



## Arrêt

**n° 292 239 du 24 juillet 2023**  
**dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. HARDY**  
**Rue de la Draisine, 2/004**  
**1348 Louvain-La-Neuve**

**Contre :**

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

### **LA PRESIDENTE DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 8 août 2022, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour, prise le 14 juin 2022.

Vu le titre I<sup>er</sup> bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 19 juin 2023 convoquant les parties à l'audience du 11 juillet 2023 .

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendues, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me J. HARDY, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1. La requérante est arrivée en Belgique à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

1.2. Le 6 septembre 2013, elle a introduit une demande de protection internationale. Le 26 novembre 2013, le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA) a pris une décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire.

1.3. Le 5 décembre 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire - demandeur de protection internationale - (annexe 13*quinquies*) à l'encontre de la requérante.

1.4. Le 31 janvier 2020, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Le 18 février 2020, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande irrecevable, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

1.5. Le 2 février 2021, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Le 14 juin 2022, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée. Cette décision, notifiée le 8 juillet 2022, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motif ( s ) :

*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 [K.B.], de nationalité Congo (Rép. dém.), invoque son problème de santé à l'appui de sa 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 de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 08.06.2022, (en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine, le Congo RDC.*

*Du point de vue médical, conclut le médecin de l'OE, les affections dont souffre la requérante n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que 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.*

*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. Questions préalables**

2.1. Par un courrier daté du 30 juin 2023, la partie défenderesse informe le Conseil que la partie requérante a été autorisée au séjour limité en application des articles 9<sup>bis</sup> et 13 de la loi du 15 décembre 1980, en date du 30 mars 2023.

Entendue à l'audience, la partie requérante déclare maintenir son intérêt au recours dès lors que son séjour limité, susmentionné, dépend de la preuve de son travail et du fait de ne pas dépendre des pouvoirs publics.

2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte litigieux est une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Or, il apparaît que la partie requérante a été autorisée au séjour dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9<sup>bis</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

Il s'ensuit que la partie requérante justifie à suffisance de son intérêt à la présente procédure.

### 3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, des obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), du « principe de bonne administration, en particulier les devoirs de minutie et de prudence », ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

3.2. Dans une deuxième branche, elle fait valoir que l'analyse de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et médicaments nécessaires est insuffisante et inadéquate.

Quant à la disponibilité des traitements et soins médicamenteux, elle constate que cette dernière n'est pas démontrée par la partie défenderesse qui se limite à produire des extraits de requêtes « MedCOI » qui n'établissent pas les quantités disponibles de soins et traitements nécessaires. En ce sens, elle précise que rien n'indique que les différents médicaments sont disponibles en quantité suffisante sur place, ou qu'elle « aura accès de façon aussi régulière à des consultations ophtalmologiques. Rien n'indique non plus la disponibilité d'ophtalmologues ou de services oculaires permettant à la requérante d'obtenir un traitement par laser et/ou injections intravitréennes d'avastin pour éviter le développement d'un glaucome néovasculaire pouvant conduire à la cécité et à la perte d'un œil. C'est une chose d'avoir un ophtalmologue sur place, encore faut-il qu'il puisse appliquer le traitement particulier ». En outre, elle ajoute que l'avis du médecin-conseil ne démontre pas la disponibilité de médecins généralistes en République Démocratique du Congo (ci-après : R.D.C.), alors même que le médecin-conseil évoque la médecine générale à titre de soins nécessaires. Elle constate que les trois requêtes MedCOI utilisées par le médecin-conseil « sont datées respectivement de septembre 2020, et février et novembre 2021. Les autres documents sources utilisés à l'appui de l'avis médical sont encore plus anciens et remontent parfois jusqu'à 2013 (cfr les notes infrapaginales de la décision querellée). Cela ne permet pas de s'assurer que les informations sont toujours actuelles. L'interrogation est d'autant plus grande que la crise sanitaire liée à la Covid-19 a frappé dès le début de l'année 2020 et que cette crise a fait des ravages notamment sur les infrastructures médicales des pays du monde. Cela était d'ailleurs mis en avant à l'appui de la demande d'autorisation de séjour. La partie défenderesse n'a fourni aucune information à ce sujet, ni en termes d'avis ni de décision ».

