

Arrêt

n° 211 863 du 31 octobre 2018
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître Ph. BURNET
Rue de Moscou 2
1060 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration,
chargé de la Simplification administrative.

LE PRÉSIDENT F. F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 février 2016 par Monsieur X et Madame X, de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et à l'annulation de « *la décision déclarant non-fondée une demande d'autorisation de séjour introduite sur pied de l'article 9ter et des ordres de quitter le territoire qui en découlent, décisions datées du 19.11.2015 et notifiées le 19.01.2016* ».

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 la Loi).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 août 2018 convoquant les parties à l'audience du 18 septembre 2018.

Entendu, en son rapport, Mme M.-L. YA MUTWALE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me Z. VANDEVELDE *loco* Me Ph. BURNET, avocat, qui comparait pour les requérants, et Me C. PIRONT *loco* Mes D. MATRAY et J. MATRAY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Les requérants sont arrivés en Belgique le 17 août 2009 et ont introduit des demandes de protection internationale le 6 octobre 2009, lesquelles se sont négativement clôturées par les arrêts n° 69 260 et 69 262 rendus par le Conseil de céans en date du 27 octobre 2011.

1.2. Le 18 février 2010, ils ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi, laquelle a été déclarée non fondée le 18 janvier 2012. Cette décision a été annulée par un arrêt n° 85 358 rendu par le Conseil de céans le 31 juillet 2012.

1.3. Le 23 janvier 2012, ils se sont vus délivrer un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinq}ues).

1.4. Le 19 octobre 2012, la partie défenderesse a pris à l'encontre des requérants une nouvelle décision déclarant non fondée leur demande d'autorisation de séjour précitée du 18 février 2010. Le recours introduit contre cette décision auprès du Conseil de céans a été rejeté par un arrêt n° 100 214 du 29 mars 2013, l'acte attaqué ayant été retiré par la partie défenderesse en date du 1^{er} février 2013.

Le 6 mars 2013, la partie défenderesse a pris à l'encontre des requérants une nouvelle décision déclarant non fondée leur demande d'autorisation de séjour précitée du 18 février 2010. Cette décision a été retirée par la partie défenderesse en date du 14 octobre 2015.

1.5. En date du 19 novembre 2015, la partie défenderesse a pris à l'encontre des requérants une nouvelle décision déclarant non fondée leur demande d'autorisation de séjour précitée du 18 février 2010.

Cette décision, qui constitue le premier 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.

Les intéressés invoquent un problème de santé, à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé des intéressés et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine des requérants.

Dans les 2 avis médicaux remis le 17.11.2015 et le 18.11.2015, (joints 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 des demandeurs, que ces soins médicaux sont accessibles aux requérants, que leur état de santé ne les 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 des requérants à leur pays d'origine.

Les soins nécessaires aux intéressés 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 les intéressés souffrent d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique ou

2) il n'apparaît pas que les intéressés souffrent 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 leur pays d'origine ou dans le pays où ils séjournent.

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 ».

1.6. A la même date, le premier requérant s'est vu délivrer un ordre de quitter le territoire qui constitue le deuxième acte attaqué, lequel est motivé comme suit :

« MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

[...]

° En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un VISA valable ».

1.7. A la même date, la deuxième requérante s'est vue délivrer un ordre de quitter le territoire qui constitue le troisième acte attaqué, lequel est motivé comme suit :

« MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

[...]

° En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un VISA valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. Les requérants prennent un moyen unique de la violation « *des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; du principe de motivation interne ; de l'erreur*

manifeste d'appréciation ; du devoir de prudence et du devoir de minutie en tant que composante du principe de bonne administration ».

Ils contestent le premier acte attaqué « en ce que la partie adverse motive sa décision par un renvoi au rapport du médecin conseil qui répond à la question de l'accessibilité des soins nécessaires au requérant sur le territoire congolais, par l'existence d'une assurance privé et payante et de la possibilité pour les requérants de cotiser à un système de mutuelle ».

2.1.1. Dans un premier grief, ils exposent qu' « une source usuellement utilisée par la partie adverse dans le cadre des dossiers liés à la République Démocratique du Congo.

