

Arrêt

n° 301 266 du 8 février 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître S. JANSSENS
Rue du Congrès, 49
1000 BRUXELLES

Contre :

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

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

Vu la requête introduite le 4 mai 2023, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 24 mars 2023.

Vu le titre I^{er} 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 24 octobre 2023 convoquant les parties à l'audience du 24 novembre 2023.

Entendue, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendues, en leurs observations, Me S. JANSSENS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. GHISLAIN *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante déclare être arrivée en Belgique le 3 décembre 2012 sous le couvert d'un visa court séjour.

1.2. Le 2 janvier 2013, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 28 mai 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 211 860 du 31 octobre 2018, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a annulé ces décisions.

1.3. Le 4 décembre 2018, la partie requérante a actualisé la demande visée au point 1.2. du présent arrêt. Le 29 janvier 2019, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré cette demande non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 264 266 du 25 novembre 2021, le Conseil a annulé ces décisions.

1.4. Le 1^{er} février 2022, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande est actuellement en cours d'examen.

1.5. Le 24 mars 2023, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré la demande visée au point 1.2. du présent arrêt non-fondée. Cette décision, qui a été notifiée à la partie requérante à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« MOTIF :

L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (R.D.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 24.03.2023, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif de la requérante.

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...).

Rappelons aussi que l'article 9ter prévoit que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».

2. Question préalable

2.1. Lors de l'audience du 24 novembre 2023, la Présidente interpelle la partie requérante, à titre préliminaire, sur d'éventuelles observations suite à la consultation du dossier administratif.

La partie requérante insiste sur le fait que ce dossier lui a été transmis postérieurement à l'expiration du délai du recours, ainsi que sur l'absence, dans la version reçue, des requêtes MedCOI sur lesquelles s'appuie l'avis médical.

2.2. Le Conseil constate pour sa part que les requêtes MedCOI complètes auxquelles il est fait référence dans l'avis médical du fonctionnaire médecin figurent au dossier administratif qu'il a en sa possession.

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), de « la foi due aux actes, principe général de droit consacré au livre 8 du Code civil, dont les articles 8.17 et 8.18 » et des « principes de bonne administration, parmi lesquels le devoir de soin et de minutie », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

3.2. Dans une première branche, la partie requérante rappelle qu'elle souffrait de drépanocytose avant son arrivée sur le territoire belge, qu'elle avait été traitée en République Démocratique du Congo (ci-après : RDC) avant que le Centre de médecin mixte et d'anémie SS, centre principal de recherche et de traitement de la drépanocytose sur place, parvienne à la conclusion que « vue la précarité du plateau technique de notre centre bien que spécialisé dans la prise en charge de la Drépanocytose, nous avons opté pour un transfert à l'étranger en vue des analyses approfondies et une meilleure prise en charge ».

Reproduisant ensuite un rapport de l'UK Border Agency datant de mars 2012 et un extrait de l'avis médical du fonctionnaire médecin du 24 mars 2023, elle rappelle avoir expliqué ne pas avoir eu accès à un traitement médicamenteux en RDC, avoir été traitée par transfusion sanguine et avoir contracté l'hépatite C lors des transfusions réalisées afin de traiter sa drépanocytose, entraînant d'autres problèmes de santé.

Faisant ensuite grief à la partie défenderesse d'avoir présenté cela comme une simple différence de traitements alors qu'il s'agit d'une indisponibilité de traitement adéquat en RDC puisque les soins s'y sont révélés inefficaces, voire néfastes, elle estime que la partie défenderesse a violé les articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.3. Dans une deuxième branche, après avoir reproduit un extrait de l'arrêt *Paposhvili c. Belgique* de la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : Cour EDH) du 13 décembre 2016, la partie requérante expose que bien qu'ayant été soignée dans des centres spécialisés en RDC, son état de santé s'est détérioré de jour en jour, ce qui constituerait une preuve que les soins administrés ne correspondent pas à ses besoins.

