



Arrêt

**n° 144 579 du 30 avril 2015
dans l'affaire X / III**

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 6 juin 2013, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision, prise le 29 mars 2013, de refus de proroger l'autorisation de séjour préalablement accordée sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 26 janvier 2015 convoquant les parties à l'audience du 20 février 2015.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. ROLAND *loco* Me S. ABBES, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me D. STEINIER *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

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

Par un courrier daté du 12 mai 2009, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 15 février 2010, la partie requérante a été autorisée à séjourner en Belgique pour une durée d'un an, sous certaines conditions et a été mise en possession d'un Certificat d'inscription au registre des

étrangers. Le séjour a été prolongé aux mêmes conditions en date du 22 février 2011 et du 28 mars 2012.

Par un courrier daté du 14 février 2013, la partie requérante a introduit une dernière demande de prorogation de son autorisation de séjour obtenue sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 29 mars 2013, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la partie requérante.

Le même jour, la partie défenderesse a pris, à l'encontre de la partie requérante, une décision de refus de prorogation, qui a été notifiée le 7 mai 2013.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la prolongation du 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.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au Congo.

Dans son avis médical rendu le 29/03/2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique le traitement suivi par l'intéressé donne de très bons résultats et que le stade de l'affection peut être considéré comme bien compensé.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

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

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique libellé comme suit :

« MOYEN UNIQUE

PRIS 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 composantes du principe de bonne administration :**

En ce que, la partie adverse refuse la prorogation du certificat d'inscription au registre des étrangers au motif qu'il ressort de l'avis du médecin conseil de l'Office des étrangers que « *l'affection peut être considérée comme bien compensée* ».

Alors que le requérant fait remarqué que les motifs du contrôle de sa maladie ne sont dus qu'à un suivi adéquat et régulier et qui ne pourrait plus être opéré sur le sol congolaise en raison de l'inaccessibilité financière des soins.

1. Considérant que le but des dispositions légales précitées est d'astreindre l'administration "à fournir au juge une base solide à son contrôle de légalité" et que "l'obligation générale de motiver les actes administratifs en la forme constitue aussi une garantie essentielle pour le bon fonctionnement, c'est-à-dire pour le contrôle de la légalité des actes administratifs" (Dominique Lagasse, la loi du 29/7/1991, J.T., 1991, page 737).

Que E. Cerexhe et J. Vande Lanotte rappellent que "Lorsqu'il s'agit de décisions qui ont fait l'objet de discussions au sujet desquelles l'autorité dispose d'un large pouvoir d'appréciation, la motivation doit être détaillée. "

Que dans la justification de l'amendement qui est finalement devenu l'article 3 de la Loi sur la motivation formelle des actes administratifs, on peut lire, "Si la motivation est obligatoire, il doit y avoir un rapport de proportionnalité entre l'importance de la décision et sa motivation". Tel est le sens du membre de phrase: "Elle doit être adéquate". En commission de la chambre, le ministre a estimé que "cette obligation demeure d'ailleurs générale et doit être proportionnelle à l'intérêt et à la portée de la décision" (l'obligation de motiver les actes administratifs, Bruges, La Chartres, 1992, page 6).

Que la motivation formelle doit être adéquate comme le précise l'article 3 de la Loi 29 juillet 1991.

Que le respect de cette exigence doit s'apprécier au regard du principal objectif de la Loi, à savoir, permettre au destinataire d'un acte administratif de comprendre les raisons de fait et de droit qui ont conduit l'administration à adopter l'acte en question et, par voie de conséquence, lui permettre de mieux apprécier la légalité et la pertinence de cette décision.

2. Considérant que le devoir de minutie impose à l'administration de veiller, avant d'arrêter une décision, à **recueillir toutes les données utiles de l'espèce** et de les examiner soigneusement, afin de pouvoir prendre une décision en pleine et entière connaissance de cause (C.E., 23 février 1996, n° 58.328, HADAD)

Que ce devoir requiert en d'autres termes de l'administration **qu'elle procède à un examen complet et particulier des données de l'espèce, avant de prendre une décision.**

Que l'ensemble des conditions liées à ce devoir sont essentielles afin de garantir une décision conforme au principe de légalité.