Qu'il convient, pour établir l'existence d'une accessibilité des soins de santé, de renvoyer au rapport réalisé et relatif au Plan national de développement sanitaire 2011-2015 rédigé en mars 2010.

Qu'il convient de relever, à titre liminaire, qu'il s'agit d'un plan rédigé en 2010 dont les conclusions ne sont pas disponibles.

Que, par conséquent, s'il a le mérite d'exister pour la population congolaise, il ne peut, aujourd'hui, être affirmé que les objectifs y contenus ont été rencontrés.

Qu'en effet les constats de départ dudit rapport, à savoir :

- Indice de pauvreté très élevé (71,3 %)*
- Point 21 : Dans ces conditions, les besoins de financement massif des secteurs sociaux comme la santé contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées et/ou mobilisables par l'Etat.*
- Point 244 : La constitution de la RDC dans son article 47 stipule que la santé est un droit pour tout congolais. Il n'est donc pas acceptable que $\frac{3}{4}$ de la population congolaise soit exclue des services de santé formel (sic) quelles qu'en soient les raisons. Les raisons géographiques (faible couverture des services de qualité) et financières sont parmi les plus importantes. L'amélioration de la couverture des services ne suffira pas à elle seule pour augmenter l'accès des populations à ces derniers*

Sont inquiétants.

Qu'il apparait donc particulier de constater qu'un avis médical de la partie adverse néglige un rapport, pourtant présent dans sa base de données, qui indique que $\frac{3}{4}$ de la population est exclue des services de santé formel pour motifs géographiques ou financiers.

Que cet élément est repris dans un rapport ultérieur de 2011 disponible sur le site www.vluchtelingenwerk.be.

Qu'en effet, le rapport établi en date du 05.09.2011, soit ultérieurement au début du Plan précité, débute par les propos suivants :

« L'accès aux services de santé est libre pourvu que l'intéressé (le patient) dispose des moyens financiers pour se faire soigner.

En effet, en République Démocratique du Congo, le malade prend tout en charge à l'hôpital pour son propre intérêt en commençant par la fiche de consultation qui varie de

prix selon l'hôpital ou le centre de santé. Il existe des hôpitaux où seule la consultation coûte USD 10 avant que n'interviennent les frais d'examen demandés selon le cas, et aussi, les frais d'achat des médicaments. »

Que le rapport référencé ajoute que :

« Les soins de santé coûtent cher en République Démocratique du Congo. En effet, en dehors des frais administratifs et des actes des médecins à payer, le malade ou sa famille prend également en charge les coûts des médicaments dont il est difficile d'estimer le montant. Le malade reçoit les ordonnances et est libre de se procurer les produits pharmaceutiques où il veut. Il faut noter que si un malade n'a pas pu obtenir les produits nécessaires pour une intervention chirurgicale par exemple, le médecin malgré sa bonne foi ne peut rien faire. Tout malade doit se procurer lui-même les intrants et les médicaments »

Qu'ensuite, il convient de se référer aux objectifs visés par le plan.

Qu'en page 62 du document, 10 cibles ont été réalisées (en vue de 2015). Sur ces 10 cibles seule une pourrait concerner le requérant à savoir la cible 4 qui vise à « contribuer à réduire de 2/3 la mortalité et la morbidité liées aux maladies non transmissibles d'ici 2015 »

Que le rapport indique en son point 147 ce qui suit :

« En plus des problèmes d'accessibilités géographiques, il se pose également la question de l'accessibilité financière des populations aux médicaments. Celle-ci semble également très limitée. En effet, l'enquête sur les prix des médicaments en RDC réalisée par le PNAM en 2007 évalue à 55,6%, la disponibilité générale des médicaments génériques, le traitement du diabète par exemple pendant 30 jours exige les revenus de 13 jours de travail du congolais moyen pour les spécialités et de 2 jours pour les génériques. »

Que c'est dire si l'accessibilité des médicaments est malaisée voire même aléatoire.

Qu'enfin aucune ligne de ce plan, pourtant important, ne concerne la dialyse pourtant essentielle à la survie de M. [L.].

Que, par conséquent, si la lecture de ce document sur le plan générique n'est guère encourageant quant à l'accessibilité effective aux soins et aux médicaments, la lecture de ce même rapport concernant les pathologies de M. [L.] l'est moins encore.

