Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 352 328 du 1er septembre 2026
dans l'affaire X / I

En cause : X,

Ayant élu domicile : chez Maître P. ROBERT, avocat,
Rue Saint-Quentin 3/3,
1000 BRUXELLES,

Contre :

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

LE PRESIDENT F.F. DE LA Ière CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 20 novembre 2024, par X, de nationalité congolaise, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision du 01.10.2024 déclarant recevable mais non-fondée la demande d'autorisation au séjour du 30.04.2024, introduite sur pied de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980* ».

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 5 juin 2026 convoquant les parties à comparaître le 30 juin 2026.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me L. WATTIEZ *loco* Me P. ROBERT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. VAN HAELEN *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Rétroactes.

1.1. Le 21 décembre 2022, la requérante est arrivée sur le territoire belge.

1.2. Le 10 janvier 2023, elle a introduit une demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par une décision négative prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 19 mars 2024, décision confirmée par l'arrêt du Conseil n° 313 705 du 30 septembre 2024.

1.3. Le 30 avril 2024, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980.

1.4. En date du 1er octobre 2024, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non-fondée la demande d'autorisation de séjour susvisée, notifiée à la requérante le 21 octobre 2024.
Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, 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.

Madame M. M., R. 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'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 30.04.2024, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

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

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.). Dès lors,

Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressée ne serait pas en état de voyager.

Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible

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. Remarque préalable.

2.1. L'article 5.12, § 3, de la loi du 17 juin 2026 relative au Conseil du Contentieux des Etrangers (publiée au Moniteur belge du 19 juin 2026), dispose comme suit : « *Pour tous les recours pendants devant le Conseil à la date d'entrée en vigueur de la présente loi et pour lesquels une audience a déjà été fixée en application de l'article 39/74 de la loi du 15 décembre 1980 ou pour lesquels une procédure au sens de l'article 39/73, 39/73-2 ou 39/73-3 de ladite loi est déjà appliquée, la procédure se déroule conformément aux dispositions qui étaient applicables avant l'entrée en vigueur de la présente loi. Le pouvoir d'investigation limité visé à l'article 43 du règlement relatif à la gestion de l'asile et de la migration ne s'applique pas* ».

Le présent recours est donc traité conformément aux anciennes règles susmentionnées de la loi du 15 décembre 1980.

2.2. Par ailleurs, les renvois, dans le présent arrêt, à des dispositions matérielles de la loi du 15 décembre 1980 portent sur ces dispositions telles qu'elles étaient applicables avant la publication de la loi du 16 juin 2026 modifiant la loi du 15 décembre 1980 (également publiée au Moniteur belge du 19 juin 2026) en vue de la mise en œuvre du Pacte sur la migration et l'asile de l'Union européenne, soit au moment où la partie défenderesse a pris l'acte attaqué.

3. Exposé du moyen d'annulation.

3.1. La requérante prend un moyen unique de « *la violation : Des articles 2 et 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (…) ; Des articles 9ter et 62,§2 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (…) ; Du devoir de soin et de minutie en tant que principe général de bonne administration* ».

En une remarque préalable, elle relève que la partie défenderesse ne conteste pas la gravité de sa maladie, souffrant de drépanocytose avec des crises vasocclusives fréquentes. De même, elle ajoute que la partie défenderesse ne conteste pas davantage le caractère irréversible de cette maladie et la nécessite de suivre un traitement à vie.
Toutefois, elle constate que la partie défenderesse en conclut que l'ensemble de son traitement est disponible et accessible au pays d'origine.

3.2. En une première branche portant sur l'*« (in)disponibilité effective du traitement* », elle rappelle avoir cité, dans sa demande, le rapport médical COI de l'EUAA ainsi que cinq articles scientifiques.

Elle souligne l'indisponibilité dans les établissements de soins de santé, du diagnostic de drépanocytose et du traitement dont l'hydroxyurée, l'oxycodone ainsi que la mauvaise qualité des transfusions sanguines.

Elle précise que la possibilité pour elle d'obtenir son traitement est d'autant plus limitée qu'elle est originaire d'un quartier défavorisé de Kinshasa, à savoir Limete.

En outre, elle relève que l'acte attaqué se fonde sur six requêtes MedCOI afin d'affirmer que l'ensemble de son traitement médicamenteux et que les hospitalisations sont disponibles. Or, elle constate que ces requêtes ne citent que trois établissements à Kinshasa où le traitement serait disponible.

