



## Arrêt

**n°236 083 du 28 mai 2020**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. MARCHAND**  
**Rue de l'Aurore, 10**  
**1000 BRUXELLES**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,**  
**et de l'Asile et la Migration**

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

Vu la requête introduite le 19 octobre 2019, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision de refus de prolongation de son autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 11 septembre 2019 et notifiés le 23 septembre 2019.

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 ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 avril 2020 convoquant les parties à l'audience du 20 mai 2020.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, M. THOMAS loco Me C. MARCHAND, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS loco Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1. La requérante est arrivée en Belgique en 2015, munie d'un passeport revêtu d'un visa de type D.

1.2. Le 28 décembre 2016, elle a introduit une demande de carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union européenne, en qualité de conjointe d'un Belge, laquelle a été rejetée dans une décision de refus de séjour de plus de trois mois avec ordre de quitter le territoire le 11 avril 2017.

1.3. Le 19 décembre 2017, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la Loi, laquelle a été déclarée fondée le 8 août 2018. Elle a alors été mise en possession d'un certificat d'inscription aux registres des étrangers valable du 30 août 2018 au 20 août 2019.

1.4. Le 7 août 2019, elle a introduit une demande de prolongation de son autorisation de séjour.

1.5. Le 27 août 2019, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.6. En date du 11 septembre 2019, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision rejetant la demande visée au point 1.4. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« *Motifs :*

*Le problème médical invoqué par Mme [K.N.M.] 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 pays d'origine, le Congo (RDC).*

*Dans son avis médical rendu le 27.08.2019 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique qu'il y a une nette amélioration voire même une stabilisation de sa situation clinique. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles à la requérante.*

*Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.*

*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'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne. Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.*

*Veillez procéder au retrait du Certificat d'Inscription dans le Registre des Etrangers, délivré à l'intéressée et veuillez radier l'intéressée du Registre des Etrangers pour perte de droit au séjour ».*

1.7. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée 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 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter, datée du 07.08.2019, a été refusée en date du 11.09.2019 ».*

## **2. Exposé du moyen d'annulation**

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « de la violation :

- des articles 9ter, 13, §3, 2° et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;

- de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant 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 ;
- de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- des articles 41, 47, 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ;
- des principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, du défaut de motivation et de l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2. Dans une deuxième branche, elle constate que « La partie adverse prétend que l'ensemble des traitements médicamenteux et le suivi requis par l'état de santé de la requérante sont disponibles au pays d'origine. Pour aboutir à cette conclusion, elle se réfère à l'avis du Docteur [S.] du 27 août 2019 ». Elle développe que « Dans son rapport médical du 17 juin 2019 (certificat médical-type envoyé à la partie adverse), le Docteur [M.] indiquait, au titre de traitement médicamenteux, la prise d'Odefsey (comprimé contenant de la rilpivirine, de l'emtricitabine et du ténofovir alafénamide), couplé à un traitement par la cryothérapie jusqu'à résolution de la dysplasie et d'un suivi gynécologique rapproché. Concernant le suivi gynécologique, le suivi en maladies infectieuses et en charge virale et CD4 ainsi que concernant le traitement médicamenteux, le Docteur [S.] renvoie quant à lui à des informations tirées de la banque de données Medcoi (requête du 27.09.2017 – BMA10158, requête du 16.05.2019 – BMA12417 et requête du 08.01.2019 – BMA 11967) et affirme, à cet égard, que l'emtricitabine ainsi que le ténofovir alafenamide sont disponibles en RDC, de même que la nevirapine qui peut remplacer la rilpivirine comme inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase réverse. Il y a lieu de constater que la requête portant sur la combinaison de ténofovir/emtricitabine (en réalité Truvada®) et la nevirapine (présentée comme pouvant remplacer la rilpivirine) date de 2017 et ne concerne pas le cas spécifique de la requérante (en l'espèce, une femme de 70 ans atteinte du VIH et souffrant de diabète et d'hypertension). Les deux requêtes datant de 2019, et ne concernant pas plus le cas particulier de la requérante, ne reprennent par contre que l'existence de l'emtricitabine et du ténofovir et ne se prononce pas sur les autres molécules reprises au traitement de sorte qu'elles ne peuvent raisonnablement pas être considérées comme actuellement disponibles ! Outre le fait que les conclusions du médecin conseil de l'Office des Etrangers doivent être rendues compréhensibles par le profane, quod non en l'espèce, celui-ci ne démontre donc pas d'une part que l'ensemble du traitement est accessible à l'heure actuelle et d'autre part, que la substitution de molécules proposée puisse être opérée sans avoir de conséquences sur l'état de santé de la requérante. Les informations précitées ne peuvent en effet en tout état de cause pas conduire à attester que le traitement médicamenteux de substitution (association emtricitabine/tenofovir alafenamide/nevirapine) dispose des mêmes principes actifs que le traitement actuellement administré (association emtricitabine/tenofovir alafenamide/ripivirine). Par ailleurs, aucune information n'est fournie sur le coût de ces médicaments et sur d'éventuelles ruptures de stock. Force est dès lors de constater qu'il ne peut aucunement être déduit des informations reprises dans le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse que le traitement médicamenteux requis en vue de soigner la pathologie de la requérante est disponible en RDC, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée. [...] Le médecin conseil indique, par ailleurs, que les résultats de recherches sur les sites internet <http://monkole.cd/> et <http://makroconseil.wixsite.com/cukinshasa/blank-j8268> démontrent que le suivi médical sur le plan virologique est disponible au CH Monkole et aux cliniques universitaires de Kinshasa et que le suivi gynécologique est disponible au CH Monkole de Kinshasa. La partie adverse ne démontre toutefois pas dans quelles conditions les soins y sont disponibles. La simple constatation de l'existence d'un hôpital ou de cliniques à Kinshasa dans lesquels il existe un département de médecine interne et un service de gynécologie-obstétrique est, en effet, totalement insuffisant (pièce 3 - <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-COD>). En outre, aucune information n'est fournie sur la disponibilité des médecins spécialistes et des infrastructures, sur les délais pour obtenir un rendez-vous, sur les possibilités d'avoir un suivi régulier et à quel coût de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent pas de s'assurer que la requérante bénéficiera d'un traitement adéquat en cas de retour en RDC. Le médecin conseil indique, en outre, sur base du rapport d'une des études d'Afraviv (informations tirées du site : [http://www.afraviv2016.org/images/Programmes/Livre\\_des\\_resumes\\_CO.pdf](http://www.afraviv2016.org/images/Programmes/Livre_des_resumes_CO.pdf)), que la mesure de la résistance aux ARV est possible depuis 2013 en RDC. Il ajoute qu'il ne s'agit toutefois pas d'une nécessité absolue et que la mesure de la charge virale permettra de dépister toute résistance au traitement et de l'adapter si nécessaire. Là encore, aucune information n'est fournie sur les conditions d'accès et sur les modalités pratiques liées à de tels examens spécifiques (délais de rendez-vous, possibilités de suivi régulier, coût des examens médicaux, etc.) de sorte que les informations produites