Qu'il en ressort, avec une grande certitude, que les soins et traitements nécessaires ne seront pas accessibles ».

2.1.2. Dans un deuxième grief, ils exposent que « le médecin conseil de la partie adverse fait état d'un système de sécurité sociale en renvoyant au site www.issa.int.

Qu'il convient de s'interroger quant à la lecture réelle et sérieuse de ce site par les médecins conseillers.

Que ce document fait état, quant à l'étude ratione personae de la couverture, des éléments suivants :

- Couverture? *“Employed persons, including household and casual workers, sailors, and public-sector employees not covered by a special system. Voluntary coverage for nonemployed persons who were previously insured for at least five years and who request coverage in the six-month period after insured employment ceased”*

Que, par conséquent, les requérants ne sont pas visés par ces hypothèses de couverture.

Que ce n'est que s'ils intègrent ces hypothèses de couverture qu'il convient de se référer aux conditions complémentaires.

Que n'intégrant pas la condition principale, le système décrit dans l'avis médical ne leur est pas applicable.

Qu'en conséquence, cette couverture sociale n'aurait aucun impact sur l'accessibilité des soins et médicaments nécessaires aux requérants.

Qu'une telle référence est donc sans pertinence aucune et ne permet pas de déclarer que les soins et médicaments nécessaires seraient accessibles à M. [L.] ».

2.1.3. Dans un troisième grief, ils exposent que « le médecin conseil indique également qu'il existerait un système de mutuelle de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale.

Que tout d'abord, il doit être indiqué que l'ordonnance auquel il est renvoyé en note en bas de page 3 n'est nullement une ordonnance d'organisation des mutuelles mais une ordonnance présidentielle d'attribution des compétences ministérielles.

Que, par conséquent, cela n'apporte aucune information pertinente à la présente cause et ne permet nullement d'établir l'accessibilité des soins de santé.

Qu'au surplus, la partie adverse se réfère également à d'autres éléments qui permettraient, par un système de mutuelle, de pourvoir aux soins, notamment la MUSECKIN et la MUSU de l'UNTC.

Que tout d'abord, il convient d'indiquer que la MUSECKIN ne couvre que les habitants de Kinshasa, ville dont ne sont pas originaires les requérants. M. [L.] est originaire de KINGUNDA qui se trouve à près de 10 heures en voiture de Kinshasa.

Qu'au surplus, le site internet renvoie à la catégorie des prestations couvertes qui indique « Les soins aux diabétiques ne sont pas couverts ».

Qu'il convient donc de s'interroger sérieusement sur l'examen d'accessibilité réalisé ».

2.1.4. Dans un quatrième grief, ils exposent que « concernant la MUSU le médecin conseil renvoie également vers un site internet en note en bas de page 5 qui indique que le titulaire de la MUSU ne peut bénéficier de soins de santé pendant les trois premiers mois de son affiliation.

Que pourtant M. [L.] doit subir trois hémodialyses par semaine et ce depuis juin 2014.

Que l'arrêt de l'hémodialyse entraînera tout simplement le décès de M. [L.].

Qu'il paraît dès lors étonnant de ne pas s'inquiéter d'une absence d'accessibilité aux soins pendant une période de trois mois au moins.

Que souffrant en sus d'un problème de diabète nécessitant une prise régulière d'insuline, ce délai d'attente n'est pas envisageable.

Qu'il apparaît, manifeste que ces risques en cas d'arrêt de traitement portent atteinte à la vie du requérant.

Que le rapport du médecin conseil n'évoque pourtant nullement cette période d'atteinte grave et létale pour le requérant.

Qu'il est donc demandé à une personne devant poursuivre un traitement sous peine d'en décéder de ne plus se soigner pendant une durée de trois mois minimale, à titre probatoire ».