En outre, elle rappelle avoir invoqué dans sa demande d'autorisation de séjour le contexte de grave pénurie mais constate que la partie défenderesse ne fournit aucune précision quant à la quantité de médicaments disponibles ou encore le nombre de médecins qualifiés par rapport à la population concernée. Dès lors, elle estime que ce renvoi aux requêtes MedCOI ne constitue pas une preuve de la disponibilité effective et réelle de son traitement.

Elle fait référence à l'arrêt Paposhvili c. Belgique de la Cour européenne des droits de l'Homme du 13 décembre 2016 faisant état de considérations sur l'exigence d'effectivité dans la disponibilité et l'accessibilité des traitements nécessaires, ainsi que l'arrêt n° 287.306 du 7 avril 2023 analysant la disponibilité des soins psychiatriques en République démocratique du Congo. Elle fait également état de l'arrêt du Conseil d'Etat n° 119.281 du 12 mai 2003.

Dès lors, elle considère que l'acte attaqué a violé les articles 9ter et 62, §2, de la loi précitée du 15 décembre 1980.

3.3.1. En une deuxième branche portant sur l'accessibilité des soins, elle invoque, dans une première sous-branche, « *l'individualisation* ». Elle précise avoir indiqué que son traitement était inaccessible dans la mesure où le prix de son traitement dépassait largement le revenu mensuel moyen au Congo, à savoir 49 dollars par mois.

Elle s'est également fondée sur plusieurs sources référencées pour préciser que le médicament principal de son traitement, l'hydréa, couterait à lui seul 54 dollars par mois alors que le prix de son traitement clinique pour la drépanocytose s'élève de 100 à 500 dollars pour dix jours.

Elle observe que le médecin conseil ne conteste pas ces montants et souligne que « *ces éléments d'information ont un caractère général et ne visent pas personnellement [le requérant]* ». En outre, elle souligne avoir indiqué être issue de la commune de Limete, une des plus pauvres de Kinshasa où elle résidait seule avec ses deux enfants mineurs. Dès lors, elle estime avoir démontré être concernée par l'indisponibilité et l'inaccessibilité du traitement pour la drépanocytose au Congo.

Elle ajoute que ces éléments n'ont pas fait l'objet d'une contestation de la partie défenderesse et qu'il ressort du dossier administratif relatif à sa demande de protection internationale, sur laquelle l'acte attaqué s'est fondé, qu'elle est titulaire d'un diplôme en biologie. Or, elle déclare que « *si la partie adverse entendait se prévaloir de cet élément, elle devait également tenir compte des deux enfants de la [requérante], âgés respectivement de 14 et 11 ans, ainsi que leur quartier d'origine – éléments qui ressortent également du dossier administratif et ont été mentionnés en termes de demande* ».

Par conséquent, elle estime qu'« *à supposer que le traitement soit disponible, la partie adverse ne pouvait pas, sans contester les éléments apportés par la [requérante], conclure que le traitement était accessible* ».

3.3.2. En une deuxième sous-branche portant sur les mutuelles, elle relève que l'acte attaqué cite et vante les bénéfices de plusieurs projets et programmes de mutuelles.

Elle relève également que les sources citées sont antérieures à 2016 et ne donne aucune information sur la SONAS qui est une société d'assurance couvrant les sinistres, les transactions immobilières et commerciales, et ne concerne donc pas sa situation.

Quant à la MUSQUAP, elle souligne que l'acte attaqué s'approprie les termes d'un article du média 7sur7.cd de 2016 qui affirme que « *90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts* » et cite plusieurs soins inclus dans le paquet des soins proposé par la MUSQUAP. Il y est également cité les structures dans lesquelles les bénéficiaires de la MUSQUAP peuvent bénéficier des soins. Or, elle relève que la partie défenderesse n'a pas indiqué si ces structures sont en mesure d'assurer des soins pour la drépanocytose dans la mesure où aucun des trois établissements précités dans les requêtes MedCOI n'est couvert par cette mutuelle. Elle ajoute que la partie défenderesse ne précise pas si elle pourrait accéder à ces avantages alors qu'elle n'a jamais travaillé au Congo et vit en Belgique depuis 2023.

Par ailleurs, elle fait référence à un rapport de Solsoc de 2020 précisant que la MUSQUAP n'était fonctionnelle que dans deux communes et qu'elle présentait de nombreuses failles organisationnelles. Elle fait également référence à l'arrêt n° 312.430 du 3 septembre 2024.

