

## Arrêt

**n°252 890 du 15 avril 2021  
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 et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la  
Migration**

**LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VII<sup>e</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 27 novembre 2020, 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 23 juin 2020 et notifiés le 29 octobre 2020.

Vu le titre Ier 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 « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 8 mars 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me E. LEDUC *loco* Me C. MARCHAND, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît 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, laquelle a fait l'objet le 11 septembre 2019 d'une décision de rejet, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 236 083 prononcé le 28 mai 2020, le Conseil a annulé ces actes.

1.5. Le 22 juin 2020, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.6. En date du 23 juin 2020, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle 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 [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 22.06.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique qu'un des traitements prescrits n'est plus nécessaire à l'intéressée. 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 ».*

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 23.06.2020 ».*

## 2. Question préalable

2.1. En termes de requête, la partie requérante indique que le recours est également dirigé contre l'avis du médecin fonctionnaire de la partie défenderesse daté du 22 juin 2020.

2.2. En l'espèce, il ressort des termes de l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, de la Loi, que le rapport du fonctionnaire médecin ne constitue qu'un avis. Il ne s'agit donc pas d'une décision attaivable au sens de l'article 39/1, § 1<sup>er</sup>, de la Loi, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Le Conseil relève également que la motivation du premier acte attaqué se réfère explicitement audit avis, et qu'il peut dès lors être considéré que, ce faisant, la partie défenderesse a fait siennes les considérations exprimées par ce médecin. Le Conseil estime dès lors qu'en attaquant la décision précitée, la requérante vise également l'avis du fonctionnaire médecin.

Ainsi, l'avis du fonctionnaire médecin constitue une décision préparatoire à celle statuant sur la demande de prolongation de l'autorisation de séjour introduite, laquelle constitue le premier acte attaqué, dont il n'est pas distinct. Il ne cause pas grief par lui-même. Toutefois, les irrégularités qui affecteraient cet avis demeurent susceptibles d'être critiquées par tout moyen de droit dirigé contre ledit acte.

2.3. Partant, le recours est irrecevable, en tant qu'il est dirigé contre l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 22 juin 2020.

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

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

- des articles 9<sup>ter</sup>, 13, §3, 2<sup>o</sup> et 62 de la [Loi] ;
- 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 ».

3.2. Dans une première branche, après avoir rappelé la portée des principes de minutie, de prudence et de précaution, elle expose que « *Lorsque la partie adverse a été amenée à statuer, suite à l'arrêt d'annulation de Votre Conseil du 28 mai 2020, l'épidémie de Covid-19 avait déjà été déclarée pandémie par l'OMS et continuait à avoir de nombreuses [répercussions] partout dans le monde. Pour cette raison, en plus d'actualiser le dossier médical de la requérante (certificat médical type daté du 28 juin 2020), son conseil a transmis à la partie adverse des informations objectives, provenant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Médecins sans frontières (MSF), concernant les graves perturbations en République démocratique du Congo quant à l'accès aux médicaments contre le virus de l'immunodéficience humaine. Le courrier transmis à la partie adverse le 13 juillet 2020 reprenait en ces termes : « En effet, au-delà des fréquentes ruptures de stocks auxquelles la RDC est confrontée en temps normal, l'OMS fait à présent état de graves perturbations au niveau de l'accès aux médicaments contre le VIH en raison de la pandémie de COVID-19 (pièce 3) : « Selon l'OMS, l'accès aux médicaments contre le VIH est gravement perturbé par le COVID-19 alors que la riposte au sida ne progresse plus. Les pays cherchent des moyens novateurs d'atténuer l'impact des perturbations et d'assurer la continuité des services. Selon une nouvelle enquête de l'OMS menée avant la conférence de l'International AIDS Society, 73 pays ont signalé qu'ils risquaient de connaître des ruptures de stock d'antirétroviraux (ARA) en raison de la pandémie de COVID-19. Vingt-quatre pays ont indiqué que leur stock d'ARV était extrêmement faible ou que l'approvisionnement pour ces médicaments vitaux était perturbé. Cette enquête fait suite à une modélisation effectuée par l'OMS et l'ONUSIDA en mai, selon laquelle une interruption de six mois de l'accès aux ARV pourrait entraîner un doublement du nombre de décès liés au sida en Afrique subsaharienne pour la seule année 2020. On estime qu'en 2019, 8,3 millions de personnes bénéficiaient d'ARV dans les 24 pays qui connaissent actuellement des pénuries. Cela représente environ un tiers (33 %) des personnes qui prennent un traitement contre le VIH à l'échelle mondiale. Bien qu'il n'existe aucun traitement curatif contre l'infection à VIH, les ARV permettent de maîtriser le virus et de prévenir sa transmission sexuelle. Il ressort de l'enquête que l'incapacité des fournisseurs à livrer des ARV à temps et la fermeture des services de transport terrestre et aérien, associées à un accès limité aux services de santé à l'intérieur des pays en raison de la*