De plus, elle observe que les consultations ophtalmiques sont uniquement dispensées dans la clinique privée « VI ZION MD » à Kinshasa, et ajoute que les chiffres ne sont plus actuels et ne concernent que les consultations non payantes pour de nouveaux cas, ce qui ne signifie pas que le suivi régulier sera gratuit. A cet égard, elle souligne que la partie défenderesse n'aborde pas l'existence d'un système de remboursement de soins de santé lorsqu'ils sont dispensés dans des établissements privés, ce qui impliquerait qu'elle ait des ressources financières propres suffisantes pour pouvoir couvrir les coûts médicaux, ce qui n'est pas le cas.

Quant à la possibilité de s'installer à un endroit où la qualité des soins est acceptable, elle estime que ces considérations « générales, stéréotypées et subjectives, visent à minimiser l'indisponibilité et l'inaccessibilité des traitements et soins nécessaires à la partie requérante sur place en RDC, ce qui ne se peut ». Premièrement, elle soutient qu'il est déraisonnable d'affirmer qu'elle pourrait se déplacer et se rendre régulièrement dans d'autres villes pour y obtenir des soins de santé adéquats dès lors qu'elle a voyagé il y a de longues années, qu'elle a vieilli et qu'elle a développé diverses pathologies. Deuxièmement, elle relève qu'elle devra « se rendre dans plusieurs villes différentes pour espérer recevoir les traitement et suivi pluridisciplinaires dont elle a besoin. Alors qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante affirmait à cet égard que « Exiger que la requérante se rende dans une autre région de la RDC, telle Lubumbashi (située à plus de 2200 km de Kinshasa) ou Kolwezi (située à environ 1900 km de Kinshasa), est totalement déraisonnable au vu de l'exigence de régularité des soins nécessaires » (p. 10 de la demande de séjour), l'avis médical ne prend pas en compte cet obstacle dans le cadre de sa motivation et minimise les difficultés d'accès aux soins requis ».

Quant à la crise d'Ebola, elle souligne que la partie défenderesse mentionne uniquement que Kinshasa n'est plus touchée, mais ne dit rien sur la situation à Lubumbashi ou Kolwezi, où pourtant les soins sont présents selon elle pour la requérante.

Sur l'accessibilité effective aux soins et traitements, quant au fait que son argumentation dénonce une situation générale, elle estime que le médecin-conseil se contredit puisqu'il base une partie de son propre avis médical sur des informations générales. Elle se réfère en ce sens à la jurisprudence du Conseil, dont

elle cite des extraits. De plus, elle fait valoir que les informations fournies à l'appui de sa demande de séjour ne sont pas moins pertinentes que les informations générales sur lesquelles s'appuie le médecin-conseil « pour affirmer que les soins dont la requérante a besoin sont disponibles au pays et pour affirmer que la partie requérante aura accès aux soins requis en cas de retour, en tenant compte du fait que la requérante est de nationalité congolaise, qu'elle souffre de pathologies graves au sens de l'article 9<sup>ter</sup> précité, et qu'elle a besoin de suivis et de traitements médicamenteux spécifiques qui nécessitent une disponibilité et une accessibilité de soins de santé particuliers et de spécialistes ». Elle ajoute avoir notamment démontré que les ophtalmologues se font très rares en R.D.C., et soutient qu'elle n'a pas manqué de relier son cas individuel à la situation générale, contrairement à ce que prétend la partie défenderesse.