3. Considérant que l'article 9 ter par. 1^{er}, al. 1^{er} de la Loi du 15/12/1980 dispose que :

« § 1er. 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. »

Que conformément à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme N. c/ Royaume- Uni du 28 mai 2008, le seuil de gravité est élevé dans un cas de risque vital lorsque l'on est en présence de malade en phase terminale.

Que quant au risque pour la vie ou l'intégrité physique, il y a lieu de faire une distinction selon que le risque est élevé ou pas.

Que si le risque est élevé et en cas de renvoi dans le pays d'origine ou de résidence, on se trouve alors dans le cas d'un traitement inhumain et dégradant.

3.1. Considérant que le document médical établi par le médecin conseil de l'Office des étrangers indique que :

« Il s'agit d'un homme de 46 ans porteur du virus VIH. Le traitement suivi donne de très bons résultats ». Qu'en conséquence, il est admis que seul le suivi médical et médicamenteux a permis au requérant d'endiguer la progression du VIH, une rémission étant impossible en l'état actuel des connaissances médicales.

Qu'il convient, dans ces circonstances, de s'interroger sur la possibilité effective de poursuite du traitement du VIH en cas de retour en RD Congo.

Qu'en effet, il est observé qu'une interruption de traitement entraîne souvent une augmentation de la charge virale dans le corps.

Qu'une telle augmentation de la charge virale dans le corps en cas d'interruption de traitement dû à l'inaccessibilité de celui-ci serait donc constitutif d'un risque élevé dans le chef du requérant et donc de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

4. Considérant que la partie adverse motive la question de l'accessibilité par la référence à diverses sources.

Qu'il convient d'avoir égard à chacune d'entre elles.

4.1. Que les premières sources citées sont relatives aux systèmes de mutuelle de santé « MUSECKIN » et « MUSU ».

Que le requérant tient à indiquer que le site de la « MUSECKIN » ne fait qu'une page et, mis à part, la question des frais d'adhésion, n'indique nullement quelle interventions sont couvertes, sous quelles conditions, ...

Que le requérant s'interroge donc légitimement sur l'observation réalisée par la partie adverse dans ce contexte ...

Que par ailleurs, la MUSU référencée par la partie adverse est dénuée de toute pertinence. **(INVENTAIRE-Pièce 4)**

Que d'une part.

- elle ne traite pas les adhérents pendant les trois premiers mois
- alors que le requérant a besoin d'un traitement ininterrompu.

Que le requérant serait donc dépourvu de tout soins alors ceux-ci sont nécessaire à la stabilité de son état de santé.

Que d'autre part,

- elle ne couvre pas les besoins du requérant.

Qu'en effet, les documents versés en annexe de la présente requête et qui renvoient aux documents présentés par l'Office des étrangers ne peuvent être sérieusement considérés comme permettant un accès aux soins de santé.

4.2. Considérant que dans un second temps, le médecin conseil de l'Office des étrangers renvoie vers les sites Internet de CARITAS, de l'OMS, d'USAID et du CTB pour tenter d'indiquer que les soins de santé seraient accessibles en RD Congo.

Que la première critique à formuler consiste dans le fait qu'un renvoie général est opéré sans indication précise, motivation spécifique et renvoi à un extrait pertinent qui permet de considérer les sources à leur justes valeurs.

Qu'en effet, un tel renvoie ne démontre nullement l'accessibilité effective des soins de santé, il ne fait que renvoyer une source à elle-même sans autre finalité.

Qu'une telle démarche relève presque de l'argument d'autorité non vérifié et pose problème eu égard aux exigences de précision, de clarté et de compréhension imposées par l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 pour toute décision administrative.