2.1.5. Dans un cinquième grief, ils exposent que « *le médecin conseil de la partie adverse cite certaines initiatives menées par des ONG sans s'inquiéter ni de leur contenu, ni de leur actualité, ni de leur pertinence.*

Qu'ainsi le site de l'agence belge de développement, si certes mène une coopération avec la République démocratique du Congo, cite trois secteurs :

- 1. l'agriculture,*
- 2. le développement rural,*
- 3. l'enseignement technique et professionnel.*

Que si ces secteurs sont sans aucun doute importants, il convient d'expliquer en quoi ils sont en lien avec la pathologie de M. [L.].

Qu'enfin les rapports de CARITAS quant aux prévisions 2011 et celui relatif à la stratégie de coopération de l'OMS 2009-2010 sont tout à fait obsolètes ».

De ce qui précède, les requérants concluent ce qui suit :

« • L'inadéquation du plan dont dispose la partie adverse avec les besoins médicaux du requérant.

• L'absence de pertinence d'une ordonnance d'attribution de compétence sur la solution du cas présent.

• La période de trois mois nécessaire à l'obtention d'une couverture dans le cadre de la MUSU.

• La hauteur des cotisations et le frein qu'elles constituent à une couverture de soins de santé.

• Le seul fait d'envisager les soins de santé primaire dont la définition ne recouvre pas les soins de santé nécessaires au requérant.

• Des domaines de coopération n'ayant aucun lien avec le secteur santé.

Que l'ensemble de ces éléments, et bien d'autres, prouvent que la partie adverse n'a pas réalisé un travail minutieux, casuistique et que ce travail d'analyse ne saurait donc être considéré comme adéquat.

Qu'au contraire, par de tels manquements, dans un contexte médical où les implications sur la vie et/ou l'intégrité physique d'un demandeur sont importantes, l'Office des étrangers commet une faute lourde en ne vérifiant, voire en ne lisant pas, les documents qu'elle référence elle-même.

Qu'il en résulte un défaut de minutie évident et comme en l'espèce, des erreurs manifestes d'appréciation quant à la situation médicale du requérant et quant au système de soins de santé en RD Congo.

Qu'il aurait été du devoir de l'Office des étrangers de réaliser un travail important et minutieux..., quod non.

Que l'erreur manifeste quant à l'état de santé du requérant, que l'absence de données chiffrées quant au coût de l'assurance soins de santé référencée, que l'absence de données quant aux couvertures, stages d'attente de cette mutuelle, que l'absence de concordance entre les assurances/mutuelles énoncées et la situation médicale du requérant, que l'absence d'information quant aux mutuelles sur les sites référencés démontrent une absence de minutie dans le chef de l'administration dans le cadre de l'examen de la demande.

Que ces absences répétées sont marquées par un manque de minutie et engendrent une motivation formelle totalement erronée en fait, témoignage d'une erreur manifeste d'appréciation, et contraire aux articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et également contraire aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991.

Que le moyen est fondé dans son ensemble ».

3. Examen du moyen d'annulation.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle tout d'abord que l'obligation de motivation formelle des actes administratifs implique que la décision administrative fasse apparaître, de façon claire et non équivoque, le raisonnement de son auteur de manière à permettre à l'administré de connaître les justifications de la mesure prise et à la juridiction compétente d'exercer son contrôle.

Par ailleurs, lorsque l'administré estime que l'obligation de motivation matérielle a été violée par l'autorité administrative, il est appelé à démontrer que les constatations factuelles sur lesquelles s'appuie la décision attaquée ne sont pas exactes, ou que les conclusions que l'autorité administrative en déduit sont manifestement déraisonnables.

3.2. Le Conseil rappelle également que l'article 9ter, § 1^{er}, de la Loi, tel qu'applicable au moment de la prise de la décision attaquée, est rédigé comme suit :

« 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.

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

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.

Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande 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 résulte de la lecture de l'article 9ter, § 1^{er}, précité de la Loi, que cette disposition présente deux hypothèses distinctes, susceptibles de conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour pour l'étranger gravement malade :

- D'une part, le cas dans lequel l'étranger souffre 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 pas, de ce fait, en état de voyager.

En effet, en ce cas de gravité maximale de la maladie, l'éloignement de l'étranger vers le pays d'origine ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat. Il est requis que le risque invoqué, de mort ou d'atteinte certaine à l'intégrité physique de la personne, qui doit être «réel» au moment de la demande, revête, à défaut d'être immédiat, un certain degré d'actualité, c'est-à-dire que sa survenance soit certaine à relatif court terme.