Quant à l'accessibilité des soins, elle se réfère à l'avis médical concernant le « Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé », et constate que le médecin-conseil ne dit nullement si le programme fonctionne encore actuellement. Elle ajoute qu'il ne donne aucune garantie quant au fonctionnement des mutuelles de santé mises en place en R.D.C., qu'il ne décrit pas les conditions d'adhésion de ces mutuelles, qu'il ne dit pas ce qu'elles couvrent en termes de soins de santé et si les soins nécessaires à la requérante en particulier sont couverts par elles. S'agissant de la MUSQUAP, elle estime que le médecin-conseil n'offre aucune garantie quant à savoir si les traitements dont la requérante a besoin seraient couverts par cette mutuelle. Elle affirme qu'aucun site internet officiel n'est disponible pour confronter les informations du médecin-conseil, et ajoute que « Les recherches sur internet aboutissent au même texte de présentation de la mutualité que celui sur lequel s'appuie le médecin-conseil (article de 7<sup>sur</sup>7) et reste vague, voire ne dit mot, sur les conditions d'entrée, le montant des cotisations et la couverture concrète des soins. D'autre part, la prise en charge de cette mutuelle ne couvre manifestement pas les soins dont la requérante a absolument besoin ». De plus, elle souligne que le médecin-conseil ne donne pas de renseignement quant au montant de la cotisation mensuelle, alors même qu'elle a précisé en termes de demande qu'elle n'était plus en âge d'exercer une activité économique et donc d'affronter les coûts engendrés par ses traitements. Quant à la loi du 9 février 2017 qui « détermine les principes fondamentaux relatifs à la mutualité », elle affirme que cela ne constitue pas une garantie puisqu'il n'est pas dit si cette loi s'est vue implémentée et si elle concerne son cas précis.

Quant à l'aide extérieure consacrée à la santé dans son pays d'origine, elle se réfère à la jurisprudence du Conseil relatif au « motif principal que les références faites par la partie défenderesse aux différentes mutualités, les projets politiques et les aides d'ONG internationales étaient largement insuffisantes pour attester d'une accessibilité effective », ainsi qu'au « motif principal que les soins que couvriraient les mutualités ne sont pas suffisamment étayés ». Elle en déduit que dans la décision attaquée, la partie défenderesse n'a nullement eu égard au traitement conséquent, pointu et rigoureux nécessaire à la partie requérante, et se borne à des généralités.

Quant à la possibilité de disposer de moyens financiers en R.D.C., ainsi que de l'aide de son entourage et de sa famille, elle soutient qu'elle ne pourra pas disposer de moyens financiers propres en R.D.C., et ajoute que la partie défenderesse « ne peut raisonnablement supposer que d'autres personnes prendraient en charge tous les coûts liés à ses soins de santé, rien ne les oblige à le faire. Ce n'est pas parce que l'une ou l'autre personne a pu aider la requérante par le passé qu'elle continuera de le faire ad vitam. Ses affirmations sont purement hypothétiques. Sont également hypothétiques les affirmations que la partie défenderesse fonde sur l'ancien dossier asile (clôturé négativement) de la requérante (qui a près de 10 ans !) ». En outre, elle se réfère à sa demande quant à l'impossibilité de bénéficier des avantages de l'une ou de l'autre mutuelle de santé, et estime que la partie défenderesse ne répond pas à ces constats et ne démontre pas qu'elle serait dans les conditions pour accéder à une mutuelle.

#### **4. Discussion**

4.1.1. Sur le moyen unique ainsi circonscrit, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. 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 ».*

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9<sup>ter</sup> précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9<sup>ter</sup> précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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

4.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 8 juin 2022, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'« hypertension artérielle ; insuffisance cardiaque ; Thrombose de branche veineuse supérieure compliquée de néo vaisseaux ; Hypercholestérolémie » pour lesquelles les traitements et suivis requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

