

## Arrêt

**n° 325 023 du 14 avril 2025**  
**dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. DELMOTTE**  
**Rue Saint-Hubert 17**  
**4000 LIÈGE**

**contre:**

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

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIE CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 15 février 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 21 décembre 2023.

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 (ci-après dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 19 mars 2025 convoquant les parties à l'audience du 9 avril 2025.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me C. DELMOTTE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *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.**

La requérante déclare être arrivée en Belgique le 7 octobre 2012. Le 8 octobre 2012, elle a introduit une demande de protection internationale. Le 11 décembre 2012, le Commissariat Général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Le Conseil, dans son arrêt n° 103 284 prononcé le 22 mai 2013, n'a pas reconnu à la requérante la qualité de réfugié et ne lui a pas accordé le statut de protection subsidiaire. Le 7 janvier 2013, la partie défenderesse a délivré un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'encontre de la requérante. Le 12 juin 2013, la partie défenderesse a pris un nouvel ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'encontre de la requérante. Le 23 juillet 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Le 2 février 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Le 11 septembre 2013, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article

9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 23 octobre 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Le 30 mars 2022, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies), ainsi qu'une interdiction d'entrée (annexe 13sexies). Un recours a été introduit contre ces actes et rejeté par l'arrêt n° 279 123 rendu par le Conseil le 21 octobre 2022. Le 12 avril 2023, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a donné lieu à une décision de rejet prise le 21 décembre 2023. Cette décision constitue l'acte attaqué, et est motivée comme suit :

« Motif :

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.

L'intéressée invoque un 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'intéressé 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 du requérant.

Dans son avis médical remis le 15.12.2023, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.).

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

1) il n'apparaît pas 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) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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.

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

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. Exposé du moyen d'annulation.**

La partie requérante prend un moyen unique tiré de la « violation de l'erreur manifeste d'appréciation, des articles 7, 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 relative aux étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, ainsi que du droit à être entendu.»

Elle reproduit la décision querellée et rappelle des éléments d'ordre théorique. Elle estime que la décision querellée contient une erreur manifeste d'appréciation et considère que la décision est stéréotypée dès lors que la partie défenderesse utilise de façon répétée les termes « l'intéressé », le « demandeur », « il », alors que la requérante est une femme.

Elle reproche à la partie défenderesse de fonder sa décision exclusivement sur base du rapport du médecin conseil pour lequel elle a effectué une recherche sur Internet et met en exergue le fait que la doctoresse soit spécialisée en gériatrie. Elle conteste la motivation du rapport du médecin conseil dès lors qu'il n'a pas rencontré la requérante et qu'il ne reconnaît pas l'avis du Docteur [A.K.], spécialisé en gynécologie-obstétrique, qu'il n'a pas demandé de document complémentaire. Elle considère que « la partie adverse ne justifie pas pour quel motif l'avis de son médecin-conseil, gériatre, serait préférable et aurait plus de poids que celui d'un gynécologue-obstétricien, qui connaît particulièrement la requérante, une patiente de longue date.»

La partie requérante reproche au médecin conseil d'avoir affirmé que le voyage de la requérante n'est pas contre indiqué sans l'étayer par des éléments médicaux.

Elle reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir eu accès aux informations utilisées avant la prise de décision, qui n'ont pas fait l'objet de débats contradictoires. Elle estime qu'il s'agit d'une violation des droits de la défense de la requérante. Elle considère que « les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles se fonde le médecin-conseiller de la partie adverse dans son avis, ne sont pas accessibles au public. Leur examen doit être lisible et justifier l'avis médical de celui-ci. » Elle estime que le médecin -conseiller ne prend pas la peine d'expliquer son raisonnement sur base des réponses aux requêtes Med COI.