Faisant ensuite valoir que l'établissement identifié pour un suivi en hématologie, à savoir la clinique Ngalima à Kinshasa, est cité pour la première fois dans l'acte attaqué alors qu'il ne l'était pas dans le cadre des précédents refus, elle soutient que le site internet de la clinique en question ne renseigne pas, parmi ses services hospitaliers ou la structure d'accueil, de service d'hématologie et en conclut que les soins qu'elle nécessite ne sont pas disponibles en RDC.

3.4. Dans une troisième branche, faisant valoir que certains médicaments qu'elle prenait en RDC étaient similaires, mais que le traitement ne l'était pas et qu'elle a notamment été soignée en RDC par transfusion sanguine, la partie requérante soutient que la piètre qualité des banques de sang en RDC lorsqu'elles sont disponibles et les modes de transfusion de ce sang sont sources de transmission de nombreuses infections et qu'elle y a contracté l'hépatite C.

Reproduisant un extrait du rapport des docteurs K.M., N.K. et M.M., qui la suivaient en RDC de 2003 à son départ du pays, joint à la demande visée au point 1.2. du présent arrêt, mentionnant que « Son évolution clinique a été marquée par une détérioration de son état général du jour au jour jusqu'à affecter son état psychosocial » et d'un courriel du Docteur A. affirmant que le traitement en RDC n'est pas identique à celui en Belgique, elle estime que la partie défenderesse ne pouvait en ignorer le contenu.

Reproduisant ensuite un extrait de l'avis médical du fonctionnaire médecin, elle estime qu'« En affirmant qu'il n'y a pas de différence significative entre les soins obtenus en RDC et ceux dispensés en Belgique, la partie adverse viole la foi due aux attestations médicales précitées, ainsi que les articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ».

3.5. Dans une quatrième branche, après avoir constaté qu'une seule pharmacie privée (la New Pharmacie des Cliniques à Kinshasa) est identifiée dans l'avis médical du 24 mars 2023 concernant la disponibilité de l'Hydréa, la partie requérante fait valoir que ce médicament, incontournable dans le cadre de son traitement, est extrêmement coûteux. Elle précise avoir soulevé dans sa demande visée au point 1.2. du présent arrêt qu'une boîte de 10 comprimés d'Hydréa coûte 35\$ à Kinshasa et qu'elle doit suivre ce traitement quotidiennement et à vie, « ce qui représente un budget annuel de 1277,5\$ ». Elle affirme également que cet élément n'est pas contesté par la partie défenderesse.

Soulevant qu'elle n'est pas en mesure de prendre son traitement de manière régulière en raison du coût de celui-ci au pays d'origine et que ces informations étaient également reproduites dans la dernière requête qu'elle avait adressée au Conseil, jointe au dossier administratif, elle reproduit un extrait de l'avis médical du fonctionnaire médecin à ce propos.

Elle poursuit en soutenant que la référence à la base de données MedCOI n'est pas pertinente lorsqu'il s'agit d'examiner l'accessibilité du traitement vu que celle-ci concerne uniquement la disponibilité des traitements et renvoie à une note de bas de page de l'avis médical à ce propos.

Rappelant ensuite que le Docteur M. avait, dans son rapport provisoire d'hospitalisation, affirmé que le traitement avait été réinstauré en Belgique, car « la patiente avait difficilement accès à l'Hydréa au Congo », que le Docteur E. a également souligné, dans son certificat médical circonstancié du 13 décembre 2012, que la difficulté d'accès aux médicaments en RDC entraînerait un « risque de crises sévères engageant la vie de la requérante » et que le Docteur A. a confirmé le difficile accès à l'Hydréa en RDC dans une pièce jointe à la requête en annulation du 8 juillet 2013, elle soutient qu'il n'est nulle part question du prix de l'Hydréa dans l'acte attaqué alors qu'elle avait d'emblée identifié cet élément comme un obstacle à l'accès du traitement.

Reproduisant ensuite des extraits d'une enquête « publiée récemment », elle affirme que cette étude confirme que l'Hydréa ne lui est pas accessible et qu'en ce que l'acte attaqué conclut l'inverse, sans aborder la question du prix du traitement, il n'est pas valablement motivé et viole les articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.6. Dans une cinquième branche, après avoir rappelé une partie de la motivation de l'avis médical du fonctionnaire médecin, la partie requérante soutient que les éléments y développés ne démontrent en rien que les soins dont elle est tributaire sont effectivement accessibles en RDC.