4.1.3. S'agissant de l'accessibilité des soins médicaux requis par la partie requérante, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur les conclusions du médecin de l'Office des Etrangers, mentionnées dans l'avis daté du 5 décembre 2018 joint à la décision attaquée, qui portent notamment que : « L'intéressée fournit, avec sa demande, différentes sources documentaires publiques tant du gouvernement congolais que d'agences des Nations Unies, notamment, Le journal Contrepoints dans un article du 03.09.2012, le rapport de l'OMS « Stratégie de coopération avec la république démocratique du Congo 2017-2021 », OSAR (l'Organisation Suisse de l'aide aux Réfugiés), les différents rapports des ONG belges en 2018, un article de La Libre Afrique du 29 mars 2019, Le journal La Prospérité du 06.07.2019, le Département Fédéral de Justice et de Police et l' Office Fédéral des Migrations, dans le but de prouver l'inaccessibilité des soins pour la requérante en République Démocratique du Congo. Selon ces sources, le système de santé congolais est parmi les moins performants du monde, le pays connaît une faible couverture sanitaire, un déséquilibre des ressources humaines tant dans la formation que dans la répartition; une faible motivation et fidélisation du personnel, une circulation des médicaments de mauvaise qualité. Les difficultés rencontrées par le système de santé congolais concernent la fourniture de prestations de soins et de service, les défauts d'infrastructure, l'équipement insuffisant, la pénurie des spécialistes et des médicaments dans les institutions sanitaires, et le financement de la santé publique. Les conditions sanitaires au Congo donnent dès lors peu d'accès à des soins de qualité, dans les zones rurales (comme celle dont est originaire la requérante). L'accès des soins de santé au Congo RDC reste largement théorique Deux urgences sanitaires, Ebola et la Pandémie liée à la propagation de la COVID-19 (qui touche principalement la capitale Kinshasa) ont impacté lourdement le système sanitaire congolais. En plus les voyages vers le Congo RDC, sont fortement déconseillés par la Belgique, souligne le conseil de la requérante. Le secteur de la santé au Congo est déficitaire. Selon ces sources, l'accessibilité des soins n'est donc pas garantie au Congo RDC et la requérante ne peut pas interrompre son traitement. La requérante ne pourra pas avoir un suivi médical disponible et équivalent au Congo.

Notons qu'une partie de cette argumentation dénonce une situation générale et que ces éléments au caractère général 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).

Rappelons en outre qu'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 sont disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). De plus, dans le cadre d'une demande 9ter, le rôle de notre administration n'est pas de démontrer que la requérante est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais bien de démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci).

Soulignons aussi que le fait que la situation de la requérante au Congo (RDC) serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume-Uni du 02 mai 1997, §38). 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 (Cfr. Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Uni, § 44, [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int))».

Concernant le fait qu'il existe peu d'accès à des soins de qualité, et que dans les zones rurales (comme celle dont est originaire la requérante) les conditions de soins sont encore pires, notons que la requérante peut se déplacer et s'installer là où la qualité des soins est acceptable. Vu que l'intéressée a été capable de se rendre en Belgique qui est très éloignée de sa zone rurale d'origine, il est raisonnable de penser qu'elle sera capable de se rendre à Kinshasa ou dans l'une ou l'autre ville du pays ( Lubumbashi ou Kolwezi) où les conditions des soins lui seront acceptables.

Concernant les soins spécifiques dont la requérante a besoin, notamment : soins oculaires et cardiovasculaires. Notons que les soins oculaires sont disponibles au Congo RDC dans une institution privée VI ZION MD. Remarquons qu'il existe à Kinshasa une Clinique de la vision Les statistiques 2020 montrent les chiffres suivants cette Clinique enregistrent les Consultations non-payantes nouveaux cas : 2061 (2019 : 1108) (<https://www.visionforall.ch/fr-3-32-kinshasa-republique-democratique-du-congo.html>).

L'intéressée ne prouve pas qu'elle ne pourra pas disposer des moyens financiers au Congo RDC, et que son entourage ne pourra pas lui venir en aide en cas de besoin, ni prétendre aux consultations gratuites offertes par la Clinique de la vision.

Pour ce qui est du suivi et traitement cardiovasculaire, la requérante invoque OSAR 2010 qui indique que plusieurs structures de soins qui assurent des consultations en cardiologie exigent de 20 à 50 dollars US par consultation. En plus, selon Le Country of Return Information (CRI) : Toutes les cardiopathies qui nécessitent une intervention chirurgicale ne peuvent pas être prises charge au Congo, étant donné le manque d'équipements appropriés. Les cardiopathies figurent sur la liste des maladies qui ne peuvent pas être traitées efficacement au Congo et qui requièrent souvent un transfert du patient en dehors du pays pour assurer sa survie. Notons que rien au dossier n'indique que la cardiopathie dont souffre la requérante nécessite une intervention chirurgicale qui serait déjà programmée. Aucune preuve n'est apportée pour corroborer ces allégations. Quant au prix des consultations, la requérante n'a pas prouvé qu'elle ne pourra pas être dans les conditions de recevoir une aide financière de la famille sur place, de la famille qui est en France ni de son beau-fils, pour assurer les soins dont elle a besoin une fois de retour au Congo.