D'autre part, elle relève que l'acte attaqué mentionne que « *les Congolais de la Diaspora sont à même de parrainer leurs familles, ou leurs proches en leur souscrivant une assurance à partir de la Belgique* », et fait référence à Solidarco.

Dès lors qu'elle est isolée en Belgique, elle estime qu'il est incompréhensible que la partie défenderesse considère qu'elle pourrait « *se prescrire* » une telle assurance.

Enfin, elle soutient que l'acte attaqué « *se réfère ensuite à des projets menés par l'Institut européen de Développement et de Coopération (IECD), l'Agence Française de Développement (AFD) et la Fondation Pierre Fabre en vue de « réduire la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose et améliorer les conditions de vie des malades », « d'améliorer la prise en charge médicale en formant les professionnels de santé et les parents d'enfants drépanocytaires, et en finançant les vaccins et médicaments* ». Elle relève que cet argument fait référence à deux projets d'aide au développement achevés à ce jour, à savoir un premier établi dans le centre hospitalier de Monkole en 2011 et achevé en 2012 et un second mis en place en 2014 pour une durée de quatre années concernant le dépistage des enfants. Elle constate que la partie défenderesse n'a pas précisé en quoi ces projets garantissaient la disponibilité et l'accessibilité de son traitement.

De plus, elle affirme que l'existence de plusieurs plans d'investissement et d'aide au développement visant à réduire la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose tendent davantage à prouver la grande précarité des personnes touchées par la maladie au Congo et l'absence d'aide concrète des soins disponibles.

3.3.3. En une troisième sous-branche concernant la référence à la procédure de protection internationale, elle souligne, premièrement, que l'acte attaqué, se fondant sur certains éléments soumis dans le cadre de la demande de protection internationale, en omet d'autres, à savoir ses deux enfants mineurs et son quartier d'origine.

Deuxièmement, elle relève que l'acte attaqué contient le passage suivant : « *il ressort des déclarations déposées par Mdame M.M., R., auprès des instances d'asile compétentes belges, que son mari et sa mère ainsi que ses enfants mineurs sont présents au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précision, en outre, que nous devons considérer ces informations crédibles étant donné que [la requérante] dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétente en vue de se faire connaitre comme réfugiée »*. Or, elle souligne que son époux est décédé le 18 novembre 2022.

Ainsi, elle constate qu'à deux reprises, l'acte attaqué a omis ou déduit, de manière erronée, des éléments de son dossier.

Dès lors, elle estime qu'une telle lecture « *négligente* » de son dossier administratif, sur lequel la partie défenderesse entend s'appuyer pour fonder son raisonnement, viole les articles 9ter et 62, § 2, de la loi du 15 décembre 190 ainsi que le devoir de soin et de minutie.

3.4. En une troisième branche portant sur la violation des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme, elle relève que les éléments mentionnés précédemment traduisent un examen négligeant et erroné de sa demande et une violation des dispositions précitées.

4. Examen du moyen d'annulation.

4.1.1. S'agissant du moyen unique, aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 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* ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise «*un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au térritoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. CCE 210 811 - Page 5 Mohammed Boukourna et Dirk CCE 315 949 - Page 4 Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

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

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

4.1.2. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin daté du 30 septembre 2024, lequel indique que la requérante souffre de la pathologie suivante : « *drépanocytose homozygote* », pathologie nécessitant un traitement médicamenteux composé de « *oxycodone, paracétamol, fultivit D3, pantoprazol, magnetop, hydrea et acide folique* » et un suivi en hématologie et en ophtalmologie. Le fonctionnaire médecin a conclu que « *le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraine un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays d'origine.*
Du point de vue médical nous pouvons conclure qu'une drépanocytose homozygote n'entraine pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible en République Démocratique du Congo.
D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.
Dès lors, il ne peut être constaté du dossier médicale fourni que l'intéressée souffre actuellement d'une maladie qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressé ne serait pas en état de voyager. Il ne peut également être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre de maladies qui comportent un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine car le traitement adéquat y est disponible et accessible ».

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

4.2.1. S'agissant de la première branche portant sur la disponibilité du traitement nécessaire à la requérante, il ressort à suffisance de l'avis médical, et plus spécifiquement des requêtes issues de la base de données MedCOI, que les médicaments et suivis en hématologie et en ophtalmologie sont disponibles dans le pays d'origine. Les informations issues de ces sources n'ont pas été valablement remises en cause par la requérante.