Elle fait ensuite valoir que le site internet de la MUSQUAP est en maintenance, de sorte qu'elle ne peut entrer en contact avec la mutuelle ni vérifier les conditions d'intervention et qu'elle n'a pas eu accès au dossier administratif pour vérifier les données qui y ont été versées.

Exposant ensuite que la KINCARE impose un stage d'attente de trois mois et des plafonds d'intervention, qu'il y a un questionnaire santé à compléter, « ce qui laisse supposer que les malades chroniques n'ont pas accès à cette mutuelle privée », elle soutient que les mutuelles en RDC imposent des conditions d'adhésion et le paiement de cotisations régulières. Affirmant n'être actuellement affiliée à aucune mutuelle et qu'il n'est pas certain qu'une telle affiliation soit envisageable, elle fait valoir qu'elle ne serait pas immédiatement effective, de sorte que cela emporterait une interruption du traitement.

Elle poursuit en exposant que la couverture des mutuelles ne prend en compte que les soins de santé primaire et que le traitement qu'elle nécessite est « un traitement de pointe, suivi par une équipe de docteurs spécialisés et un traitement médicamenteux par Hydréa (sans générique connu) ». Faisant valoir que ce type d'intervention n'est, selon les informations communiquées par la partie défenderesse, pas couvert par les systèmes de sécurité sociale congolais, elle soutient que le fonctionnaire médecin n'adapte pas l'examen de l'accessibilité des soins à son cas particulier.

Ajoutant que son traitement doit être administré quotidiennement, qu'il ne peut être interrompu sous peine de causer « des crises vaso-occlusives, un syndrome thoracique aigu, un infarctus d'organe, une anémie hémolytique sévère et/ou une ostéonécrose », elle fait valoir que le fait qu'elle soit en âge de travailler ne lui garantit pas pour autant de trouver un travail, « et ce d'autant moins au vu du taux de d'emploi des femmes en RDC (1,1 % selon les dernières données disponibles auprès de la Banque Mondiale) ». Expliquant que « le revenu mensuel moyen d'un congolais à Kinshasa s'élève à 44\$, alors que le seul médicament Hydréa nécessite déjà un budget mensuel de 105\$ », élément qui a été développé dans la

requête au Conseil du 8 juillet 2013 et celle du 7 mars 2019 qui ont été versées au dossier administratif, elle fait grief à la partie défenderesse de les ignorer lors de l'examen de l'accessibilité des traitements et, partant, de violer les articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.7. Dans une sixième branche, reproduisant un extrait de l'arrêt *Paposhvili c. Belgique* susvisé, la partie requérante soutient que « le coût des médicaments et des traitements est un élément à prendre en considérant dans le cadre de l'examen d'accessibilité des soins et équipements dans l'Etat de destination afin d'écartier le risque de traitement incompatible avec l'article 3 de la Convention ».

4. Discussion

4.1.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de l'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 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 9^{ter} 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^{ter} 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 la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante 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 24 mars 2023, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *drépanocytose : crises vaso-occlusives compliquées par ostéomyélite des MI 2002, nécrose de la tête fémorale bilatéralement, lésions cérébrales séquellaires, rétinopathie non proliférante, anémie ; hép A, hépatite B, hép C chronique avec fibrose F1 (résistante au traitement par zepatier, vosevi proposé), appendicectomie, amygdalectomie, abcès fesse, pancréatite* », d'une « *allergie à la pénicilline* » et d'une « *allergie à l'effergan codéine* », pathologies nécessitant un traitement médicamenteux composé de « *Hydréa (hydroxyurée)* », « *Folavit (acide folique)* », « *antalgiques si néc (paracetamol/tramadol/cataflam (diclofenac, =AINS)* », « *morphiniques (morphine, oxycodone)* », « *redomex (amitriptyline)* », « *zolpidem* », « *d-cure (= vitamine D)* », « *movicol (macrogol) si néc* », « *pantomed (pantoprazole)* » et