Notons que l'intéressée a vécu plus longtemps au Congo RDC avant de venir sur le territoire belge. Rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin. La requérante reconnaît (Cfr. Sa procédure d'asile du 25.09.2013) avoir bénéficié de l'aide d'une de ces relations ([J.C.N.] (connu lors de son arrestation en tant que membre de M23) pour s'évader du lieu d'arrestation. En plus, la requérante affirme avoir de la famille (9 enfants (: 3 filles, 6 garçons), 9 frères et sœurs (2 frères et 7 sœurs) au Congo RDC (Cfr. Sa procédure d'asile du 25.09.2013). Aucune preuve n'est fournie pour démontrer que cette famille est dépourvue de moyens financiers pour lui venir en aide en cas de besoin. Signalons que la requérante est partie du Congo munie d'un passeport revêtu d'un visa obtenu grâce à l'intervention de son beau-fils (ambassadeur de la Belgique au Maroc en ce moment-là). Rien ne prouve qu'une aide venant de la famille ni du beau-fils est actuellement inenvisageable.

*L'intéressée a aussi de la famille en France. Elle n'apporte aucune preuve que cette famille ne pourra pas lui venir en aide, une fois qu'elle rentre au Congo RDC.*

*En fait, l'affirmation qu'en aucun cas, la requérante ne peut pas recourir à la clinique privée pour assurer ses soins parce qu'elle n'en a pas les moyens financiers, et qu'elle ne pourra pas attendre de son entourage le support de ces coûts, importants, n'est corroborée par aucun élément de preuve ; bien que la charge de preuve lui revienne (C E., 13 juil.2001, n° 97.866).*

*Concernant les risques liés au Coronavirus, suite au voyage retour au Congo RDC, toutes les mesures prises le 17.03.2020 ne sont plus d'actualité. Notons que les voyages non essentiels depuis la Belgique vers les pays en dehors de l'Union européenne sont vivement déconseillés aux voyageurs non vaccinés (([https://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager\\_a\\_letranger/conseils\\_par\\_destination/congo\\_republique\\_democratique](https://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger/conseils_par_destination/congo_republique_democratique))).*

*Concernant Ebola, les autorités sanitaires de la République démocratique du Congo ont déclaré une épidémie d'Ebola, suite à la confirmation d'un cas à Mbandaka, chef-lieu de la province de l'Équateur (nord-ouest). Il s'agit de la troisième flambée épidémique dans cette province depuis 2018 ». Kinshasa ne semble pas être touché par cette urgence sanitaire (<https://news.un.org/fr/story/2022/04/1118772>). La requérante n'est pas obligée d'aller vivre à Mbandaka qui est bien éloigné de Kinshasa (586,42 km).*

*Par ailleurs, un article d'IPS2 nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé, au Congo (RDC), 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. Des campagnes de sensibilisations ont été menées, surtout 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 Kinshasa3 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 20174. 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 pas 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.*

*Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine ou de reprise. »*

Le Conseil estime toutefois, à l'instar de la partie requérante, que ces éléments ne démontrent pas, à suffisance, l'accessibilité des soins et suivis requis par l'état de santé de la requérante, dans son pays d'origine.

4.1.4. S'agissant de l'existence de mutuelles, le fonctionnaire médecin s'est fondé sur les données issues du site « [ipsinternational.org](http://ipsinternational.org) » et intitulé « *les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles* ». Le Conseil observe que cette source se borne à présenter très brièvement le système de

mutualités en RDC et, concerne l'étendue de la couverture proposée. Il ne peut toutefois en être raisonnablement déduit que les suivis nécessaires au traitement des pathologies de la partie requérante seraient pris en charge au pays d'origine.