par la partie adverse ne permettent toujours pas de s'assurer que la requérante bénéficiera d'un traitement adéquat en cas de retour en RDC. Il y a lieu de rappeler que la motivation de la décision doit permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité (cfr. troisième branche). 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. L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit également 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. Or, il n'apparaît nullement au sein du rapport établi par le Docteur [S.] que la partie adverse ait pris en considération les difficultés invoquées par la requérante au sein de sa demande initiale, à savoir (pages 6 et suivantes de la demande initiale) : « Le « Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida » (PNMLS), affirme, dans le rapport qu'il a établi et intitulé « Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017 », que (pièce 10) : « Le sida continue à être une menace mondiale qui mobilise encore les énergies avec plus d'ardeur et de détermination. D'après l'ONUSIDA, les avancées scientifiques et les nombreuses mesures prises au niveau international permettent aujourd'hui d'envisager l'espoir de la fin de l'épidémie du sida. En RDC, la situation reste encore très préoccupante en dépit de multiples efforts fournis. D'énormes défis demeurent toujours bien que des progrès ont été réalisés dans plusieurs domaines notés dans la riposte nationale au sida. En effet, moins de 20% de malades ont accès aux antirétroviraux, l'offre de services pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste très limitée à quelques sites, la persistance des comportements marginalisant les personnes vivant avec le VIH, le financement de la riposte nationale dépend à 97% de ressources extérieures. (...) Un peu plus de la moitié de la population n'est pas couverte ou n'est pas atteinte par les interventions de lutte contre le VIH/sida. Et, là où les services sont organisés, très peu de personnes y ont accès parce que leur installation n'a pas tenu compte des besoins réels en termes de facteurs de vulnérabilité et prévalence de la population, des capacités financières et barrières socioculturelles. La contribution financière de l'Etat reste trop faible et les décaissements trop lents. (page 21) » Dans le rapport précité publié par MSF en avril 2016, on peut lire que (pièce 6) : L'expérience de MSF en AOC montre que de nombreux patients ayant des antécédents médicaux et qui présentent des signes cliniques évidents n'ont jamais été testés pour le VIH, même s'ils sont déjà passés par des services de santé. En RDC, par exemple, une étude réalisée par MSF à Kinshasa en 2012 a révélé que même dans les hôpitaux, le dépistage du VIH est loin d'être systématique; lorsque MSF offre des services de conseil et dépistage du VIH aux patients hospitalisés dans les services de médecine interne de trois hôpitaux de Kinshasa, 90 % ont affirmé ne jamais avoir reçu une telle offre de dépistage auparavant » (p. 9). En ce qui concerne l'accès aux médicaments nécessaires au traitement des personnes atteintes par le VIH, ce rapport précise également que : « Répercussions des fréquentes ruptures de stock d'ARV, de tests de dépistages et d'autres produits de soins du VIH. En RDC, les pénuries et les ruptures de stock de produits liés au VIH sont fréquentes et entravent la mise sous TAR ou mènent à l'interruption du traitement. Il peut alors s'avérer nécessaire de mettre en place des mécanismes d'adaptation, lourds pour les patients et le personnel de la santé. De la même façon, la mauvaise gestion des dépôts médicaux intermédiaires et les problèmes de livraison peuvent, dans certains cas, entraîner de tels retards que le TAR et d'autres produits de base ne parviennent pas aux patients avant leur péremption. Une analyse rapide de 94 établissements de santé couvrant plus de 70 % de la cohorte sous TAR à Kinshasa a révélé des ruptures de stock fréquentes et durables des ARV, des médicaments pour traiter les infections opportunistes, et des tests de dépistage du VIH. Au cours du premier trimestre 2015, 77 % de ces installations avaient subi au moins une rupture de stock d'un ARV. Au moment de l'évaluation, 45 % des établissements étaient en rupture de stock de TDF-3TC-EFV. Bien que des médicaments équivalents étaient disponibles dans la ville, environ 1.300 patients s'étant présentés sur une période de trois mois avaient dû retourner chez eux sans TAR. De plus, en raison des ruptures de stock de tests de dépistage pendant trois mois, environ 4.000 patients n'ont pas été en mesure de se soumettre au dépistage. En poussant l'analyse, on a pu constater que pour 45 % des produits en rupture de stock au niveau des établissements de santé, le même médicament était disponible dans les dépôts régionaux. L'un des principaux problèmes réside dans le fait qu'aucun budget n'est prévu pour combler efficacement les lacunes et permettre aux médicaments d'atteindre le dernier maillon de la chaîne d'approvisionnement : les patients. La situation dans le reste du pays est probablement encore plus grave car les problèmes logistiques y sont bien plus grands. Une évaluation effectuée par les organisations de patients (et Médecins du Monde) dans le Nord-Kivu a révélé que plus de 12 des 34 établissements de santé visités étaient en rupture [pour] toutes les