« NuvaRing = contraception » ainsi qu'un suivi en hématologie, biologie, hépatologie, infectiologie, gynécologie, orthopédie, neurologie, ophtalmologie et par un médecin généraliste. Le fonctionnaire médecin ajoute qu'une transfusion de globules rouges, de l'imagerie (échographie, IRM, scanner, Radio X...) et des examens de laboratoires pourraient également être nécessaires. Ce dernier a toutefois estimé qu'« une recherche exhaustive démontre la disponibilité et l'accessibilité du traitement au pays d'origine », pour en conclure que « d'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine vu qu'il n'y a pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant ni un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que le traitement requis est disponible et accessible au Congo-RDC, pays d'origine ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

4.2. S'agissant de la disponibilité du traitement et du suivi nécessaire à l'état de santé de la partie requérante, le Conseil constate que la seule critique émise à cet égard en termes de requête vise la clinique Ngaliema à Kinshasa, établissement identifié pour un suivi en hématologie. Quant au fait que cette clinique est citée pour la première fois dans l'acte attaqué alors qu'il ne l'était pas dans le cadre des précédents refus, le Conseil observe, à l'instar de la partie défenderesse dans sa note d'observations, que cette clinique est mentionnée dans des requêtes MedCOI de 2022 et 2023 qui n'étaient pas disponibles lorsque le fonctionnaire médecin a rendu ses précédents avis.

Quant à la disponibilité du suivi en hématologie dans ladite clinique, le Conseil rappelle la jurisprudence du Conseil d'Etat qui considère que lorsque le constat de la disponibilité du traitement requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité des dits médicaments doit être considérée comme effective (CE n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019). Dans cette mesure, les informations issues du site internet de la clinique Ngaliema ne sont pas de nature à démontrer l'indisponibilité des soins invoquée par la partie requérante. La simple circonstance que ce site internet n'indique pas l'existence d'un service dédié à l'hématologie n'a pas pour conséquence d'invalider les données reprises dans les requêtes MedCOI auxquelles il est fait référence dans l'avis médical qui attestent de la disponibilité d'un suivi en hématologie.

La partie requérante ne conteste, par ailleurs, pas la disponibilité de l'ensemble des autres médicaments et suivis nécessaires à son état de santé en RDC- hormis celui de l'Hydréa qui sera analysé ci-avant - et qui doit donc être considéré comme établie.

4.3.1. S'agissant en particulier de la disponibilité et de l'accessibilité à l'Hydréa, le Conseil observe qu'il ressort, d'une part de la note de bas de page n°1 de l'avis médical portant sur le projet MedCoi que « dans le cadre de la recherche de la disponibilité, les informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif (le Conseil souligne) » et qu'« Il convient de rappeler que les réponses fournies par l'EUA MedCOI Sector n'ont pas vocation à être exhaustives (cf. Disclaimer). La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées (le Conseil souligne) ». D'autre part, il ressort de la requête MedCOI que les établissements en question sont indiqués comme un « exemple d'établissement où le traitement est disponible » (traduction libre). La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées. Partant, la critique selon laquelle une seule pharmacie privée est identifiée dans l'avis médical du 24 mars 2023 concernant la disponibilité de l'Hydréa est dénuée de pertinence.

Par ailleurs, s'agissant de l'étude transmise en termes de requête, le Conseil observe que, outre que celle-ci a été communiquée à la partie défenderesse postérieurement à l'adoption de l'acte attaqué, elle tend plutôt à démontrer, comme l'affirme cette dernière dans sa note d'observations, que l'Hydréa est disponible dans de nombreuses pharmacies et que le prix de la boîte est inférieur à 15 \$ dans 27% de ces pharmacies (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8017361>). A cet égard, le Conseil relève également qu'il ressort de l'avis médical critiqué, que « L'EUA MedCOI Sector définit que : un traitement médical est considéré comme disponible lorsqu'il est, lors de la recherche, suffisamment présent dans le pays d'origine dans au moins un établissement médical particulier (public ou privé). un médicament est considéré comme disponible lorsqu'il est, en principe, enregistré dans le pays d'origine et y est distribué dans les pharmacies, les drogueries ou autres lieux où les médicaments peuvent être vendus. Le médicament est soit produit, soit importé dans le pays d'origine et il n'y a pas de

problème d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche (le Conseil souligne)» (note de bas de page n°1 de l'avis médical).