4.2.1. Considérant que le rapport de CARITAS international est un rapport daté de 2010.

Que ce rapport ne fait état que de perspectives et **pas d'indications concrètes** sur les questions relatives à la prise en charge des soins de santé par les personnes atteintes du VIH.

Que, par ailleurs, la vocation de l'action de CARITAS est d'essentiellement former des personnes à dépister et encadrer **et non à aider par de quelconques soins.**

Qu'un tel **rapport n'apporte donc aucun élément concret** quant à l'accessibilité des soins de santé en RD Congo pour les personnes souffrant du VIH.

4.2.2. Considérant qu'un autre lien renvoie vers le site internet de l'OMS et vers un rapport qui constitue non pas un état des lieux des soins de santé en RD Congo **mais le report** relatif à un investissement de l'OMS dans une perspective allant à 2017.

Qu'à ce titre, il est indiqué dans le rapport que¹ :

En collaboration avec les autres agences du système des Nations Unies, l'OMS va contribuer à :

- 1) *L'élaboration des documents stratégiques, sur la lutte contre le VIH/Sida : document sur la vision nationale sur la lutte contre le VIH/Sida ; plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ;*
- 2) *L'appui institutionnel pour la coordination et l'harmonisation des interventions de lutte contre le paludisme, la TB et le VIH/Sida ;*
- 3) *L'intégration des activités de lutte contre les maladies (intégration du système de financement, système de gestion, système de suivi et évaluation) ;*
- 4) *La mise en place d'un système d'alerte efficace et de surveillance épidémiologique*
- 5) *L'appui aux travaux de recherche, en collaboration avec les institutions de recherche et d'enseignement ;*
- 6) *L'appui au Programme élargi de Vaccination (PEV) ;*
- 7) *Au renforcement de la lutte contre les maladies en voie d'éradication/élimination et des maladies tropicales négligées.*

Que dans le même rapport, il est indiqué que² :

« Le reprofiling a permis de mettre en place un nouvel organigramme (annexe3) fonctionnel, calqué sur le modèle de celui du Bureau régional et regroupant tous les programmes du Bureau en six Coordinations principales :

- a) *Système de santé ;*
- b) *Lutte contre la maladie ;*
- c) *Lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme ;*
- d) *Santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant ;*
- e) *Urgences et environnement durable ;*
- f) *Administration et finances.*

Le défi majeur pour la mise en œuvre effective, de cet organigramme, est d'obtenir les financements requis, permettant de créer certains postes importants, prévus dans ce nouveau cadre organique »

Que ces extraits démontrent que cette source ne démontre nullement l'accessibilité des soins de santé sur le territoire congolais mais fait état uniquement d'un plan de lutte hypothétique et conditionné à des financements non existants ...

Qu'il n'est donc pas question de source sérieuse et qu'il ne peut être déclaré que l'Office des étrangers a, dans ce cadre, réalisé un examen minutieux des documents qu'elle référence.

4.2.3. Considérant que la partie adverse renvoie également au site internet de USAIDS.

Qu'il doit, néanmoins, être constaté que le site est inaccessible et donc non consultable.

Que pour rappel, si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes

d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Que cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Que l'inexistence de ce site sur la toile *démontre à suffisance l'absence de pertinence de ce site en matière médicale. Dès lors, la référence à un tel site ne pouvait valablement fonder la motivation de l'acte attaqué.*

Qu'il a été jugé en ce sens par le Conseil du Contentieux des Etrangers dans un arrêt **73 762 du 23 janvier 2012.**

Qu'il convient de statuer de manière identique.

4.2.4. Considérant qu'enfin, le dernier lien réalisé par l'Office des étrangers est sans pertinence aucune.

Qu'en effet, il est indiqué que :

« La coopération bilatérale entre la Belgique et la République démocratique du Congo a repris en 2000, après 9 ans de suspension.

(...)

Avec un budget annuel d'environ 65 millions d'euros, la République démocratique du Congo est le premier partenaire de la Coopération belge.