Quant à la référence à la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (la MUSQUAP), le Conseil relève qu'il ne ressort pas du document, auquel se réfère le fonctionnaire médecin, que les soins nécessaires sont couverts, l'article précisant à cet égard que « *les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée ; les examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; les hospitalisations de moins de 15 jours; les opérations de petite et moyenne chirurgie; les accouchements; les actes infirmiers; ainsi que les médicaments essentiels génériques* ». Force est dès lors de constater, ainsi que relevé en termes de requête, que l'article précité ne permet pas à la partie requérante de comprendre si les traitements dont elle doit bénéficier seraient couverts ou non par cette mutuelle.

En tout état de cause, la référence à ces différentes mutuelles n'est pas pertinente. En effet, la prise en charge garantie par celles-ci est conditionnée au paiement d'une cotisation, alors même que la partie défenderesse reste en défaut de contester la circonstance selon laquelle la partie requérante n'est pas en mesure de travailler au vu de son âge et de son état de santé.

Quant à la loi « *déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité* », le Conseil constate que la source à laquelle se réfère la partie défenderesse ne donne aucune information sur la couverture des soins requis par l'état de santé de la partie requérante. En effet, ce document, qui fait état des buts et objectifs des mutuelles de santé, ne permet pas de déterminer, concrètement, si la partie requérante pourrait s'affilier à une des mutuelles précitées, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts.

4.1.5. En ce qui concerne l'aide extérieure consacrée à la santé qui serait « *non négligeable* » en R.D.C., le Conseil observe tout d'abord que le médecin fonctionnaire se contente en l'espèce de citer trois organisations - Caritas, l'OMS et Enabel - en indiquant, sans plus de précision, que celles-ci 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* ». Il ne ressort nullement de la formulation d'un tel motif que la partie défenderesse ou le médecin fonctionnaire ont effectivement vérifié l'accessibilité, par l'intermédiaire de telles organisations, des traitements et suivis nécessaires à la partie requérante.

Outre le caractère lacunaire et général du simple constat reproduit ci-dessus, le Conseil constate également que les pièces versées au dossier administratif ne permettent pas davantage de conclure à l'accessibilité desdits traitements et suivis. En effet, le document relatif à Caritas - qui ne semble pas daté - consiste en un document à l'égard duquel la partie défenderesse n'indique aucune référence précise et qui présente l'organisation et la structure de Caritas, ainsi que le « *Plan stratégique du réseau national de Caritas en RDC pour 2013-2017* », et dont aucune des sections ne concerne les pathologies dont est atteinte la partie requérante. De même, force est de constater que la partie défenderesse se contente d'une référence générale à un document dont il s'avère qu'il est relatif à la Stratégie de Coopération de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec la R.D.C., sans indiquer en quoi il peut en être déduit que les soins nécessaires à la partie requérante lui seront accessibles en RDC. Le document relatif à Enabel n'est pas de nature à éclairer davantage le Conseil quant à cette question dès lors qu'il ne consiste qu'en une liste d'actions menées en R.D.C. par l'organisation susmentionnée.

4.1.6. Quant à la mention de l'avis médical selon laquelle « *Rien ne prouve qu'elle n'a pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin [...] Elle n'apporte aucune preuve que cette famille ne pourra pas lui venir en aide, une fois qu'elle rentre au Congo RDC* », le Conseil observe qu'une telle affirmation n'est nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivis nécessaires à la partie requérante.

4.1.7. Enfin, s'agissant de la possibilité de bénéficier de soins oculaires dans une institution privée en R.D.C., le Conseil ne peut que suivre la partie requérante en ce qu'elle constate que l'avis du fonctionnaire médecin « *n'aborde pas l'éventuelle existence d'un système de remboursement de soins de santé lorsqu'ils sont dispensés dans des établissements privés, de sorte qu'il ne peut être attendu de la*

requérante qu'elle parvienne à « s'y approvisionner » en médicaments, ou en consultations régulières, en cas de retour ». Par ailleurs, le Conseil observe que le document auquel se réfère le fonctionnaire médecin se limite à une énumération de statistiques relatives aux « Consultations non-payantes nouveaux cas », au « Anciens cas », et au « Chirurgies cataracte et autres : non payants », ce qui ne saurait suffire à établir l'accessibilité des soins et traitements de la partie requérante au pays d'origine dès lors que la partie défenderesse se contente de faire état d'allégations générales et purement descriptives.