S'agissant de l'accessibilité à l'Hydréa, la partie requérante invoque avoir fait valoir le coût élevé de ce médicament dans sa demande visée au point 1.2. et de l'avoir réitéré dans son complément de décembre 2018 sans qu'aucune réponse n'ait été apportée. A cet égard, le Conseil constate que dans sa demande, la partie requérante s'est contentée de faire valoir que « ce produit coûte 35 \$ à Kinshasa et la patiente doit le prendre à vie. Sa situation sociale ne lui donnera pas facilement droit facile [sic] à ce médicament ». Dans l'actualisation de 2018, la partie requérante a soutenu « dans son pays d'origine, ma cliente n'a pas été en mesure de prendre son traitement de manière régulière en raison du coût de celui-ci. L'indisponibilité et l'inaccessibilité de ce médicament restent d'actualité », renvoyant à cet égard à un article intitulé «Availability and cost of Hydroxyurea used in the management of sickle cell disease in Lubumbashi, Democratic republic of Congo » de juin 2018. Elle invoque avoir également soulevé cet argument dans ses précédents recours et renvoie ensuite au certificat médical dressé par le Dr A. « joint à la première requête adressée à Votre Conseil » et « reproduit » dans le corps de la dernière requête qui a été versée au dossier administratif ».

A cet égard, le Conseil observe que la partie défenderesse a formulé une réponse dans son avis médical – bien que mêlant disponibilité et accessibilité - relevant que « *Concernant la prétendue non disponibilité de l'Hydroxycarbamide (=hydroxyurée=hydréa) invoquée par la requérante, notons que le résultat de la base de données medCOI sur la disponibilité de ce dernier est daté du 14.04.2022 ce qui est plus récent que le dernier document cité par la requérante dans le complément du 04.12.2018 qui est lui-même daté de juin 2018. Ce document n'est donc pas de nature à remettre en cause la disponibilité de ce médicament qui avait, rappelons-le, déjà été prescrit par les médecins spécialisés au Congo. Les difficultés personnelles d'accès à ce médicament dans le pays d'origine, relayée dixit par un de ses médecin en Belgique (Dr [M.]), n'est en outre nullement démontrée alors qu'il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001) et que nous avons montré que la requérante a la possibilité de travailler, de souscrire à une mutuelle et qu'elle disposait de moyens lui permettant de financer un voyage vers l'Europe démontrés par l'obtention d'un visa. »*

Il ressort de ce qui précède que la partie défenderesse a pris en considération les arguments généraux avancés quant au coût du médicament et y a apporté une réponse qui - bien que générale - est suffisamment précise vu les arguments avancés par la partie requérante dans sa demande et son actualisation, et qui renvoie en outre, par son article de presse de juin 2018, à la situation prévalant dans la ville de Lubumbashi dont elle ne démontre pas qu'elle serait exemplative de la situation générale en RDC et moins encore à la ville de Kinshasa dont provient la partie requérante.

Quant au certificat médical du Dr [M.-A. A.], aux arguments invoqués et documents joints dans le cadre de précédent recours devant le Conseil de céans, qui seraient disponibles au dossier administratif, mais qui n'ont pas été transmis à la partie défenderesse dans le cadre de la demande visée au point 1.2. du présent arrêt ou ultérieurement, dans le cadre d'un éventuel complément à cette demande, le Conseil rappelle qu'il n'appartient pas à la partie défenderesse de parcourir le dossier administratif à la recherche d'éventuels documents ou d'informations liés à des procédures antérieures et indépendantes qui seraient susceptibles d'étayer la présente demande. L'administration n'est en effet nullement tenue de rechercher les éventuels arguments que l'étranger aurait fait valoir à l'appui d'autres procédures dès lors qu'elle ne peut se substituer à cet égard à la partie requérante, laquelle doit assumer les conséquences de ses choix procédurax. C'est en effet à la partie requérante, qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen de sa situation administrative, qu'il incombe d'en informer l'administration qui, pour sa part, ne saurait être tenue de procéder à des investigations, sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (en ce sens, notamment : C.E., 7 août 2002, n° 109.684). A titre surabondant, le Conseil rappelle que si l'analyse du dossier administratif révèle que s'y trouve la copie des deux précédents recours de la partie requérante dans cette affaire (et non les pièces qui y étaient jointes), la lecture de celles-ci permet tout au plus de noter que ledit médecin « confirme enfin le difficile accès à l'Hydréa au Congo », sans plus.