Elle considère qu'au regard des attestations médicales déposées par la requérante, le médecin-conseiller de la partie défenderesse décide « elle-même de l'encadrement médical de la requérante. » Elle estime qu'il en est de même en ce qui concerne le traitement médicamenteux. Ainsi, elle fait remarquer que « le médecin-conseiller de la partie adverse considère que la requérante doit se voir prescrire du tardyferon, du paracétamol et du zanidip. Ces médicaments ne figurent pas, en tant que tels, dans le certificat médical type du Docteur [A.K] du 14.02.2023. »

Elle considère également que les données mentionnées dans la décision sont anciennes, et que « le médecin -conseiller de la partie adverse ne démontre pas que ces intervenants/examens sont toujours actuellement disponibles. »

Elle reproche également à la partie défenderesse de ne citer que des hôpitaux et pharmacies se trouvant à Kinshasa, sans savoir quelle est la région d'origine de la requérante, et si elle sera capable de s'y rendre. Concernant l'accessibilité des soins, la partie requérante reproche à la partie défenderesse de se baser sur l'article 178 du code du travail congolais, « alors que cette disposition légale prévoit qu'en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement du travailleur et/ou de sa famille, la charge des soins incombe à l'employeur. Or, dans sa demande 9ter du 12.04.2023, la requérante a indiqué ne pas être en mesure de travailler, compte tenu de son état de santé, et ce sur base du certificat médical type.»

Elle explique que la requérante n'est pas dans les conditions pour bénéficier du régime congolais de sécurité sociale, n'étant pas travailleur salarié et qu'elle n'a pas encore l'âge de solliciter une pension de vieillesse. Elle ajoute également qu'elle n'est pas éligible à l'aide sociale.

Elle explique que la partie défenderesse « fait grand cas de l'existence de mutuelles de santé (...) alors que ces mutuelles ne sont réservées qu'aux citoyens congolais les plus aisés ; ceux en mesure de payer des cotisations conséquentes.»

Concernant l'accès au bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM), la partie requérante rappelle qu'« aucun programme ne couvre la probable endométriose dont est atteinte la requérante ; ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le médecin-conseiller de la partie adverse dans les sources dont elle fait état.»

Elle reproche à la partie défenderesse l'analyse qu'elle effectue des documents joints à la demande d'autorisation de séjour. Elle estime que « d'une part, le médecin-conseiller met en doute l'argumentation de la requérante en qualifiant d'hypothétiques ces difficultés d'accès aux soins. Son avis est limité au pur domaine médical. Il n'appartient certainement pas au médecin-conseiller de la partie adverse d'émettre des considérations subjectives. D'autre part, le médecin-conseiller de la partie adverse cite longuement de la jurisprudence du CCE et du CCE. A nouveau, il n'incombe pas à celle-ci d'argumenter sur le plan juridique. »

Elle observe que « le médecin-conseiller de la partie adverse examine la question de la rupture de stock de médicaments. Elle suggère à la requérante des médicaments alternatifs ou la constitution d'une réserve de médicaments afin de palier à cette pénurie. Alors que le médecin-conseiller ne précise pas quels médicaments alternatifs pourraient convenir à la requérante ; leur disponibilité et leur accès ne peuvent être déterminés ».

Elle indique également que dans sa demande d'autorisation de séjour « la requérante démontre qu'en cas de retour dans son pays, elle sera sans revenu, elle ne disposera pas des médicaments dont elle a besoin. Comment, dans de telles conditions, se constituer une réserve de médicaments ? ».

Elle reproche également à la partie défenderesse de ne pas avoir répondu à la question relative à la mauvaise qualité des médicaments dans son pays d'origine.

Elle explique que « selon le médecin-conseiller de la partie adverse, aucune contre-indication formelle pour un travail adapté ne figure dans le dossier médical apporté. Alors que suivant le certificat médical type du Docteur [A.K.] le 14.02.2023, la requérante a des douleurs abdominales chroniques invalidantes, ainsi que des hémorragies vaginales sévères invalidantes. »

Elle reproche à la partie défenderesse de considérer que la requérante ne serait pas esseulée si elle retourne dans son pays d'origine sans tenir compte du fait que la requérante vit en Belgique depuis 11 ans, et qu'elle n'a plus de contact avec sa famille et ses amis restés dans son pays d'origine. Elle en conclut que les soins ne sont pas accessibles à la requérante dans son pays d'origine et que l'erreur d'appréciation de la partie adverse est manifeste.