4.1.8. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse reste en défaut de démontrer dans le cas d'espèce, que le traitement adéquat à l'état de santé de la partie requérante est accessible au pays d'origine, violant ainsi l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

4.2. Pour le surplus, le Conseil observe qu'en l'espèce, la partie défenderesse n'a pas jugé utile de transmettre la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.5. ci-avant, de la partie requérante.

En pareille perspective, le Conseil rappelle, d'une part, que l'article 39/59, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, précitée, dispose que « Lorsque la partie défenderesse ne transmet pas le dossier administratif dans le délai fixé, les faits cités par la partie requérante sont réputés prouvés, à moins que ces faits soient manifestement inexacts » et, d'autre part, qu'il ressort de la jurisprudence du Conseil d'Etat que cette disposition est également applicable lorsque le dossier déposé est incomplet (dans le même sens : C.E., arrêt n° 181.149 du 17 mars 2008).

En raison de l'absence de la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante, et donc en l'absence de dossier administratif complet, le Conseil ne saurait procéder à la vérification des allégations formulées en termes de requêtes, aux termes desquelles la partie requérante critique l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et traitement, effectués par la partie défenderesse.

Par conséquent, le Conseil ne peut que constater que la partie défenderesse n'a pas permis au Conseil d'examiner le caractère suffisant et adéquat de la motivation de sa décision à cet égard.

4.3. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, selon laquelle « Plus particulièrement, l'on peut également s'interroger sur la pertinence de l'affirmation de la requérante selon laquelle au vu des statistiques de 2020 de la clinique Vizion MD « les chiffres ne sont certainement plus actuels », sans qu'à nouveau, la requérante fasse état du moindre élément objectivement vérifiable dont elle se serait prévalu en temps utile et qui serait de nature à étayer une telle supputation purement subjective [...] Dans le cadre de cette sous-branche, la requérante tente de contester les informations du médecin conseil et les conclusions auxquelles ce dernier avait pu aboutir concernant l'accessibilité des soins. A nouveau, à défaut de démontrer que les informations du médecin conseil ne seraient plus d'actualité, la requérante tente de renverser la charge de la preuve en se contentant de ses « doutes » quant au caractère actuel desdites informations. En l'absence de toute preuve contraire, elle ne saurait être suivie quant à ce. La requérante ne démontre pas non plus l'inactualité des informations quant, notamment, à la possibilité pour elle de bénéficier de consultations gratuites en ophtalmologie dans une clinique privée, la requérante se contentant d'indiquer que cette gratuité ne concernerait qu'une première consultation, sans étayer de quelle que manière que ce soit cette allégation. Par ailleurs, alors que le médecin conseil de la partie adverse avait pu, en se fondant sur la déclaration faite précédemment par la requérante, constater qu'elle avait toujours 9 enfants en RDC et que par ailleurs, elle avait pu bénéficier de l'aide pour financer ses soins médicaux, la requérante se contente d'indiquer qu'elle ne saurait envisager que des tierces personnes l'aident « ad vitam ». Il s'agit là d'une allégation qui ne remet nullement en cause le constat de l'avis du médecin conseil dont il apparaît que la requérante n'apporte aucune preuve que sa famille ne pourrait lui venir en aide. Ce constat suffit à conclure à l'absence du caractère fondé du moyen en cette sous-branche », n'est pas de nature à énerver les constats qui précèdent.

4.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique est, à cet égard fondé et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

## **5. Débats succincts**

5.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

**Article 1<sup>er</sup>**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 14 juin 2022, est annulée.

**Article 2**

La demande de suspension est sans objet.

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

E. MAERTENS, présidente de chambre,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT

E. MAERTENS