composantes du TAR. Elle a également mis en évidence de fréquentes ruptures de stock de médicaments destinés à traiter les infections opportunistes (dans 10 des 13 zones de santé) et de tests de dépistage. En 2014, moins de 8 % des patients en RDC avaient accès au régime posologique à dose quotidienne unique le plus approprié (une formule à dose fixe de TDF- 3TCEFV). À l'heure actuelle, les femmes enceintes séropositives sont les principaux patients à avoir eu accès à ce traitement de première ligne depuis que le pays a commencé à recourir à l'option B+ en 2013. À l'échelon national, le passage de l'AZT au régime de traitement à base de TDF a dû être retardé. » (pp. 64-65) ». En refusant de prolonger l'autorisation de séjour de la requérante basée sur l'article 9<sup>ter</sup> de la [Loi], sans avoir procédé à un examen sérieux des possibilités pour cette dernière d'être suivie en RDC, la partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision et a violé les dispositions légales visées au moyen ».

### 3. Discussion

3.1. Sur la deuxième branche du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi, « 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 1<sup>er</sup>, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9<sup>ter</sup> 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk 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 9<sup>ter</sup> 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que 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'explicitier 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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2. Le Conseil remarque que dans la demande du 19 décembre 2017 ayant mené à l'autorisation de séjour du 8 août 2018 dont la requérante souhaite obtenir la prolongation par le biais de la demande visée au point 1.4. du présent arrêt, cette dernière s'est, entre autres, prévalu spécifiquement de fréquentes ruptures de stock de produits liés au VIH au Congo et a reproduit des extraits de rapports (fournis en annexe) à cet égard.

3.3. Le Conseil observe ensuite que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 27 août 2019 dont il ressort, en substance, que la requérante est atteinte d'une pathologie pour laquelle le traitement et le suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. S'agissant de la « *Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine* », le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) : Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI :*

*Requête Medcoi du 27.09.2017 portant le numéro de référence unique BMA10158*

*Requête Medcoi du 16.05.2019 portant le numéro de référence unique BMA12417*

*Requête Medcoi du 08.01.2019 portant le numéro de référence unique BMA11967*

*Ces requêtes démontrent la disponibilité en République Démocratique du Congo du suivi gynécologique (et frottis cervical), du suivi en maladies infectieuses ainsi que (charge virale et CD4) ainsi que de l'emtricitabine, du tenofovir alafenamide et de la nevirapine pour remplacer la ripivirine comme inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase réverse. Le suivi médical est disponible sur le plan virologique au CH Monkole et aux cliniques universitaires de Kinshasa et pour le suivi gynécologique au CH Monkole de Kinshasa. Informations tirées des sites : <http://monkole.cd/> (CH Monkole de Kinshasa) <https://makroconseil.wixsite.com/cukinshasa/blank-i8268> (cliniques universitaires de Kinshasa)*