Enfin, la partie requérante rappelle des éléments théoriques concernant le droit à être entendu et considère que la partie défenderesse a méconnu les droits de la défense de la partie requérante, en particulier son droit à être entendu car elle a rédigé unilatéralement son avis sans contacter le médecin en charge de la requérante et sans la rencontrer.

### **3. Discussion.**

3.1.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« 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. »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (voir CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, nos 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci 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. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 15 décembre 2023, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite le 12 avril 2023, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre de

« Métrorragies sur fibromes utérins. Anémie. Probable endométriose.  
HTA traitée  
Hépatite B chronique non traité »

et que le traitement de ce dernier se compose de

« Tardyferon (fer), paracétamol, zanidip (lercanidipine)  
Suivi : généraliste, biologie, IRM, gynécologue, gastro-entérologue,  
écho abdominale ».

3.2.1. S'agissant de l'accessibilité des soins, le Conseil observe que l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse est notamment motivé comme suit :

« L'article 178 du code du travail congolais stipule que, en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, l'employeur est tenu de fournir des soins médicaux au travailleur et à sa famille. Cet article répertorie inventorie les services de santé couverts, notamment: les soins médicaux, dentaires, chirurgicaux, les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, les frais de transport, les lunettes ainsi que les appareils d'orthopédie et de prothèse?

La volonté pour la RDC de progresser vers la couverture santé universelle est fortement affirmée depuis plus d'une décennie. Le pays a opté pour un système de protection sociale basé sur l'assurance maladie dans lequel les mutuelles de santé ont un rôle prépondérant. Le nombre de mutuelles de santé a considérablement augmenté au cours des quinze dernières années.»

Le cadre légal des mutuelles de santé a été voté au parlement en 2017 et 2018 et des dispositifs d'opérationnalisation de la CSU ont été élaborés. La loi de 2017 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? Les cotisations, le stage d'attente, le paquet de prestations de santé et le taux de couverture varient d'une mutuelle à une autre. Le prix des contributions peut osciller entre USD 5 et 52 par assuré. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

Citons à titre d'exemple deux mutuelles de santé: la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (MUSQUAP) et la Mutuelle de santé Lisinga. La MUSQUAP, 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.' La Mutuelle de santé Lisinga couvre quant à elle surtout les travailleurs du secteur informel ainsi qu'à certains travailleurs du secteur privé. Cette mutuelle assure les consultations médicales (médecine générale et spécialistes), les hospitalisations (jusqu'à 10 jours), les examens de laboratoire, d'imagerie médicale, transfusion sanguines, les accouchements et les médicaments. Le taux de couverture pour les traitements et médicaments est de 90%. Les médicaments de marque et les traitements coûteux sont couverts à un taux de 60%. Si l'intéressé est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM a été créée en septembre 1978, pour répondre aux besoins de santé de la population des quartiers périphériques qui était confrontée aux problèmes d'inaccessibilité financière et géographique aux soins de santé. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale. Le réseau du BDOM Kinshasa intervient dans la lutte contre certaines maladies telles que : le SIDA, le Paludisme, la Tuberculose, le Diabète, la Drépanocytose, le Rachitisme, les maladies cardiovasculaires, les maladies mentales, la santé maternelle et infantile, la vaccination et le suivi de la croissance, la lutte contre les violences sexuelles et le planning familial. Les 69 structures de santé forment un réseau pyramidal composé de 20 centres de santé (CS), 35 centres de santé référence(CSR) contenant une maternité, 13 centres hospitaliers (CH), un centre de Citons à titre d'exemple deux mutuelles de santé: la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (MUSQUAP) et la Mutuelle de santé Lisinga. La MUSQUAP, 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.' La Mutuelle de santé Lisinga couvre quant à elle surtout les travailleurs du secteur informel ainsi qu'à certains travailleurs du secteur privé. Cette mutuelle assure les consultations médicales (médecine générale et spécialistes), les hospitalisations (jusqu'à 10 jours), les examens de laboratoire, d'imagerie médicale, transfusion sanguines, les accouchements et les médicaments. Le taux de couverture pour les traitements et médicaments est de 90%. Les médicaments de marque et les traitements coûteux sont couverts à un taux de 60%. Si l'intéressé est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM a été créée en septembre 1978, pour répondre aux besoins de santé de la population des quartiers périphériques qui était confrontée aux problèmes d'inaccessibilité financière et géographique aux soins de santé ! Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale. Le réseau du BDOM Kinshasa intervient dans la lutte contre certaines maladies telles que : le SIDA, le Paludisme, la Tuberculose, le Diabète, la Drépanocytose, le Rachitisme, les