- D'autre part, le cas dans lequel l'étranger malade n'encourt pas, au moment de la demande, de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe aucun traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. En effet, en ce cas, la maladie de l'étranger, quoique revêtant un certain degré de gravité (voir : CE 5 novembre 2014, n°229.072 et n° 229.073), n'exclut pas *a priori* un éloignement vers le pays d'origine, mais il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. (Voir : CE 16 octobre 2014, n° 228.778)

Le Conseil relève qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9^{ter} précité dans la Loi, 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 de la Loi, 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.

3.3. En l'espèce, le Conseil observe que la partie défenderesse a examiné la situation des requérants sous l'angle de la seconde hypothèse précitée de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la Loi. En effet, la partie défenderesse considère que les pathologies dont souffrent les requérants n'excluent pas un éloignement vers leur pays d'origine où ils ne courent pas un risque réel d'être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la CEDH, dès lors que dans les motifs de l'acte attaqué, ainsi que dans les avis médicaux du médecin-conseiller de la partie défenderesse, il a été indiqué que les soins et le suivi médical requis sont disponibles et accessibles dans leur pays d'origine, la République démocratique du Congo.

A cet égard, le Conseil constate que la décision attaquée repose sur les rapports médicaux des 17 et 18 novembre 2015, établis par le médecin-conseiller de la partie défenderesse sur la base des certificats médicaux produits par les requérants dans leur demande d'autorisation de séjour.

Ainsi, il ressort desdits rapports médicaux que le médecin-conseiller a examiné la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi des traitements par les requérants en République démocratique du Congo, à travers des informations et recherches effectuées dont il précise les sources. En effet, le médecin-conseiller de la partie défenderesse a conclu que les soins et le suivi du traitement des pathologies des requérants sont disponibles et accessibles en République démocratique du Congo.

3.4. S'agissant plus précisément de l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine des requérants, le Conseil observe que le médecin-conseiller de la partie défenderesse indique dans son rapport médical du 17 novembre 2015 concernant le premier requérant, ce qui suit :

« [...] Quant à l'accessibilité, le système de sécurité sociale en République Démocratique du Congo offre le service des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès, ainsi que des charges de famille.

La RDC développe également un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale. Citons à titre d'exemple la « Museckin » et la « MUSU ». La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la

dentisterie, petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas, OMS, CTB sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

Pour finir, d'après sa demande d'asile, Monsieur [L.W.A.] a travaillé comme fonctionnaire. Il pourra vraisemblablement prétendre à une pension de retraite légale car il a dépassé l'âge requis pour la retraite fixé à 66 ans. De plus, toujours d'après sa demande d'asile, un de leurs enfants est médecin au Congo et toute leur famille y réside encore. Celle-ci pourrait l'aider financièrement pour subvenir à ses besoins en soins médicaux.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins de santé au pays d'origine ».

Dans son rapport médical du 18 novembre 2015 concernant la deuxième requérante, le médecin-conseiller de la partie défenderesse indique ce qui suit :

« [...] Quant à l'accessibilité, le système de sécurité sociale en République Démocratique du Congo offre le service des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès, ainsi que des charges de famille.

La RDC développe également un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale. Citons à titre d'exemple la « Museckin » et la « MUSU ». La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas, OMS, CTB sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

Pour finir, d'après sa demande d'asile, le mari de Madame [N.N.E.] a travaillé comme fonctionnaire. Celui-ci pourra vraisemblablement prétendre à une pension de retraite légale car il a dépassé l'âge requis pour la retraite fixé à 65 ans. De plus, toujours d'après sa demande d'asile, un de leurs enfants est médecin au Congo et toute leur famille y réside encore. Celle-ci pourrait l'aider financièrement pour subvenir à ses besoins en soins médicaux ».

3.5. A cet égard, s'agissant de l'affirmation du médecin-conseiller de la partie défenderesse selon laquelle « le système de sécurité sociale en République Démocratique du Congo offre le service des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès, ainsi que des charges de famille », force est de constater que le dossier administratif ne comporte aucun

document qui indique et précise les mécanismes, les conditions de couverture et d'accès dudit système de sécurité sociale en République démocratique du Congo. Dès lors, la partie défenderesse ne permet pas au Conseil de céans d'exercer son contrôle de légalité quant à cet aspect de la décision.