4.3.2. Sur l'accessibilité générale de la partie requérante à son traitement et au suivi nécessaire, et en particulier la question de la différence de traitements entre ceux dispensés en Belgique et en RDC, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin, dans son avis médical du 24 mars 2023 a estimé ce qui suit : « *Quant au rapport du C.M.M.A.S.S du 18.12.2012 fourni avec la demande, celui-ci indique que la requérante a été envoyée en Belgique pour bénéficier d'une meilleure prise en charge. Or nous constatons que les soins/traitements dont elle a bénéficié en Belgique jusqu'ici sont sensiblement les*

mêmes que ceux reçus au Congo et n'ont pas empêché les crises vaso-occlusives et les complications associées déjà présentes dans ce pays. Il indique en outre que la requérante a pu bénéficier de nombreuses transfusions sanguines et rien ne permet d'affirmer que la dégradation de l'état de santé observée en RDC serait due aux soins reçus là-bas alors qu'il n'y a pas de différence significative avec ceux obtenus en Belgique. Ce document ne remet donc pas en cause la disponibilité ni l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine mais plutôt une certaine qualité perçue des soins. Or, rappelons 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'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014) [le Conseil souligne] ».

A cet égard, la partie requérante ne démontre pas dans le chef de la partie défenderesse une erreur manifeste dans l'appréciation des éléments de la cause en renvoyant aux termes du rapport du C.M.M.A.S.S du 18.12.2012, à un rapport de l'UK Border Agency datant de mars 2012 - soit d'il y a plus de 10 ans - en invoquant qu'elle a principalement été soignée par des transfusions sanguines en RDC (ce qui est contredit notamment par le certificat du 10 décembre 2012 dressé à Kinshasa et indiquant qu'« elle prend régulièrement Hydroxy urée en raison de 1gramme/jour pendant 6 jours depuis 2010), qu'en raison de la piètre qualité des banques de sang en RDC elle aurait contracté l'hépatite C » et en invoquant, en définitive, un accès plus difficile au traitement requis qu'il ne l'est en Belgique, en raison notamment de la qualité moindre des soins de santé en RDC.

Or, le Conseil rappelle que, l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement que le traitement et le suivi médical requis soient de niveau équivalent au pays d'origine et en Belgique, il suffit qu'un traitement et un suivi approprié soient possibles au pays d'origine.

Le Conseil rappelle à cet égard, que la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [I]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, la partie requérante 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 militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [I]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, *N. c. Royaume-Uni*, §§42-45).

La Cour a ensuite précisé, qu'il faut entendre par « autres cas très exceptionnels » pouvant soulever, au sens de l'arrêt précité, un problème au regard de l'article 3, « les cas d'éloignement d'une personne gravement malade dans lesquels il y a des motifs sérieux de croire que cette personne, bien que ne courant pas de risque imminent de mourir, ferait face, en raison de l'absence de traitements adéquats, dans le pays de destination ou du défaut d'accès à ceux-ci, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie. La Cour précise que ces cas correspondent à un seuil élevé pour l'application de l'article 3 de la Convention dans les affaires relatives à l'éloignement des étrangers gravement malades » (CEDH, 13 décembre 2016, *Paposhvili v. Belgium*, §183).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises dès lors qu'il n'est pas valablement contesté qu'elle ne souffre pas d'une maladie dans un état tel 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 », la partie requérante restant en défaut de démontrer que le traitement adéquat à son état de santé ne serait pas disponible et accessible en RDC.