maladies cardiovasculaires, les maladies mentales, la santé maternelle et infantile, la vaccination et le suivi de la croissance, la lutte contre les violences sexuelles et le planning familial. Les 69 structures de santé forment un réseau pyramidal composé de 20 centres de santé (CS), 35 centres de santé référencé(CSR) contenant une maternité, 13 centres hospitaliers (CH), un centre de santé mentale de Matete nommé « [Telema » et un hôpital général nommé « Saint Joseph » qui se situe dans la commune de Limete. L'intéressée apporte différents documents en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (annexes 10|à 17 dans la requête ter). Les arguments invoqués par l'avocat de l'intéressée concernant les problèmes du système de santé congolais, du sous financement de la santé, du manque d'infrastructures, de la pénurie des médicament, etc. Ils ne démontrent pas que la situation individuelle de l'intéressée 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). Il lui appartenait 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 (CCE n°254 725 du 20.05.2021)

Quant à l'argument sur les possible rupture de stock, notons que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des médicaments alternatifs, en Belgique comme ailleurs. L'affection en question étant chronique, le requérant peut se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire suite à une rupture de stock.

De plus, aucune contre-indication formelle pour un travail adapté ne figure dans le dossier médical apporté.

Par ailleurs, la requérante ne démontre pas qu'elle serait esseulée dans son pays d'origine alors qu'elle y a vécu de nombreuses années et, d'après sa demande d'asile, y a toujours de la famille (parents, frères, sœurs, etc.). Quant aux allégations comme quoi elle n'aurait plus de contact avec sa famille restée au Congo, rappelons que l'article 9ter 1ier alinéa 3 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve. Rappelons que la situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins et que l'intéressée est assisté par son conseil lors de l'introduction de cette demande et est donc considéré comme complètement informé de la portée de la disposition dont elle revendique l'application.

Cependant, alors que cela lui incombait, l'intéressée n'a fourni aucune information concernant sa situation personnelle dans le cadre de cette demande et n'a pas fait valoir l'absence de soutien ou autre (CCE n°271315 du 15.04.2022). Par conséquent, [rien ne nous permet de constater que la requérante ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays (d'origine. En effet, elle ne démontre pas qu'ils ne pourraient raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans leur pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe à la requérante d'étayer son argumentation (C.E, du 13 juil.2001 n° 97.866). Ainsi, il n'est nullement démontré que le requérant ne pourrait pas, avec un travail adapté et l'aide de ses proches, payer ses soins grâce notamment aux aides proposés par son pays décrites supra.

Rappelons enfin 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). Ce qui est le cas en l'espèce.»

Le Conseil estime que cette motivation ne démontre pas que le médecin-conseil de la partie défenderesse a pris en considération la situation particulière de la requérante telle qu'invoquée à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour.

3.2.2. Le Conseil rappelle que dans son arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme affirme que

« [d]ans le cadre [des procédures adéquates permettant l'examen des éventuelles violations de l'article 3 de la CEDH], il appartient aux requérants de produire des éléments susceptibles de démontrer qu'il y a des raisons sérieuses de penser que, si la mesure litigieuse était mise à exécution, ils seraient exposés à un risque réel de se voir infliger des traitements contraires à l'article 3 (Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler qu'une part de spéculation est inhérente à la fonction préventive de l'article 3 et qu'il ne s'agit pas d'exiger des intéressés qu'ils apportent une preuve certaine de leurs affirmations qu'ils seront exposés à des traitements prohibés (voir, notamment, Trabelsi c. Belgique, n° 140/10, § 130, CEDH 2014 (extraits)) » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 186).

La Cour a également estimé que

« [l]orsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Sufi et Elmi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, Hirsi Jamaa et autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108, El-Masri, précité, § 213, et Tarakhel, précité, § 105) »

Ladite évaluation implique

« d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade » (*Paposhvili contre Belgique*, op.cit., § 187).