En effet, la requérante fait référence, en termes de requête, au rapport médical COI de l'EUAA et à cinq articles scientifiques. Elle met en avant, en particulier, l'indisponibilité de l'hydroxyurée, de l'oxycodone et la mauvaise qualité des transfusions sanguines. Elle ajoute également que la disponibilité de son traitement est limitée par le fait qu'elle est originaire d'un quartier défavorisé de Kinshasa.

A cet égard, il ressort du dossier administratif, et plus particulièrement de la demande d'autorisation de séjour de la requérante, que le rapport Medical COI de l'EUAA cité par cette dernière date de 2021, soit à une date antérieure aux requêtes MedCOI utilisées par le médecin conseil de la partie défenderesse, en vue de démontrer la disponibilité du traitement médical ainsi que du suivi nécessaire à la requérante. Il en va de même des articles scientifiques cités par cette dernière, dont certains sont même largement antérieurs à 2021. Les documents sur lesquels se fonde la partie défenderesse sont plus récents et démontrent à suffisance l'actualité de la situation quant à la prise en charge de la pathologie de la requérante.

De plus, la requérante tente en réalité de remettre en cause la fiabilité des informations issues des requêtes MedCOI citées par le médecin conseil de la partie défenderesse mais sans expliciter autrement en quoi les informations qui en sont issues ne seraient pas fiables.

Concernant le fait que la requérante serait originaire d'un quartier défavorisé de Kinshasa et que les requêtes MedCOI, mentionnées par le médecin conseil de la partie défenderesse, ne feraient référence qu'à des établissements de Kinshasa pour établir la disponibilité du traitement, le Conseil s'interroge sur la pertinence de ce grief dans la mesure où la requérante est originaire de Kinshasa de sorte que l'analyse d'établissements, qui offrent le suivi nécessaire, se situant à Kinshasa, s'avère tout à fait pertinente.

Quant au grief selon lequel la partie défenderesse ne fournit aucune précision quant à la quantité de médicaments disponibles ou encore le nombre de médecins qualifiés, le Conseil rappelle, d'une part, que si la requérante a bien produit des informations quant à la disponibilité des médicaments, celles-ci ne permettent pas d'établir qu'il existerait des ruptures de stock des médicaments nécessaires. Ainsi, la requérante reste en défaut de démontrer qu'il existerait, actuellement, une indisponibilité du traitement qui lui est nécessaire. En faisant ce constat, la partie défenderesse ne commet pas d'erreur manifeste d'appréciation.

De même, quant au nombre de médecins qualifiés disponibles, en tout état de cause, il ne découle pas du prescrit de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 que la dimension quantitative et qualitative du nombre de médecins et donc des soins est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de la disposition précitée. En effet, ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent au fonctionnaire médecin de fournir des indications aussi précises quant à ces éléments. Requérir davantage de précisions reviendrait à obliger la partie défenderesse à fournir les motifs des motifs de sa décision, ce qui excède son obligation de motivation. Dès lors, ce grief n'est pas fondé.

Enfin, en ce qui concerne la référence à l'arrêt Paposhvili c. Belgique de la Cour européenne des droits de l'Homme du 13 décembre 2016, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence de cette référence dans la mesure où la partie défenderesse a bien vérifié si dans le cas de la requérante, les soins nécessaires étaient disponibles au pays d'origine en se référant à la base de données MedCOI.

Quant aux références aux arrêts du Conseil de céans n° 287 306 du 7 avril 2023 et du Conseil d'Etat n° 119.281 du 12 mai 2003, il appartient à la requérante invoquant des arrêts qu'elle prétend similaires de démontrer en quoi ils peuvent être comparables à sa situation, *quod non in specie*. Dès lors, l'invocation des ces arrêts s'avère sans pertinence.

Par conséquent, il y a lieu de constater que l'avis du fonctionnaire médecin démontre à suffisance la disponibilité effective du suivi et du traitement nécessaire à la requérante. Les informations recueillies par la partie défenderesse, à ce sujet, sont suffisamment récentes, précises et fiables pour établir l'existence et la disponibilité, dans le pays d'origine, du suivi et de la prise en charge des soins requis.

4.2.2. S'agissant de la première sous branche de la deuxième branche portant sur l'accessibilité des soins nécessaires à la requérante, le médecin conseil de la partie défenderesse a estimé que « *Concernant l'accessibilité aux soins, le conseil de madame M. M., R. affirme que le traitement nécessaire à sa cliente n'est pas disponible en République Démocratique du Congo (RDC), ou tout le moins, il ne lui est pas accessible. Afin d'étayer ses dires, il apporte plusieurs articles repris dans l'inventaire des pièces de la demande de la pièce n°9 au n° 12.*

À la lecture de ces articles, ceux-ci décrivent de manière générale des problèmes liés à l'offre de soins : problématique de la drépanocytose, accès au traitement par hydroxyurée, problématique sur la sécurité transfusionnelle, coût de traitement, la pauvreté, de la séroprévalence de l'hépatite B et C. Notons que ces éléments d'information ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant. (CCE n°23.040 du 16.02.2009).

Selon le conseil, l'Hydréa à lui seul coûterait au minimum 54$/ mois. Qu'il lui serait impossible de supporter ce coût. Néanmoins, elle n'apporte aucun élément probant pour démontrer cette allégation; étant donné qu'elle a été capable de financer son voyage en Belgique.

Notons que l'intéressée est en âge de travailler. En l'absence d'une attestation officielle d'un médecin du travail reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine. Elle pourrait effectuer un travail éventuellement à temps partiel pour subvenir à ses besoins médicaux, d'autant plus qu'elle peut faire valoir sa formation en Biologie car le diplôme de licence en Biologie obtenu lui permettant de faciliter sa recherche d'emploi. Par ailleurs, un article d'IPS nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé.

A titre d'exemple, hormis la SONAS, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa; en sigle 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.

L'adhésion à la MUSQUAP s'avère bénéfique pour toute catégorie des personnes et surtout pour les paysans dont le revenu est faible afin de résoudre les problèmes de santé qui peuvent survenir avec des soins et des médicaments essentiels dans les structures sanitaires spécialisées. Les mutualistes peuvent bénéficier des soins dans les structures suivantes : Kalam médical center (CMK), Ch. Boulinai, Ch Luyindu, CMG, Yadah Clinic, Ch CRPS. La MUSQUAP met à la disposition de ses membres un paquet de soins attrayant à savoir : la consultation externe, le laboratoire, l'imagerie médicale, l'hospitalisation, les interventions chirurgicales, les accouchements et la césarienne, la dentisterie, l'ophtalmologie et octroi des verres, la médecine spécialisée, les médicaments génériques, les soins préventifs et promotionnels. Tous ces soins sont prescrits grâce à un cout dérisoire de 4,5$ par mois. Cela étant, le mutualiste verse une cotisation de 54$ par an pour assurer sa santé ainsi que celle des personnes à sa charge. La MUSQUAP est initiée par le centre national d'appui au développement et à la participation populaire (CENADEP) à travers son programme FADOC pour donner un accès aux soins de santé de qualité aux habitant des quartiers populaires.

Notons qu'actuellement, les congolais de la Diaspora sont à même de parrainer leurs familles, ou leurs proches en leurs souscrivant une assurance à partir de la Belgique. Citons l'exemple de l'assurance santé solidaire SOLIDARCO . Elle est gérée par deux structures sans but lucratif: en Belgique par la Fondation privée Solidarco et en République démocratique du Congo par l'Association Sans But Lucratif Solidarco-RDC. Avec SOLIDARCO, les membres de la Diaspora congolaise peuvent assurer des soins à leurs proches en RDC dans un réseau de centres de soins et établissements hospitaliers à Kinshasa et pour une contribution modique et accessible. La requérante pourrait se prescrire une telle assurance.

Aussi, SOLIDARCO a conclu une convention avec le réseau du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BEDOM) de Kinshasa, dont dépendent 46 Centres de Santé, 12 Centres Hospitaliers et l'Hôpital Général de Référence Saint Joseph à LIMETE. BEDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en termes de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en termes de couverture territoriale.

Le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants à Kinshasa, ce qui représente un cinquième de la population kinoise. Il couvre, approximativement, 25% des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa. En payant une contribution mensuelle de 30 euros, on couvre les frais de soins de 7 personnes : familles, proches, partenaires du Sud à Kinshasa. La requérante peut ainsi se tourner vers les mutuelles de santé qui existent en RDC.

Quant à la prise en charge de la drépanocytose en RDC, notons encore que 5 l'Institut Européen de Développement et de Coopération (IECD), l'Agence Française de Développent (AFD) et la Fondation Pierre Fabre ont décidé en 2014 de s'investir dans un vaste projet, d'une durée de quatre ans en Afrique subsaharienne. L'enjeu est de réduire la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose, et améliorer les conditions de vie des malades. Déployé en 2014 en République Démocratique du Congo et à Madagascar et en 2015 au Congo Brazzaville et au Cameroun, le programme a prévu de renforcer le dépistage des enfants, la formation du personnel soignant et la mise en place de laboratoires fonctionnels dans des centres de santé référents permettra de tester près de 100 000 enfants en tout. Il s'agissait également d'améliorer la

prise en charge médicale en formant les professionnels de santé et les parents d'enfants drépanocytaires, et en finançant les vaccins et médicaments.
Concernant la problématique de la transfusion sanguine en RDC, mentionnons que, l'Institut Européen de Développement et de Coopération (IECD), l'Agence Française de Développent (AFD) et la Fondation Pierre Fabre ont décidé en 2014 de s'investir dans un vaste projet, d'une durée de quatre ans en Afrique subsaharienne. L'enjeu est de réduire la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose, et améliorer les conditions de vie des malades. Déployé en 2014 en République Démocratique du Congo et à Madagascar et en 2015 au Congo Brazzaville et au Cameroun, le programme a prévu de renforcer le dépistage des enfants, la formation du personnel soignant et la mise en place de laboratoires fonctionnels dans des centres de santé référents permettra de tester près de 100 000 enfants en tout. Il s'agissait également d'améliorer la prise en charge médicale en formant les professionnels de santé et les parents d'enfants drépanocytaires, et en finançant les vaccins et médicaments.
En République Démocratique du Congo (RDC) et plus précisément à Kinshasa, C'est le Centre Hospitalier MONKOLE qui a été subventionné. Désormais achevée6 , l'action de la Fondation Pierre Fabre se prolonge néanmoins à travers un programme impliquant la République Démocratique du Congo et le centre MONKOLE, ainsi que le Cameroun, le Congo-Brazzaville et Madagascar. Cet investissement conséquent en matière de priser en charge des drépanocytaires en RDC, permet de penser que la requérante pourrait bel et bien en bénéficier. Ainsi le retour de la requérante en RDC ne serait pas interprété comme une violation de l'article 3 de la CEDH.
« Il ressort des déclarations déposées par madame M. M., R., auprès des instances d'asile compétentes belge, que son mari et sa mère ainsi que ses enfants mineurs sont présents au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précisons en outre, que nous devons considérer ces informations crédibles étant donné que la requérante, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétente en vue de se faire reconnaître comme réfugiée. »
Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical en RDC. Le fait que leur situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).
Rappelons aussi que (...). L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire.
Il serait nécessaire de préciser que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En outre, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014)".

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la requérante et suffit à justifier la conclusion du médecin conseil quant à l'accessibilité des soins requis.

Concernant le grief formulé par la requérante quant à la question financière du traitement et au revenu mensuel moyen au Congo relativement bas, la partie défenderesse a bien tenu compte de ces éléments avancés par la requérante mais a relevé que cette dernière n'a pas démontré, d'une part, qu'il lui était impossible de supporter le coût de son traitement dès lors qu'elle « *n'apporte aucun élément probant pour démontrer cette allégation* ». D'autre part, il apparait également que la requérante ne démontre pas davantage qu'elle n'est pas en âge de travailler et qu'*« en l'absence d'une attestation officielle d'un médecin du travail reconnaissant une éventuelle incapacité de travailler, rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine. Elle pourrait effectuer un travail éventuellement à temps partiel pour subvenir à ses besoins médicaux, d'autant plus qu'elle peut faire valoir sa formation en Biologie car le diplôme de licence en Biologie obtenu lui permettant de faciliter sa recherche d'emploi* ». Dès lors, le grief formulé par la requérante ne peut être considéré comme fondé.

En ce que la partie défenderesse n'aurait pas tenu compte du fait que la requérante était originaire de Limete, celle-ci ne démontre aucunement que les informations générales fournies à l'appui de sa demande concernent la région où elle vivait et permettaient de conclure à l'inaccessibilité des soins dans sa région précisément. La requérante ne fournit aucune preuve concrète permettant d'appuyer ses dires. Quoi qu'il en soit, rien n'empêche la requérante de s'installer ailleurs dans son pays d'origine, région où elle pourrait bénéficier de l'accessibilité des soins.