S'agissant de l'affirmation du médecin-conseiller de la partie défenderesse selon laquelle « *la RDC développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale* », le fait que l'organisation, la promotion et l'agrément des mutuelles de prévoyance sociale, rentrent, en application de l'ordonnance n°07/018 du 16 mai 2007 fixant les attributions des ministères, dans les attributions du Ministre du travail et de la prévoyance sociale, ne démontre en rien que ledit système de mutuelles de santé fonctionne de manière effective et permet d'assurer une prise en charge effective et adaptée à la situation personnelle des requérants.

Le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que les deux uniques exemples mentionnés par le médecin-conseiller de la partie défenderesse, sont des mécanismes dont la portée est limitée, pour la « MUSECKIN », aux enseignants des écoles catholiques de Kinshasa et, pour la « MUSU », aux cadres nationaux. Dès lors, il n'est pas permis de soutenir que les requérants pourront effectivement en bénéficier.

S'agissant de l'affirmation du médecin-conseiller de la partie défenderesse selon laquelle « *l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC [et que] de nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas, OMS, USAID, CTB sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables* », il ressort du dossier administratif que, s'il peut être admis que plusieurs organismes internationaux, comme la Caritas, l'OMS et la CTB, participent au développement du système de santé de la République démocratique du Congo, force est de constater que la mission de ces organismes se limite dans la mise en œuvre des plans stratégiques de coordination et d'appui technique en collaboration avec les autorités locales de la République démocratique du Congo. Cela se traduit notamment par un appui technique ou matériel dans des actions prioritaires préétablies et limitativement énumérées telles, l'actualisation du cadre législatif et normatif et la révision de la structure organique du Ministère de la santé, le renforcement du système de santé via une amélioration de la qualité des ressources humaines et de la politique pharmaceutique nationale, la prévention et lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la gestion des conséquences sanitaires des urgences et des catastrophes.

Dans cette perspective, rien ne permet d'affirmer que les mécanismes mis en place par ces organisations permettraient d'assurer aux requérants un accès réel aux soins requis par leurs pathologies. Le Conseil estime que ces aides extérieures consacrées à la santé en République démocratique du Congo, constituent tout au plus des projets à caractère général qui ne concernent pas la situation personnelle des requérants.

Pour le surplus, la simple circonstance selon laquelle le premier requérant aurait travaillé comme fonctionnaire et pourrait prétendre à une pension de retraite légale, ne permet pas de considérer que le traitement nécessaire aux pathologies des requérants leur sera effectivement accessible dans leur pays d'origine. En effet, cette argumentation du médecin-conseiller reste au stade des simples supputations, n'étant étayée en aucune manière. L'argument du médecin-conseiller de la partie défenderesse selon lequel un des enfants des requérants serait médecin au Congo n'est pas davantage pertinent.

3.6. Il résulte de ce qui précède qu'il ne peut être déduit des informations sur lesquelles s'appuient le médecin-conseiller, ainsi que la partie défenderesse, que les soins médicaux que nécessite l'état de santé des requérants sont suffisamment accessibles dans leur pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée en ce qui concerne l'accessibilité du traitement nécessaire aux requérants au regard de leur situation individuelle.

3.7. L'argumentation de la partie défenderesse, développée sur ce point en termes de note d'observations et afférente en substance aux systèmes de sécurité sociale et de mutuelles de santé, ainsi qu'aux aides extérieures consacrées à la santé en République démocratique du Congo, n'est pas de nature à renverser les développements qui précèdent.

3.8. En conséquence, en tant qu'il dénonce la violation de l'obligation de motivation formelle et de l'article 9^{ter} de la Loi, le moyen unique est fondé et il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, 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 décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9^{ter} de la Loi et les ordres de quitter le territoire, pris à l'encontre des requérants le 19 novembre 2015, sont annulés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente-et-un octobre deux mille dix-huit par :

Mme M.-L. YA MUTWALE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M.-L. YA MUTWALE