3.2.3. En l'occurrence, le Conseil observe que le certificat du Docteur [A.K] du 14 février 2023, même s'il n'indique pas explicitement le fait que la requérante ne peut travailler, explicite le fait que la requérante est en très mauvaise santé, qu'une intervention chirurgicale doit être programmée d'urgence, qu'elle doit prendre un traitement médicamenteux tous les jours en attendant l'intervention chirurgicale, qu'il est impossible pour elle de mener « une vie normale », qu'elle souffre d'une anémie pernicieuse et que l'évolution de son état de santé est défavorable avec un pronostic très défavorable.

Le Conseil relève également que dans le document de l'organisation mondiale de la santé daté du 24 mars 2023 déposé par la partie requérante à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, il y est indiqué au sujet de l'endométriose que « les pays à revenu faible ou moyen, tout particulièrement, manquent d'équipes pluridisciplinaires possédant les compétences et équipements variés nécessaires à un diagnostic précoce et à un traitement efficace de l'endométriose. » Elle indique dans sa requête que « dans beaucoup de structures sanitaires publiques ou privées, l'accès aux soins est conditionné par un paiement au préalable. Un coût élevé pour plusieurs personnes qui préfèrent recourir à l'automédication ou à la médecine traditionnelle ...(RDC : des ONG alertent sur les soins de santé) ».

3.2.4. A l'instar de la partie requérante, le Conseil observe que le médecin-conseiller semble lui-même choisir le traitement dont a besoin la requérante et reste muet dans son avis sur le besoin urgent pour la requérante d'une opération chirurgicale, élément repris dans plusieurs certificats médicaux déposés à l'appui de la demande d'autorisation de séjour.

3.2.5. Le Conseil observe également que les éléments de la motivation de l'acte attaqué invoqués par la partie défenderesse restent très hypothétiques. Ainsi, s'il ressort de l'avis du médecin-conseiller que ce dernier ne conteste pas que les mutuelles dont il fait état sont payantes, il estime qu'aucun élément du dossier administratif ne permet d'établir que la requérante ne peut travailler. Or, le Conseil ne peut suivre le médecin-conseiller dans son analyse dès lors que le certificat susmentionné indique clairement que la requérante ne peut mener « une vie normale » et qu'elle a besoin urgemment d'une opération chirurgicale. Ce constat n'incite pas à croire que la requérante est dans la capacité de travailler.

Quant à la possibilité de faire appel au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales, le Conseil observe à l'instar de la partie requérante que celui-ci ne couvre pas la probable endométriose. Enfin, l'argument selon lequel la requérante pourra compter sur sa famille et ses amis est complètement hypothétique, et ne permet pas de croire que la requérante aura un accès effectif à un traitement, notamment l'opération urgente dont font état les médecins ayant rédigé les différents certificats médicaux.

3.2.6. Le Conseil constate que la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse n'apparaît pas compatible avec la jurisprudence Paposhvili précitée en ce qu'elle fait peser une charge démesurée sur la requérante et ne satisfait pas à l'obligation de la partie défenderesse de « dissiper les doutes éventuels » concernant les raisons sérieuses de penser que la partie requérante serait soumise à un traitement contraire à l'article 3 de la CEDH en cas de retour au Congo.

Partant, le Conseil ne peut que constater que la partie défenderesse n'a nullement tenu compte de la situation particulière de la requérante et n'a pas adéquatement motivé la décision attaquée en sorte qu'il ne peut être considéré que le traitement actuel nécessaire à la requérante est accessible au Congo.

3.3. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'énervé pas les constats qui précèdent.

3.4. Le moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

#### **4. Débats succincts**

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

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

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

##### **Article 1**

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, prise le 21 décembre 2023, est annulée.

##### **Article 2**

La demande de suspension est sans objet.

##### **Article 3**

Le recours est rejeté pour le surplus.

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

J.-C. WERENNE,

Président f.f., juge au contentieux des étrangers,

E. TREFOIS,

Greffière.

La Greffière,

Le Président,

E. TREFOIS

J.-C. WERENNE