pandémie, sont parmi les causes de ces perturbations. « Les conclusions de cette enquête sont très préoccupantes », dit le Dr [T.A.G.], Directeur général de l'OMS. « Les pays et les partenaires qui œuvrent en faveur du développement doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour que ceux qui ont besoin d'un traitement contre le VIH continuent d'y avoir accès. Nous ne pouvons pas laisser la pandémie de COVID-19 réduire à néant les avancées obtenues de haute lutte dans la réponse mondiale contre cette maladie », a-t-il ajouté ». MSF fait le même constat (pièce 4) : « L'EFFET CACHÉ DU COVID-19 SUR LES SOINS La faible capacité en tests et les délais de communication des résultats ne sont pas les seuls défis posés par la riposte au COVID-19 dans la capitale congolaise. Depuis que la pandémie a été déclarée, nous constatons en effet une baisse marquée du nombre de consultations et d'admissions en consultation et hospitalisation générale dans les structures de santé que nous soutenons à Kinshasa, y compris dans son centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida, le Centre Hospitalier de Kabinda (CHK). « Au Centre Hospitalier Kabinda, le nombre de consultations VIH a baissé de 30% entre janvier et mai », note [G.M.], coordinatrice médicale du projet VIH/Sida de MSF à Kinshasa. « Et au Centre Mère et Enfants de Ngaba que nous soutenons, une baisse de 44% des consultations générales a été enregistrée entre janvier et avril. C'est très inquiétant. » Le Dr [R.M.], médecin directeur du centre hospitalier privé Mudishi Liboke, tire le même constat. « Depuis mars, les consultations ont chuté de plus de moitié ici, passant d'environ 250 à 100 patients par mois. Nos malades nous disent qu'ils ont peur de se faire contaminer par le COVID-19 en venant consulter. D'autres évoquent les difficultés de mouvement ou l'impact économique des mesures de prévention ». Cette baisse de fréquentation inquiète nos équipes. Si la fréquentation baisse dans des structures que nous soutenons - donc gratuites et disposant de matériel de protection — il est plus que probable qu'elle ait chuté dans bien d'autres structures de la capitale. De nombreux malades ne bénéficiant plus de soins parfois vitaux, le taux de mortalité lié aux autres pathologies risque donc d'être plus élevé que celui actuellement constaté chez les patients porteurs du COVID-19. « De nombreuses personnes redoutent d'être infectées par le virus en se rendant dans les structures de santé jugées sous-équipées en matériel de protection, ou d'y être isolées et stigmatisées longtemps du fait des délais pour obtenir les résultats des tests », constate [K.J.]. « Cette situation affecte la prise en charge des personnes malades et le suivi de leur traitement, notamment dans le cas de pathologies telles que le diabète, la tuberculose, le paludisme ou le VIH/Sida. » » (pièce 3). Ces informations font donc état de structures de santé jugées sous-équipées en matériel de protection mais également d'interruption dans l'accès aux traitements antirétroviraux. La partie adverse par l'intermédiaire de son médecin conseil, pour répondre aux exigences de motivation de Votre arrêt du 28 mai 2020, dépose une nouvelle requête issue de la banque de données Medcoi datée du 13 janvier 2020 et donc antérieure au 11 mars 2020, date à laquelle l'épidémie de Covid-19 a été déclarée pandémie. Or, il appartenait à la partie adverse de prendre en compte tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce de sorte qu'elle ne pouvait faire fi de celui-ci. Votre Conseil, dans une affaire concernant l'accessibilité et la disponibilité des soins au Mali, a écarté l'argument de l'Etat belge, qui reprochait au requérant de ne pas avoir fait état de l'incidence du conflit sur sa situation en ces termes : « il s'agit d'un événement notoire, lequel implique nécessairement une information actualisée de la part de l'Etat belge au moment de la prise de sa décision » (C.C.E., 28 octobre 2015, n° 155.538). De la même manière, les recherches effectuées par la partie défenderesse sont donc insuffisantes en ce qu'elles ne tiennent pas compte de la pandémie de Covid-19, élément notoire s'il en est. Les sources citées sont en effet trop anciennes et ne permettent pas d'établir à suffisance que le traitement requis par la pathologie de la requérante est actuellement disponible en RDC dans ce contexte. La décision attaquée ne peut dès lors pas être considérée comme suffisamment et valablement motivée ».