4.3.3.1. En effet, en ce qui concerne encore l'accessibilité des traitements et suivis, la partie défenderesse a notamment affirmé, d'une part, que la partie requérante « *est venue en Belgique en 2012 munie d'un passeport revêtu d'un visa* », que pour obtenir ce visa, cette dernière « *a dû démontrer qu'elle disposait notamment de moyens de subsistance en suffisance ainsi qu'une assurance voyage. [...] que ces informations ont permis à l'intéressée d'obtenir son visa pour la Belgique [...]* », que « *ces éléments démontrent que l'intéressée disposait de moyens financiers suffisants au pays d'origine et rien ne démontre qu'elle serait totalement démunie lors de son retour au pays d'origine* », que « *les documents médicaux établis par les médecins de la requérante dans son pays d'origine montrent qu'elle y suivait un traitement quasi similaire (hydrea, folavit, antidouleurs) à celui défini en Belgique. Elle a ainsi pu se faire suivre et obtenir son traitement en RDC et il n'est pas démontré qu'elle ne pourrait le faire à nouveau à son retour* ». D'autre part, elle précise « *qu'aucune contre-indication formelle au travail n'a été démontrée dans le chef de la requérante, celle-ci pourrait ainsi trouver de l'emploi afin de bénéficier de revenus propres dans son pays d'origine. Sa demande introduite sur base de l'article 9bis le 03.02.2022 mentionne en outre sa volonté d'effectuer (en Belgique) un travail adapté* ». Elle estime enfin qu'« *il n'a pas été démontré par la requérante qu'elle n'aurait plus de proches (famille ou amis) dans le pays d'origine sur qui s'appuyer à son retour alors qu'elle y a vécu de nombreuses années avant sa venue en Belgique* ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui n'oppose aucune critique à ces différents éléments en termes de requête. Elle n'a en outre fait valoir aucun élément à ce sujet dans sa demande visée au point 1.2. du présent arrêt ou dans son complément visé au point 1.3. du présent arrêt. Or, le Conseil rappelle que c'est à l'étranger qui prétend satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un droit de séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve, l'administration n'étant, quant à elle, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des circonstances dont celui-ci se prévaut sous peine d'être placée dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (voir, notamment, C.E., n°109.684 du 7 août 2002 et C.C.E., n° 10.156 du 18 avril 2008).

Les éléments avancés pour la première fois en termes de requête selon lesquels elle n'a pas de garantie de trouver du travail « *et ce d'autant moins au vu du taux de d'emploi des femmes en RDC (1,1 % selon les dernières données disponibles auprès de la Banque Mondiale)* » et selon lequel « *le revenu mensuel moyen d'un congolais à Kinshasa s'élève à 44\$, alors que le seul médicament Hydréa nécessite déjà un budget mensuel de 105\$* » ne peuvent être pris en considération à ce stade. En effet, le Conseil rappelle que « *la légalité d'un acte administratif s'apprécie en fonction des éléments dont l'autorité a connaissance au moment où elle statue [...]* » (C.E., arrêt n°93.593 du 27 février 2001 ; dans le même sens également : C.E., arrêt n°87.676 du 26 août 1998, C.E., arrêt n°78.664 du 11 février 1999, C.E., arrêt n°82.272 du 16 septembre 1999).

Il n'inversent en tout état de cause pas le constat selon lequel « *il n'a pas été démontré par la requérante qu'elle n'aurait plus de proches (famille ou amis) dans le pays d'origine sur qui s'appuyer à son retour alors qu'elle y a vécu de nombreuses années avant sa venue en Belgique* », non contesté en termes de requête et qui se confirme par la lecture du dossier administratif dont il ressort que le père et la mère de la partie requérante vivent en RDC (formulaire d'identification du 7 juin 2013 dans le cadre de la circulaire du 10/11/2011) et qu'elle est la deuxième d'une fratrie de 3 enfants (certificat médical du 10/12/12).

4.3.3.2. Dès lors, l'argumentation de la partie requérante quant au fait qu'elle ne pourrait s'affilier à une mutuelle ou qu'une telle affiliation ne serait pas immédiatement effective ou encore que l'intervention qu'elle nécessite ne serait pas couverte par les systèmes de sécurité sociale congolais ne permet pas d'inverser le constat selon lequel, au vu de ce qui précède, elle ne démontre pas devoir dépendre de ces mutuelles afin de financer son traitement.

4.4. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT