournis ne permettent 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, car les soins médicaux requis existent au pays d'origine (Congo RDC).

Il (le médecin de l'OE) conclut, du point de vue médical, que la pathologie, dont souffre l'intéressée n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible en République démocratique du Congo.

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

Dès lors,

1) *le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*

2) *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.*

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...). »

2. Reprise d'instance.

Le Conseil observe que le présent recours a été introduit par la première requérante, agissant au nom de ses enfants mineurs, en tant que représentante légale de ceux-ci.

Il ressort du dossier administratif que la troisième requérante est devenue majeure le 23 octobre 2022. L'acquisition de la majorité implique notamment qu'elle dispose de la capacité juridique de représenter seule ses intérêts dans la défense de sa cause. Elle donc réputée reprendre l'instance ordinaire en son nom personnel à cette date.

3. Question préalable.

3.1. Le Conseil observe qu'il n'est pas contesté que les enfants mineurs de la première requérante, au nom duquel elle agit en qualité de représentante légale, n'ont pas, compte tenu de leur jeune âge, le discernement ni la capacité d'agir requis pour former seul un recours en annulation devant le Conseil de céans.

D'autre part, le Conseil rappelle que l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2, du Code de droit international privé dispose comme suit : « [...] *l'exercice de l'autorité parentale ou de la tutelle est régi par le droit de l'Etat sur le territoire duquel l'enfant a sa résidence habituelle au moment où cet exercice est invoqué.* [...] ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil constate qu'il convient, en l'occurrence, de faire application du droit belge, les enfants mineurs de la première requérante ayant leur résidence habituelle sur le territoire du Royaume au moment de l'introduction du recours.

À cet égard, le Conseil observe que le droit belge prévoit que l'autorité parentale est régie par les articles 371 et suivants du Code civil. Il ressort plus particulièrement des articles 373 et 374 dudit Code que les parents exercent une autorité parentale conjointe sur les enfants qu'ils vivent ensemble ou non.

S'agissant de la représentation du mineur, le législateur a instauré une présomption réfragable vis-à-vis des tiers de bonne foi, ce qui permet à chaque parent d'agir seul, l'accord de l'autre parent étant présumé. Cette présomption ne concerne toutefois que les actes relatifs à l'autorité sur la personne (art. 373, alinéa 2, du Code civil) et la gestion des biens (article 376, alinéa 2, du même Code), et ne concerne pas le pouvoir de représentation dans le cadre d'un acte procédural (en ce sens : C.E. 18 septembre 2006, n° 162.503; C.E. 4 décembre 2006, n° 165.512; C.E. 9 mars 2009, n° 191.171).

Il s'en déduit que, dans le cadre d'un recours contre un acte administratif, les parents doivent agir conjointement en qualité de représentants légaux de leur enfant, sauf si l'un d'eux démontre exercer l'autorité parentale de manière exclusive.

3.2. Interrogée à l'audience à ce sujet, les parties requérantes affirment que la première requérante a perdu tout contact avec le père de ses enfants depuis leur départ du pays et qu'elle a par conséquent été contrainte de représenter seule ses enfants mineurs.

Le Conseil observe toutefois que ces seules circonstances ne suffisent pas, en tant que telles, à justifier que la première requérante agisse seule au nom de ses enfants mineurs. Il estime donc que l'application du droit belge conduit à déclarer le recours irrecevable, en ce qu'il est introduit par la première requérante en sa qualité de représentante légale de ses enfants mineurs.

4. Exposé du moyen d'annulation.

4.1. Les parties requérantes (ci-après : la partie requérante) invoque un moyen unique pris de la violation « *des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, rétablissement et l'éloignement des étrangers, de l'article 3 de la C.E.D.H., de articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et du principe de bonne administration et de l'erreur manifeste d'appréciation* ».

4.2. La partie requérante se livre à des considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à l'obligation de motivation formelle des actes administratifs et reproche à la partie défenderesse, dans un premier grief intitulé « l'accessibilité des soins », de ne pas avoir motivé sa décision « quant à l'accessibilité des soins médicaux dans le chef de la requérante au Congo et les éléments concrets invoqués par la requérante à cet égard dans sa demande ». Elle se livre à des considérations théoriques relatives à la notion d'accessibilité et cite les travaux préparatoires de l'article 9^{ter} de la loi du

15 décembre 1980. Elle reproduit un extrait de sa demande d'autorisation de séjour et soutient que la partie défenderesse « ne motive aucunement sa décision du 08.11.2021 à l'égard de l'accessibilité des soins ». Elle affirme que le fonctionnaire médecin s'est contenté d'indiquer que « la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant ». Elle allègue qu'« il n'est pas tenu compte de la situation individuelle et réelle de la requérante tel qu'exposée dans sa demande et aux difficultés d'accès pour les personnes de revenus moyens [...] ». Elle estime que la décision attaquée « est stéréotypée et ne s'applique pas au cas d'espèce de la requérante ». Elle conclut à la violation des dispositions invoquées au moyen.

4.3. Dans un deuxième grief intitulé « disponibilité du traitement de la drépanocytose », elle affirme qu'« il n'est pas contesté que le traitement de [la troisième requérante] nécessite l'administration quotidienne de l'Hydrea, afin de contrôler les crises de drépanocytose ». Elle fait valoir que le fonctionnaire médecin « se contente cependant [d'évaluer] la disponibilité prétendue de la molécule d'hydroxycarbanide qui serait présente dans l'Hydrea ». Elle allègue qu'« aucun élément dans la décision ne permet de s'assurer que cette molécule suffit et couvre les mêmes caractéristiques que le médicament de la marque Hydrea ». Elle ajoute que « dans le certificat médical type déposé, le médecin [certificateur] mentionne expressément l'Hydrea et non une molécule d'hydroxycarbanide ». Elle affirme dès lors ne pas être en mesure « de comprendre les raisons pour lesquelles le médecin en vient à la conclusion que la présence de cette molécule suffit à déclarer son traitement disponible au Congo et les raisons pour lesquelles l'autorité administrative a donc pris cette décision ». Elle conclut à la violation des dispositions invoquées au moyen.

4.4. Dans un troisième grief intitulé « accès régulier à un centre de transfusion », elle soutient « qu'il est très important que [la troisième requérante] ait un accès à un centre de transfusion ». Elle affirme que cette dernière n'a eu accès qu'à trois transfusions lors de son séjour de quatre ans au Congo. Elle soutient qu'il a été prescrit à la troisième requérante « un programme de transfusions mensuelles afin de limiter les crises vaso-occlusives » et fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir motivé sa décision « quant à l'accès [...] à un centre de transfusion régulier au Congo et à la disponibilité de ce type d'opérations, outre l'existence des centres de drépanocytoses dont on ignore s'ils sont dotés d'appareillages de transfusion ». Elle conclut que la décision attaquée « viole donc les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et le principe de bonne administration, ainsi que les articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 » et que « renvoyer la requérante dans son pays constituerait un traitement inhumain et dégradant, en violation de l'article 3 de la CEDH ».

5. Discussion.

5.1.1. 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 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980

sur l'accès au territoire [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 9^{ter} précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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 établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n°147.344).

5.1.2. Le Conseil observe que la décision querellée est notamment fondée sur un rapport établi par le médecin conseil de la partie défenderesse en date du 9 novembre 2021, dont il ressort, d'une part, que la troisième requérante souffre de drépanocytose majeure nécessitant un suivi médical ainsi qu'un traitement médicamenteux, et, d'autre part, que le traitement et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin y cite les sources sur lesquelles son avis est fondé.

5.2.1. Sur le premier grief relatif à l'accessibilité des soins au pays d'origine, le Conseil observe que contrairement à ce que la partie requérante allègue en termes de requête, le fonctionnaire médecin ne s'est pas contenté d'affirmer que « la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant » mais a également indiqué que « *Pour démontrer l'inaccessibilité des soins de santé au pays d'origine, le Congo, RDC, le Conseil de l'intéressée invoque quelques sources, notamment, L'Etude du Dr Tshilolo Léon : la maladie « la drépanocytose » ne retient pas encore l'attention qu'elle mérite de la communauté internationale, le rapport de l'OMS pointait, en 2009, le Bureau International du travail, et l'Agence Belge de Développement (CTB). Selon ces sources, les soins ne sont pas d'assurance maladie publique et gratuite, par contre, il existe des assurances privées hors de prix, donc inaccessibles à la majorité de la population. Les populations les plus précaires n'ont pas accès au système de santé, pas de stock suffisant de médication pour prendre en charge toutes les personnes souffrant de la maladie dont souffre l'intéressée. La situation dans le secteur de santé est bien dégradée. Notons qu'il s'agit d'une situation générale qui ne vise pas personnellement l'intéressée. Remarquons qu'il appartient à la requérante de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale. Or, en l'espèce, la requérante n'apporte aucun élément de nature à démontrer qu'elle serait personnellement concernée par cette difficulté. La requérante ne démontre donc 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. Signalons également que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int). De plus, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013).*

Concernant le problème d'approvisionnement de traitement et de rupture de stock, au pays d'origine, notons que l'intéressée a le temps, en Belgique, de préparer son retour et donc d'avoir à disposition suffisamment de son traitement actuel pour tenir quelques semaines, avant de recevoir au pays d'origine ses médicaments commandés quelques semaines avant la fin de ses réserves réalisées en Belgique. L'intéressée a vécu plus longtemps au pays d'origine avant de venir sur le territoire belge. Rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé de relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin. Notons en plus que l'intéressée affirme (Cfr Sa demande d'asile du Asile 14.02.2020) avoir de la famille au pays d'origine (Sa maman et 4 frères) qui peut lui venir en aide en cas de besoin. Remarquons aussi que la maman de l'enfant malade reconnaît (Cfr sa demande d'asile du 14.02.2020) avoir eu une activité professionnelle au pays d'origine (Commerçante), elle peut donc rentrer au pays d'origine, reprendre ses activités professionnelles et ainsi les soins médicaux dont elle a besoin. Par ailleurs, un article d'IPS nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisations sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles sont de l'ordre de 4,5 dollars. A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa 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. La requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait bénéficier des avantages de l'une ou l'autre mutuelle de santé en RDC. 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, OMS, Enabel 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. Enfin, la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical, notamment, la mauvaise distribution de formations sanitaires sur le territoire congolais, le sous-équipement, l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines et leur mauvaise gestion, l'insuffisance des ressources financières associée à des modes de financement inadéquat et de gestion peu rationnel des fonds recouvrés. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures : l'article 9ter, procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduite par la requérante. » avant de conclure que « sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, [...] les soins sont accessibles au pays d'origine ou de reprise ».

5.2.2. Cette motivation n'est pas valablement remise en cause par la partie requérante qui se borne à affirmer qu'« il n'est pas tenu compte de la situation individuelle et réelle de la requérante tel qu'exposée dans sa demande [...] ». Le Conseil constate à cet égard qu'à défaut de précision quant à la nature et l'identité des éléments relatifs à « la situation individuelle et réelle de la requérante » qui n'auraient pas été pris en considération par la partie défenderesse, le Conseil ne peut conclure à la violation d'une disposition ou d'un principe visé en termes de requête. En tout état de cause, il ressort de l'ensemble des considérations émises ci-dessous que la partie défenderesse a veillé à répondre à l'ensemble des éléments invoqués par la partie requérante dans sa demande d'autorisation de séjour.

5.2.3. S'agissant plus spécifiquement « des difficultés d'accès pour les personnes de revenus moyens », le Conseil observe que cet élément a été pris en considération par la partie défenderesse qui a notamment indiqué que « la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa 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. La requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait bénéficier des avantages de l'une ou l'autre mutuelle de santé en RDC. 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, OMS, Enabel 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. ». Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante de sorte qu'elle doit être tenue pour suffisante.

5.3. Sur le deuxième grief, s'agissant de l'argumentaire aux termes duquel la partie requérante allègue que le fonctionnaire médecin « se contente [d'évaluer] la disponibilité prétendue de la molécule d'hydroxycarbamide qui serait présente dans l'Hydrea » et qu'« aucun élément dans la décision ne permet de s'assurer que cette molécule suffit et couvre les mêmes caractéristiques que le médicament de la marque Hydrea », force est de constater, à la lecture des requêtes MedCOI reproduites dans l'avis médical susmentionné, que le fonctionnaire médecin n'a pas strictement remplacé le médicament susmentionné par un autre, mais a plutôt constaté que la molécule qui compose ce médicament est disponible au pays d'origine. En effet, il ressort du rapport médical susmentionné que le fonctionnaire médecin a précisé sous la rubrique « traitement actif actuel » que l'« Hydrea » est un médicament pour le traitement de la drépanocytose dont la molécule est l'hydroxycarbamide. Il ressort de la requête portant le numéro de référence BMA [...] du 29 juillet 2020 que l'hydroxycarbamide est disponible au pays d'origine. Partant, l'argumentation de la partie requérante est inopérante.

En tout état de cause, le Conseil rappelle que le Conseil d'Etat a déjà jugé qu'« il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine » (cf. C.E., n°236.016, 6 octobre 2016). Il en est d'autant plus ainsi qu'aucun élément supplémentaire n'a été invoqué pour démontrer que, dans la situation spécifique de la troisième requérante, un médicament équivalent ne serait pas en mesure de fournir un traitement adéquat.

5.4. Sur le troisième grief, en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir motivé sa décision « quant à l'accès [...] à un centre de transfusion régulier au Congo et à la disponibilité de ce type d'opérations, outre l'existence des centres de drépanocytoses dont on ignore s'ils sont dotés d'appareillages de transfusion », force est de constater qu'il ressort de la requête portant le numéro de référence BMA [...] du 29 juillet 2020 que le suivi hématologique requis est disponible aux Cliniques universitaires de Kinshasa, établissement en mesure de procéder à des transfusions sanguines et de prendre en charge une éventuelle crise vaso-occlusive (clinical treatment in case of sickle cell crises). Partant, l'argumentation de la partie requérante est inopérante.

5.5. S'agissant de la violation de l'article 3 de la CEDH, la Cour Européenne des droits de l'Homme 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 « [I]es progrès de la médecine et les différences socioéconomiques 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 » (cf. Cour EDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, §§42-45).

L'arrêt Paposhvili c. Belgique (rendu en Grande chambre par la Cour EDH, le 13 décembre 2016) a clarifié et étendu l'enseignement de l'arrêt N. c. 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 examiné l'état de santé de la troisième requérante et a conclu que la pathologie dont souffre celle-ci ne l'expose pas à un risque de traitement inhumain ou dégradant dès lors que le traitement et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, au vu de ce qui précède. Elle reste en défaut d'établir que la troisième requérante se trouve dans un des cas exceptionnels, visés.

5.5. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse n'a nullement violé les dispositions et principes invoqués aux moyens.

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

Article unique.

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le seize février deux mille vingt-trois par :

Mme J. MAHIELS, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. D. NYEMECK

J. MAHIELS