3.3. Dans une deuxième branche, elle reproduit le contenu de l'article 3 de la CEDH, elle s'attarde sur la portée et les implications de cette disposition et elle se réfère en substance à la jurisprudence européenne à cet égard. Elle argumente qu' « En l'espèce, les éléments repris par la requérante dans son courrier du 13 juillet 2020, joints au présent recours, sont de nature à nuancer les affirmations portées dans l'avis médical du 22 juin 2020 : « (...) le Conseil du requérant sait pertinemment bien que notre service effectue des demandes régulières sur le terrain auprès de MedCOI. Ainsi de nos demandes réitérées, il apparaît qu'il existe un problème de fourniture pour la rilpivirine (délai de 2 semaines nécessaire) et la nevirapine son proche dérivé (délai de 2 semaines également). (...) Le recours à MedCOI est fiable, précis et peut être répété au cours du temps et garantit une continuité du traitement au pays d'origine. Ces faits sont objectifs, nets, actualisés et standardisés ». La requérante a transmis à la partie adverse, postérieurement à la prise de décision mais antérieurement à sa notification, des éléments sérieux et actualisés provenant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Médecins sans frontières (MSF) faisant état de ruptures de stock des antirétroviraux supérieures à deux semaines. Si Votre Conseil ne devait pas accepter l'argument de la requérante tenant à l'insuffisance et à l'inadéquation de la motivation de la partie adverse (cfr. première branche), dans le

cadre de l'examen d'une demande de suspension. Vous vous devez, selon l'article 39/82, §4, alinéa 4 (modifié par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses concernant la procédure devant le Conseil du Contentieux des étrangers et devant le Conseil d'Etat) de procéder : « à un examen attentif et rigoureux de tous les éléments de preuve portés à sa connaissance, en particulier ceux qui sont de nature à indiquer qu'il existe des motifs de croire que l'exécution de la décision attaquée exposerait le requérant au risque d'être soumis à la violation des droits fondamentaux de l'homme auxquels aucune dérogation n'est possible en vertu de l'article 15, alinéa 2, de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui fait l'objet d'un contrôle attentif et rigoureux ». A ce sujet, les travaux préparatoires autorisent Votre Conseil à : « de plein droit [...] prendre en compte un nouvel élément de preuve invoqué par la partie requérante lorsqu'il s'agit d'un grief défendable, basé de la violation des droits fondamentaux de l'homme » (projet de loi modifiant la [Loi] et modifiant les lois coordonnées du 12 janvier 1973 sur le Conseil d'Etat, l'exposé des motifs, doc. Parl., Ch. Repr, Sess. Ord. 2013-2014, n°3445/001, page 11). » Le risque de rupture de stock d'antirétroviraux, réaffirmé par la requérante et accentué en raison du contexte sanitaire actuel, présente un caractère individualisé dès lors qu'il s'avère suffisamment concret et probable. Si elle devait retourner dans son pays d'origine, la requérante encourrait un risque réel d'être soumise à des traitements contraires à l'article 3 de la CEDH ».

3.4. Dans une troisième branche, elle reproduit le contenu de l'article 13, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, de la Loi et de l'article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007. Elle développe qu' « En l'espèce, l'Office des Etrangers se fonde sur le nouvel avis médical du Docteur [S.] établi le 22 juin 2020 pour refuser à la requérante de prolonger son titre de séjour sur la base de l'article 9 ter. Le médecin conseil de l'Office des Etrangers aboutit à cette conclusion car le traitement requis pour l'infection par le VIH de la requérante ne nécessite actuellement plus l'administration de dolutégravir, inhibiteur d'intégrase (non disponible en 2018 en RDC d'après le rapport du Docteur [B.J]), cette seule circonstance constituant, selon lui, un « changement radical et durable » (cfr. conclusion de la décision litigieuse). Le Docteur [C.M.], au sein du certificat médical type rédigé le 17 juin 2019, après avoir repris les pathologies toujours actives de Madame [K.] et le traitement médicamenteux lourd auquel elle reste soumise, indique qu'un arrêt du traitement entraînerait l'apparition d'infections opportunistes ou de néoplasies liées à l'immunodépression, la récidive de la tuberculose, l'apparition de résistances virales au traitement, la transmission du VIH résistant à la première ligne de traitement à la communauté, l'évolution rapide de la dysplasie de haut grade au niveau cervical vers une néoplasie avancée du col utérin. Elle précise également que l'évolution et le pronostique sont modérément favorables vu l'association de plusieurs pathologies sévères et intriquées[.] Il apparaît dès lors que la requérante souffre toujours des mêmes pathologies ayant justifié l'octroi d'une autorisation de séjour, dont la gravité est toujours aussi sévère et la stabilité loin d'être assurée. Dès lors, la requérante n'aperçoit pas les raisons pour lesquelles la partie adverse conclut à un changement radical et non temporaire quant à sa situation clinique et ce, indépendamment d'une modification de son traitement actuel. Celui-ci ne peut suffire à établir un changement radical et durable de sa situation, la partie adverse ne s'expliquant pas à ce sujet. La motivation de l'acte attaqué, lequel se fonde exclusivement sur le rapport du 22 juin 2020, paraît donc insuffisante au regard des critères repris à 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]. En reprenant à son compte la conclusion de son médecin conseil suivant laquelle le changement des circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire, la partie défenderesse a failli à son obligation de motivation formelle (En ce sens CCE, arrêt n° 114.693 du 29 novembre 2013 ; CCE, arrêt n° 134.275 du 28 novembre 2014) ».

3.5. Dans une quatrième branche, elle souligne 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 22 juin 2020. [...] 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 02.01.20 — BMA13182, 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 alafénamide sont disponibles en RDC, de même que la nevirapine qui peut remplacer la rilpivirine comme inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase réverse, en notant que pour ces deux dernières molécules, il peut y avoir un délai de fourniture de quinze jours. Il y a lieu de constater que la requête du 2 janvier 2020 ne

concerne pas le cas spécifique de la requérante (en l'espèce, une femme de 72 ans atteinte du VIH). 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 les ruptures de stock ont été largement sous-estimée[s] et non actualisées suite à la pandémie de Covid-19 (cfr. première branche). 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'Afravih (informations tirées du site : <http://www.afravih2016.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. cinquième 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. Dénormes 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 offrit 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 refusant de prolonger l'autorisation de séjour de la requérante basée sur l'article 9ter 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 ».*

3.6. Dans une cinquième branche, elle soutient que « *La partie adverse prétend que les traitements médicaux et suivis nécessaires seraient accessibles en RDC. L'examen de l'accessibilité des soins est inopérant dans la mesure où il a été démontré supra que ceux-ci n'étaient pas disponibles au Congo. La requérante souhaite toutefois répondre aux arguments de la partie adverse qui ne sont pas pertinents. [...] Dans sa demande d'autorisation de séjour, la requérante s'est référée à plusieurs sources relatives à la situation des soins de santé en RDC mais également à l'absence de prise en charge des personnes atteintes du VIH, des fréquentes ruptures de stocks des antirétroviraux, du manque de médecins et d'infrastructures spécialisées ainsi que de l'absence de système de sécurité sociale efficace et accessible à tous. La partie adverse considère, toutefois, que les éléments invoqués par la requérante dans sa demande ont un caractère général et ne la visent pas personnellement. Elle estime que la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant en RDC et lui reproche de ne pas démontrer que sa situation individuelle est comparable à la situation générale. Dans son arrêt d'annulation du 28 mai 2020, Votre Conseil a toutefois considéré que : « (...) 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. Elles sont en outre étayées par des rapports déposés à l'appui de la demande » En considérant que la requérante aurait dû davantage individualiser sa demande, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et de motivation, méconnaissant par ailleurs l'autorité de chose jugée liée à l'arrêt précité. [...] Dans la décision attaquée, la partie adverse considère que la requérante pourrait avoir accès aux soins adéquats car la RDC a lancé, en septembre 2012, le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Elle indique que suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhérés aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts des soins de santé et que des campagnes de sensibilisation sont menées, pour susciter davantage d'adhésions. Afin de justifier ses allégations, elle renvoie à un article d'inter Press Service News Agency intitulé « Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles (RD Congo) » datant du 22 mars 2013 (<http://ipsinternatinoal.org/fr/note.asp?idnews=7489>). Or, le seul fait de se référer à un article datant d'il y a plus de 5 ans ne suffit pas à démontrer qu'il existerait à l'heure actuelle un système de mutuelle qui permettrait à la requérante d'avoir accès aux traitements adéquats. La partie adverse cite à titre d'exemple l'existence d'une mutuelle, la MUSQUAP (Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa), et renvoie à un site internet (<https://7sur7.cd/kinshasaplusieurs-familles-adherent-a-la-mutuelle-de-sante-des-quartiers-populaires/>) livrant des informations sommaires sur son fonctionnement. L'on y apprend notamment qu'une cotisation mensuelle doit être payée sans toutefois en indiquer le montant. Les prestations couvertes sont, en outre, limitées aux soins de santé primaires, aux consultations de médecine générale et spécialisée ; examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; aux hospitalisations de moins de 15 jours ; aux opérations de petite et moyenne chirurgie ; aux accouchements ; aux actes infirmiers ainsi qu'aux médicaments essentiels génériques. Le document ne précise donc pas si les pathologies dont souffre la requérante sont couvertes par cette mutuelle qui se limite aux soins de base. La partie adverse ajoute qu'afin de mieux réglementer le système des mutuelles, la loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité » a été promulguée le 9 février 2017 et que 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 ajoute que cette loi confie aux mutualités l'offre des soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et*

de soins spécialisés et dentaires. En outre, elle indique [qu']un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé. Le simple fait de se référer à des textes de loi ou organismes de supervision ne suffit pas à démontrer que la requérante pourrait bénéficier d'une prise en charge adéquate. L'ensemble de ces informations ne permet à l'évidence pas d'assurer à cette dernière le bénéfice d'une mutuelle a même de couvrir l'ensemble de ses soins médicaux d'ordre vital. Au contraire, la requérante a clairement indiqué, au sein de sa demande initiale, d'une part que le régime congolais n'offrait pas suffisamment de garanties pour une prise en charge médicale globale de son état de santé et d'autre part qu'elle ne pourrait en tout état de cause pas remplir l'engagement financier nécessaire à la prise en charge par une assurance ou une mutualité. La partie adverse ne semble pas avoir tenu compte de ces informations alors qu'elles sont fondamentales car elles viennent attester de l'extrême difficulté pour la population congolaise de bénéficier d'une couverture sociale efficace. La motivation de la décision attaquée ne permet, en outre, pas de comprendre pourquoi les informations déposées par la partie adverse devraient primer sur celles mises en avant par la requérante et pourquoi ces dernières ne doivent pas être prises en compte. [...] La partie adverse argue ensuite que, dans l'hypothèse où la requérante serait dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle pourrait s'adresser au Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Elle ne précise, cependant, pas à quel prix et dans quelles conditions l'on peut avoir accès à ces services. Le document révèle, en outre, que le BDOM assure une couverture sanitaire à 2 millions d'habitants à Kinshasa, soit un cinquième de la population kinois, et couvre approximativement 25% des besoins en soins de santé primaire sur place. Il apparaît dès lors de façon claire et évidente qu'il s'agit d'un service qui ne peut être offert à tous et que l'accès à ce dernier est fortement limité du fait de son manque d'infrastructures et de personnel qualifié. L'existence du BDOM ne permet dès lors pas de démontrer que la requérante aurait accès aux traitements et aux suivis adéquats à ses différentes pathologies en cas de retour en RDC. [...] Enfin, la partie adverse considère que la requérante est en âge de travailler et que rien n'indique qu'elle serait exclue du marché du travail en cas de retour en RDC. Elle en conclut dès lors que cette dernière serait en mesure d'obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé. Une telle affirmation n'est toutefois nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète du marché de l'emploi à la requérante dans son pays d'origine, d'autant que cette dernière n'y a plus vécu depuis plusieurs années et ne serait inévitablement pas en mesure de faire face à des horaires lourds en raison de son état de santé fragile ».

3.7. Elle conclut qu' « une analyse attentive de la décision attaquée révèle que la partie adverse a violé de manière flagrante l'ensemble des dispositions et principes visés au présent moyen. La décision attaquée ne démontre nullement que les soins et médicaments nécessités par l'état de santé de la requérante sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine. Le moyen, en toutes ses branches, est fondé ».

#### 4. Discussion

4.1.1. Le Conseil rappelle, à titre liminaire, que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, à laquelle il se rallie, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué (cf. notamment, C.E., arrêt n° 164.482 du 8 novembre 2006).

Le Conseil observe que la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son unique moyen, de quelle manière la partie défenderesse aurait violé les articles 41, 47 et 48 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne et les droits de la défense.

Il en résulte que le moyen unique est irrecevable en ce qu'il est pris des droits de la défense et de la violation des articles précités.

4.1.2. Quant à l'invocation de l'article 39/82, § 4, alinéa 4 de la Loi, le Conseil constate que l'argument manque en droit. En effet, cette disposition est d'application au référé administratif, *quod non*.

4.2. Sur les branches réunies du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 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 *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, 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'expliquer 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).

4.3. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 22 juin 2020 dont il ressort, en substance, que la requérante est atteinte d'une pathologie pour laquelle le traitement médicamenteux et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

4.4. S'agissant du reproche émis à l'encontre de la partie défenderesse de ne pas avoir justifié un changement radical et durable des circonstances ayant mené à l'autorisation de séjour dans le chef de la requérante, le Conseil considère qu'il ne peut être reçu. Le Conseil souligne en effet qu'il ressort de l'avis antérieur du 26 juillet 2018 du médecin-conseil de la partie défenderesse que la requérante a été autorisée au séjour temporaire uniquement en raison du fait que le « *Dolutégravir* », qui faisait partie de son traitement médicamenteux, n'était pas disponible au pays d'origine. Or, il ne ressort pas des pièces médicales fournies à l'appui de la demande de prolongation de son autorisation de séjour que ce médicament est toujours prescrit à la requérante. Ainsi, cet élément constitue un changement radical et non temporaire par rapport à la situation de la requérante lui ayant permis de bénéficier d'une autorisation de séjour. Par ailleurs, le fait que la requérante « *souffre toujours des mêmes pathologies ayant justifié l'octroi d'une autorisation de séjour, dont la gravité est toujours aussi sévère et la stabilité loin d'être assurée* » ne peut remettre en cause ce qui précède. Le Conseil rappelle en outre que, dans son avis du 22 juin 2020, le médecin-conseil de la partie défenderesse a conclu à la disponibilité et à l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires actuellement à la requérante (*cfr infra*).

Le médecin-conseil de la partie défenderesse a donc relevé à suffisance et à bon droit dans la conclusion de son avis du 22 juin 2020 que « *Le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre de maladies dans un état tel qu'elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent et sont accessibles au pays d'origine. Le traitement requis pour l'infection par le virus d'immunodéficience humaine ne nécessite plus de dolutégravir, inhibiteur d'intégrase. Il s'agit donc d'un changement radical et durable. Le suivi gynécologique et médical de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine peut maintenant être assuré au pays d'origine. Par conséquent, d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine. Étant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé ; qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour de la requérante* » et la partie défenderesse a pu valablement s'y référer.

4.5. A propos de la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil observe que le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué « *Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé[e]) : Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI : Requête Medcoi du 02.01.2020 portant le numéro de référence unique BMA13182 Requête Medcoi du 16.05.2019 portant le numéro de référence unique BMA 12417 Requête Medcoi du 08.01.2019 portant le numéro de référence unique BMA11967* [le médecin Conseil reproduit des extraits des requêtes Medcoi précitées]

*Ces requêtes démontrent la disponibilité en République Démocratique du Congo du suivi gynécologique (et frottis cervical), du suivi en maladies infectieuses, de la mesure de la charge virale et du taux de [CD4] ainsi que de l'emtricitabine, du tenofovir alafenamide et de la rilpivirine ou la nevirapine comme inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase réverse (notons que pour ces deux dernières molécules, il peut y avoir un délai de fourniture de 15 jours). Quant à des ruptures de stocks éventuelles, notons que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée car l'affection en question étant chronique, la requérante peut se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire. Pour éviter ce problème, le Conseil du requérant sait pertinemment bien que notre service effectue des demandes régulières sur le terrain auprès de MedCOI. Ainsi de nos demandes réitérées, il apparaît qu'il existe un problème de fourniture pour la rilpivirine (délai de 2 semaines nécessaire) et la nevirapine son proche dérivé (délai de 2 semaines également). Pour les autres molécules en question, ce problème ne se pose pas. Le Conseil du requérant fournit des informations vagues quant aux ruptures de stocks des antirétroviraux et ne démontre pas de quelles de molécules il s'agit, ni de quelle durée est la rupture d'approvisionnement. Ces informations ne peuvent donc être vérifiées et précisées. Le recours à MedCOI est fiable, précis et peut être répété au cours du temps et garantit une continuité du traitement au pays d'origine. Ces faits sont objectifs, nets, actualisés et standardisés. Il ne nous appartient par ailleurs pas de gérer les stocks et l'approvisionnement des médicaments dans les pays étrangers. 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'Afravih, 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.afravih2016.org/images/ProQgramme/Livre\\_des\\_resumes\\_CO.pdf](http://www.afravih2016.org/images/ProQgramme/Livre_des_resumes_CO.pdf) De ces informations, on peut conclure que les soins sont disponibles en République Démocratique du Congo », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.*

Quant au grief selon lequel les requêtes MedCOI ne concernent pas le cas spécifique de la requérante, le Conseil n'en perçoit en tout état de cause pas l'intérêt dès lors que celles-ci examinent bien la disponibilité au Congo du traitement médicamenteux et du suivi requis à la requérante.

Par ailleurs, la circonstance que le « Rilpivirine » ne soit pas repris dans les requêtes Medcoi datées de 2019 ne peut remettre en cause le fait que la requête Medcoi datée de 2020 atteste de la disponibilité de celui-ci au Congo.

S'agissant du reproche selon lequel « *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)* », le Conseil rappelle qu'il ressort de l'arrêt n° 236 016 prononcé le 6 octobre 2016 par le Conseil d'Etat qu' « *il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réservier la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine* ». Le Conseil souligne en outre que le médecin de la requérante n'a formulé aucune réserve quant au fait que les médicaments prescrits à cette dernière ne pouvaient être substitués par des équivalents. Le Conseil relève enfin qu'il ressort en tout état de cause des requêtes MedCOI précitées que l'intégralité du traitement actuellement administré à la requérante, dont le « Rilpivirine », est disponible au pays d'origine.

Au sujet des ruptures de stock invoquées, le Conseil observe que le médecin-conseil de la partie défenderesse a spécifiquement mentionné que « *Quant à des ruptures de stocks éventuelles, notons que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée car l'affection en question étant chronique, la requérante peut se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire. Pour éviter ce problème, le Conseil du requérant sait pertinemment bien que notre service effectue des demandes régulières sur le terrain auprès de MedCOI. Ainsi de nos demandes réitérées, il apparaît qu'il existe un problème de fourniture pour la rilpivirine (délai de 2 semaines nécessaire) et la nevirapine son proche dérivé (délai de 2 semaines également). Pour les autres molécules en question, ce problème ne se pose pas. Le Conseil du requérant fournit des informations vagues quant aux ruptures de stocks des antirétroviraux et ne démontre pas de quelles de molécules il s'agit, ni de quelle durée est la rupture d'approvisionnement. Ces informations ne peuvent donc être vérifiées et précisées. Le recours à MedCOI est fiable, précis et peut être répété au cours du temps et garantit une continuité du traitement au pays d'origine. Ces faits sont objectifs, nets, actualisés et standardisés. Il ne nous appartient par ailleurs pas de gérer les stocks et l'approvisionnement des médicaments dans les pays étrangers* », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique concrète. S'agissant des graves perturbations au Congo au niveau de l'accès aux médicaments et suivis contre le VIH en raison de la pandémie de COVID-19 dont se prévaut la requérante, le Conseil relève que cette information a été fournie pour la première fois à la partie défenderesse par un courrier qui lui a été transmis le 13 juillet 2020, lequel contient un communiqué de presse de l'OMS et un article de MSF à cet égard. Ainsi, le premier acte attaqué ayant été pris le 28 juin 2020, il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas y avoir eu égard en vertu du principe de légalité. La partie requérante reste en défaut de démontrer en quoi les informations fournies par les requêtes Medcoi ne serait plus d'actualité pour le traitement prescrit. Par ailleurs, le Conseil considère qu'il ne peut être raisonnablement estimé que l'information transmise par la partie requérante était notoire.

4.6. Relativement à l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil remarque que le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de l'intéressée fournit des documents sur la situation humanitaire en République démocratique du Congo : - « Plus de 85% de la population congolaise n'a pas accès aux soins médicaux » - « République démocratique du Congo : développements actuels » - « Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marche de la lutte mondiale contre le VIH » - Commissions européennes, RDC. Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes - Plan national de développement sanitaire - World Health Organization, RDC - Statistics summary - Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017 - « Les négligés de l'infection au VIH. Patients au stade avancé : une prise en charge adaptée et gratuite est leur seule chance de survie » - « La santé à l'agonie en République démocratique du Congo » - « Quel système de sécurité sociale pour la RDC ? Assurance maladie ? Mutuelles ? Assurances privées ? » - « RDC : consultations [en] cardiologie et traitement du cancer » - « Médecines d'ici, médecines d'ailleurs : l'accessibilité aux soins et le cancer au cœur du VIème congrès de l'AFMED ce lundi à Kinshasa - « Coût couverture universelle en RDC : le Ministre de la santé avance le chiffre de 4 milliards US/an » Notons par ailleurs que ces affirmations ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à*

la situation générale et n'étaye en rien [son] allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). 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, Mamalkuov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslüm/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Un article d'IPS nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisations 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 créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts. Afin de mieux réglementer le système de mutuelles, la loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité» a été promulguée le 9 février 2017. 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 Œuvres 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. 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. Notons également que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée. L'affection en question étant chronique, la requérante peut en effet se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire suite à une rupture de stock. Signalons que la loi du 14 juillet 2008 prévoit la gratuité des soins et des médicaments pour les malades du SIDA/IH en République Démocratique du Congo (<http://Avww.leganet.cd7Legislation/Droit%20Public/SANTE/L.08.011.14.07.2008.htm>). Enfin, 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, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile.