À partir de 2010, une délimitation géographique des aires d'action a été décidée en vue d'une plus grande efficacité des interventions. De plus, le programme de coopération s'orientera vers trois secteurs clés :

- 1. l'agriculture,*
- 2. le développement rural,*
- 3. l'enseignement technique et professionnel. "*
- 4.*

Que le requérant s'interroge légitimement sur l'influence de l'un de ces trois secteurs sur la question de l'accessibilité des soins de santé ...

Qu'il apparaît manifestement que le médecin conseil n'a même pas pris la peine de lire les documents qu'il référence.

Qu'une telle négligence, dans une matière où les implications en terme de santé sont importantes, relève de la faute professionnelle ...

4.3. Considérant qu'il découle de l'ensemble de ces éléments qu'en raison de l'absence de pertinence des sources évoquées, le risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour sur le territoire congolais et contraire à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Que, par ailleurs, l'ensemble des ces éléments prouve que la partie adverse n'a pas réalisé un travail minutieux, casuistique et 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 pas les données qu'elle affirme et prend pour acquises.

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, *quodnon.*

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.

¹ http://www.who.int/countrvfocus/cooperation_strategy/ccs_cod_fr.pdf. p. 27.

² http://www.who.int/countrvfocus/cooperation_strategy/ccs_cod_fr.pdf. p. 22 »

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, 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.*

(...)

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.

(...) ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, 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 (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°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, n°225.632 et 225.633) 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, n°229.072 et 229.073).

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 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 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.

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 9^{ter}, § 1, alinéa 1^{er}, 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, n° 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.

3.2.1. En l'espèce, le Conseil relève que l'avis médical du 29 mars 2013 qui fonde l'acte attaqué, indique sur la base des certificats médicaux produits par le requérant, que celui-ci est « porteur du VIH et le traitement à base de Kaletra et Norvir – Truvada donne de très bons résultats » et que le traitement consiste en la prise de « Kaletra = Lopinavir + Ritonavir : inhibiteur de la protéase virale comme Reyataz qui est de l'Atazanavir. Norvir = Ritonavir : il est aussi un inhibiteur de la protéase viral. Truvada = Emtricitabine + Tenofovir = Lamivudine + Didanosmine, qui sont tous des inhibiteurs nucléosiques de la transcriptase inverse ».

Concernant la « capacité de voyager » du requérant, le médecin-conseil a indiqué qu'« il n'y a pas d'impossibilité à voyager ni de se mouvoir ».

S'agissant des disponibilités médicales et pharmaceutiques au pays d'origine, le médecin-conseil fait état de ce qui suit :

« Disponibilités médicales

Les internistes et spécialistes du HIV et SIDA sont répertoriés : http://www.pagewebconpo.com/repertoire/6O2O_cliniques.htm

Disponibilités pharmaceutiques :

Kaletra = lopinavir + Ritonavir

Norvir = Ritonavir

Truvada = Emtricitabine + Tenofovir = Lamivudine + Didanosmine

Cfr (liste des médicaments essentiels en RDC révision mars 2012). Tous les antirétroviraux nécessaires au cas présenté par le requérant sont présents http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s1881_7fr/s18817fr.pdf »

Quant à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine/de reprise, l'avis du médecin-conseil indique que :

« En outre, la RDC développe un système de mutuelle de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale¹. Citons à titre d'exemple la « MUSECKIN² » et la « MUSU³ ». La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, ophtalmologie, la dentisterie, petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC. Par ailleurs, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo DRC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas⁴, OMS⁵, USAID⁶, CTB⁷ 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. Notons enfin que d'après la procédure d'asile il ressort que l'intéressé a encore de la famille qui réside au pays d'origine, celle-ci pourrait l'accueillir et l'aider financièrement si nécessaire. Les soins sont donc accessibles en République Démocratique du Congo.