Quant au fait qu'elle résidait seule avec ses deux enfants mineurs au Congo, la requérante ne démontre pas en quoi cette information aurait un impact sur l'accessibilité aux soins qui lui sont nécessaires, laquelle n'a pas été valablement remise en cause par la requérante.

Dès lors, le grief relatif au défaut d'individualisation de la situation de la requérante n'est pas fondé.

4.2.3. S'agissant de la deuxième sous-branche de la deuxième branche, la requérante relève que le médecin conseil de la partie défenderesse fait valoir l'existence de mutuelles et programmes pouvant intervenir dans les soins et le suivi médical qui lui sont nécessaires. A cet égard, les griefs formulés dans cet aspect du moyen s'avèrent sans pertinence au vu des considérations émises *supra* et dont il ressort que la requérante n'a pas démontré être dans l'incapacité de travailler et donc de subvenir aux frais liés à ses soins de santé.

A titre subsidiaire, la requérante ne renverse pas le constat selon lequel elle pourrait bénéficier de la mutuelle MUSQUAP, cette dernière se contentant de contester les propos tenus par le médecin conseil de la partie défenderesse mais sans les appuyer par des éléments concrets et pertinents.

Quant au fait que la requérante n'a jamais travaillé au Congo et que la partie défenderesse n'a pas démontré qu'elle pourrait bénéficier des avantages des mutuelles vu qu'elle vit en Belgique depuis 2023, la requérante ne démontre pas que les propos du médecin conseil de la partie défenderesse seraient erronés, cette dernière se contentant de contester les propos de ce dernier sans, à nouveau, les appuyer par des éléments concrets et pertinents.

Enfin, rien ne démontre que les établissements, cités par le médecin conseil de la partie défenderesse, et dans lesquels la MUSQUAP intervient pour la prise en charge médicale, ne peuvent dispenser les soins nécessaires à la requérante. Le fait que seuls trois établissements aient été mentionnés dans les requêtes MedCOI ne signifie aucunement que d'autres institutions ne prennent pas en charge les soins liés à la drépanocytose.

Quant à la référence à la SONAS, il ne ressort pas des propos tenus par le médecin conseil de la partie défenderesse que ce dernier ait relevé que cette mutuelle pouvait prendre en charge la requérante. En effet, selon l'avis médical du 3 septembre 2024, le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué *« hormis la SONAS […]* » ce qui tend à démontrer une absence de prise en compte de cette mutuelle par la partie défenderesse pour l'examen de l'accessibilité. Dès lors, le grief formulé à l'encontre de cette mutuelle est dépourvu de pertinence.

Enfin, concernant les Congolais de la diaspora qui peuvent parrainer leur famille en souscrivant une assurance à partir de la Belgique, le grief est sans intérêt au vu des considérations émises *supra* ayant constaté l'absence d'inaccessibilité des soins au pays d'origine dans le chef de la requérante. Il en va de même quant aux reproches formulés à l'encontre des différents projets mentionnés par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis médical. Rien ne démontre que ces projets, même passés, ne pourraient pas avoir amélioré l'accessibilité des soins nécessaires à la requérante.

4.2.4. S'agissant de la troisième sous-branche, il n'est nullement contesté que la requérante n'a pas démontré être dans l'incapacité, voire avoir fait l'objet d'une contre-indication à travailler de sorte qu'elle ne prouve pas ne pas être en mesure de prendre en charge ses soins médicaux. De plus, si elle remet bien en question la présence de son mari au pays d'origine, elle n'établit pas que le reste de sa famille ne s'y trouverait effectivement pas et ne pourrait l'aider.

4.3. Quant à la troisième branche portant sur la violation des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme, la requérante n'a formulé aucune critique spécifique quant à la violation des dispositions précitées de sorte que l'invocation de celles-ci est dépourvue de pertinence. A toutes fins utiles, il est renvoyé *supra*.

4.4. Par conséquent, les dispositions et principes énoncés au moyen n'ont nullement été méconnus. Le moyen unique n'est pas fondé.

5. 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.

6. 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 premier septembre deux mille vingt-six par :
P. HARMEL, président f.f., juge au contentieux des étrangers,
A. IGREK, greffier.

Le greffier, Le président,

A. IGREK P. HARMEL