*Comme l'indique le rapport d'une des études d'Afraviv, la mesure de la résistance aux ARV est possible depuis 2013 en RDC (cliniques universitaires de Kinshasa). Il ne s'agit pas d'une absolue nécessité. La mesure de la charge virale permettra de dépister toute résistance au traitement et de l'adapter si nécessaire. Informations tirées du site : [http://www.afraviv2016.orQ/imaqes/Proqramme/Livre des resumes CQ.pdf](http://www.afraviv2016.orQ/imaqes/Proqramme/Livre%20des%20resumes%20CQ.pdf) De ces informations on peut conclure que les soins sont disponibles en République Démocratique du Congo.». Quant à l' « *Accessibilité des soins médicaux et du suivi au pays d'origine* », le médecin-conseil de la partie défenderesse a mentionné que « *Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de la requérante fournit plusieurs articles sur la situation humanitaire au Congo. Notons par ailleurs que ces affirmations ont un caractère général et ne visent pas personnellement les requérants (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, les requérants ne démontrent pas que leur situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien leur allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En outre, la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Un article d'IP2 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. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisation sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles données en exemple sont de l'ordre de 4,5 dollars. A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa(3) créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que l'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. Afin de mieux régler le système de mutuelles, la loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité» a été promulguée le 9 février 201 74. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. Il prévoit la prise en charge des soins médicaux par la méthode du tiers payant ou par l'assurance directe dans les établissements de soins des mutuelles. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé. Si l'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut**

*s'adresser au Bureau Diocésain des OEuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale(5). Le réseau du BDOM 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. 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 (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int). Il n'en reste pas moins que l'intéressée peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rép. dém.). Le fait que sa 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 1S97, §38). Ajoutons que l'intéressée est en âge de travailler. Rien n'indique que celle-ci serait exclue du marché de l'emploi lors de son retour au pays d'origine. Dès lors, celle-ci pourrait obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine ou de reprise.».*

Le Conseil constate que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur des requêtes Medcoi pour attester de la disponibilité des médicaments requis à la requérante au Congo mais qu'il n'a toutefois nullement garanti la suffisance du stock de ceux-ci. Aucune information à cet égard ne figure non plus dans l'examen de l'accessibilité des soins et du suivi du pays d'origine. Or, comme rappelé ci-avant, dans sa demande d'autorisation de séjour initiale, la requérante a insisté sur les fréquentes ruptures de stock des produits liés au VIH, remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci.

Partant, en se bornant dans son avis à renvoyer à des requêtes Medcoi mentionnant la disponibilité des médicaments nécessaires au Congo sans cependant fournir d'informations plus détaillées certifiant la suffisance du stock de ceux-ci, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas répondu à l'argumentation avancée dans la demande de la requérante.

A titre de précision, le Conseil souligne par ailleurs qu'au vu de la nationalité congolaise de la requérante et du fait que celle-ci souffre du VIH et nécessite donc des médicaments liés à cette maladie, les fréquentes ruptures de stock des produits liés au VIH au Congo invoquées en termes de demande sont suffisamment rattachées à la situation personnelle de cette dernière en dépit de leur caractère général. Elle sont en outre étayées par des rapports déposés à l'appui de la demande.

Dès lors, en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 27 août 2019, la partie défenderesse a violé son obligation de motivation formelle.

3.4. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt. Quant à l'argumentation selon laquelle la requérante se fonde sur des anticipations, cela n'a pas été exprimé dans l'avis du médecin-conseil auquel la partie défenderesse s'est référée en termes de motivation. Ainsi, le Conseil estime que cela constitue une motivation *postérieure* qui ne peut rétablir la motivation insuffisante de la première décision entreprise, et il souligne qu'il n'est, à ce stade de la procédure, aucunement tenu d'en examiner la validité.

3.5. Il résulte de ce qui précède que la seconde branche du moyen unique, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à emporter l'annulation de la première décision attaquée. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le reste de la seconde branche et les autres branches du moyen unique qui à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante constituant l'accessoire de la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour susmentionnée qui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également.

#### **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 actes attaqués étant annulés, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

**Article 1.**

La décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 11 septembre 2019, est annulée.

**Article 2.**

La décision d'ordre de quitter le territoire, prise le 11 septembre 2019, est annulée.

**Article 3.**

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDROY, greffier assumé,

Le greffier,

Le président,

S. DANDROY

C. DE WREEDE