¹ Article 1^{er} d de l'Ordonnance n° 07/018 du 16 mai 2007 fixant les attributions des Ministères, <http://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/Ministeres/gouv/O.07.18.16.05.2007.htm>

² Mutuelle de Santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, République démocratique du Congo, <http://musekin.org/index.html>

³ Fédération Nationale des Cadres, Une mutuelle de santé à Kinshasa, <http://www.africaefuture.org/fnc/html/326.html>

⁴ CARITAS-CONGO ASBL, Revue annuelle 2010 et prévisions des activités 2011, janvier 2011, p.21-27, http://caritasdev.cd/fr/images/stories/caritas_revue_2010.pdf

⁵ Organisation mondiale de la Santé, Stratégies de Coopération avec les pays 2009-2019 : Répu. Dém. Congo, 37p, http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_cod_fr.pdf

⁶ USAID, Democratic Republic of Congo: Fact Sheet 2007-2009, p.2, http://www.usaid.gov/locations/subsaharan_africa/countries/drcongo/drc_fs.pdf.

⁷ CTB, Agence Belge de Développement, DR Congo, Projets, <http://btcctb.org/fr/node/86/projects>. »

Le médecin-conseil de la partie défenderesse conclut qu' « *il s'agit d'un homme de 46 ans porteur du virus HIV. Le traitement suivi donne de très bons résultats. Au regard du dossier médical, il apparaît qu'il n'y a pas :*

De menace directe pour la vie du concerné : aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril.

Un état de santé critique. Un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital du concerné.

Un stade très avancé de la maladie. Le stade de l'affection peut être considéré comme bien compensé.

Le requérant est autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Il ne satisfait pourtant plus aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, §3, 2°, de cette loi. Les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, le changement de circonstances ayant un caractère suffisamment radical. »

3.2.2. Le Conseil observe qu'en termes de requête, la partie requérante ne remet pas en cause la considération selon laquelle « *le stade de l'affection peut être considéré comme bien compensé* » et conteste uniquement le constat posé par le médecin-conseil de la partie défenderesse selon lequel le traitement requis par son état de santé serait accessible au pays d'origine.

La partie requérante concentre ses critiques sur l'appréciation de l'accessibilité des soins requis par son état de santé, effectuée par le médecin fonctionnaire.

Le Conseil ne peut que constater à la lecture du document transmis par la partie requérante à l'appui de la présente requête et intitulé « *Une mutuelle de santé à Kinshasa* », la présence en R.D.C. de la MUSU, laquelle prévoit notamment une couverture mutuelle des médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo RDC après une période probatoire de trois mois et des frais d'adhésion s'élevant à 1 \$.

Or, le médecin fonctionnaire a indiqué que tous les antirétroviraux nécessaires au cas présenté par la partie requérante figurent parmi la liste de ces médicaments essentiels, sans être contredit à ce sujet par la partie requérante.

Force est dès lors de constater que les médicaments et suivis médicaux requis par son état de santé ne seraient éventuellement inaccessibles que temporairement, durant une période de trois mois. La partie requérante n'invoque cependant pas qu'elle serait dans l'impossibilité de prendre, en Belgique, en prévision de son retour dans son pays d'origine, les dispositions qui s'avéreraient nécessaires pour se prémunir des éventuels désagréments liés à la période probatoire.

Il résulte de ce qui précède que la partie requérante ne justifie pas d'un intérêt à ses critiques dirigées contre les indications du rapport du médecin fonctionnaire relatives aux sociétés mutuelles, ainsi qu'à l'existence d'une « *aide extérieure consacrée à la santé* ».

Enfin, le Conseil relève que la partie requérante ne conteste pas le motif selon lequel elle aurait de la famille au pays d'origine qui « *pourrait l'accueillir et l'aider financièrement si nécessaire* » en manière telle que celui-ci doit être considéré comme établi.

3.3. Le moyen unique ne peut être accueilli.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut 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. Le recours en annulation étant rejeté 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 requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente avril deux mille quinze par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme G. CANART, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

G. CANART

M. GERGEAY