Le raisonnement du médecin-attaché de la partie défenderesse repose donc sur des éléments distincts, à savoir : le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé ; la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa ; la loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité » promulguée le 9 février 2017 ; le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales ; la loi du 14 juillet 2008 prévoyant la gratuité des soins et des médicaments pour les malades du SIDA/VIH au Congo et, enfin, le fait que la requérante est en âge de travailler et que rien n'indique qu'elle serait exclue du marché de l'emploi lors de son retour au pays d'origine.

En termes de requête, la partie requérante ne conteste pas l'élément ayant trait à la loi du 14 juillet 2008. Par ailleurs, la requérante n'a jamais fait valoir en temps utile une incapacité de travailler ou qu'elle aurait des difficultés à trouver un emploi au pays d'origine. En conséquence, sans s'attarder sur la pertinence ou non des autres éléments, le Conseil estime que les informations ayant trait à la loi du 14 juillet 2008 et à la possibilité de travailler de la requérante (et ainsi de financer ses soins médicaux), qui ne sont pas remises en cause, du moins utilement, en termes de requête, suffisent pour considérer que la condition d'accessibilité aux soins et suivi requis est remplie. A titre de précision, le Conseil relève qu'en vertu de la loi précitée, tous les soins et les médicaments pour les malades du SIDA sont gratuits au Congo. En outre, rien n'indique concrètement que la requérante ne pourrait trouver un

emploi au pays d'origine et financer elle-même le suivi gynécologique restant dont elle a besoin suite à son infection par le HPV.

S'agissant des difficultés invoquées par la requérante en termes de demande, le Conseil estime, hormis celles liées aux fréquentes ruptures de stock des antirétroviraux, qu'elles sont générales et que le médecin-conseil de la partie défenderesse a répondu à juste titre que « *Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de l'intéressée fournit des documents sur la situation humanitaire en République démocratique du Congo : - « Plus de 85% de la population congolaise n'a pas accès aux soins médicaux » - « République démocratique du Congo : développements actuels » - « Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marche de la lutte mondiale contre le VIH » - Commissions européennes, RDC. Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes - Plan national de développement sanitaire - World Health Organization, RDC - Statistics summary - Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017 - « Les négligés de l'infection au VIH. Patients au stade avancé : une prise en charge adaptée et gratuite est leur seule chance de survie» - « La santé à l'agonie en République démocratique du Congo » - « Quel système de sécurité sociale pour la RDC ? Assurance maladie ? Mutuelles ? Assurances privées ? » - « RDC : consultations [en] cardiologie et traitement du cancer » - « Médecines d'ici, médecines d'ailleurs : l'accessibilité aux soins et le cancer au cœur du VIème congrès de l'AFMED ce lundi à Kinshasa - « Coût couverture universelle en RDC : le Ministre de la santé avance le chiffre de 4 milliards US/an » Notons par ailleurs que ces affirmations ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien [son] allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009) » et que « Notons également que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée. L'affection en question étant chronique, la requérante peut en effet se constituer une réserve du médicament nécessaire afin de faire face à une éventuelle pénurie transitoire suite à une rupture de stock ». Le Conseil souligne que les considérations en termes de recours ne peuvent suffire à remettre en cause le caractère général des informations avancées par la requérante dans sa demande et il rappelle à nouveau que le médecin-conseil de la partie défenderesse a répondu expressément à l'argument tiré des fréquentes ruptures de stock des antirétroviraux. Enfin, la requérante n'a nullement fait état spécifiquement à l'appui de sa demande d'un manque de médecins et d'infrastructures spécialisées qui lui seraient nécessaires.*

4.7. A propos du grief fait à la partie défenderesse de n'avoir fourni aucune information concrète quant au coût des médicaments et du suivi nécessaires au Congo ainsi que quant aux modalités pratiques de ce suivi, le Conseil relève que les indications du médecin-conseil de la partie défenderesse suffisent à constater la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi requis au pays d'origine et qu'il ne lui appartenait pas de fournir des informations complémentaires de ce type.

4.8. Le Conseil estime par conséquent que la partie défenderesse a pu, à bon droit, rejeter la demande de renouvellement de la requérante en se référant au rapport de son médecin-conseil daté du 22 juin 2020.

4.9. Concernant l'ordre de quitter le territoire attaqué, il s'impose de constater qu'il est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation que « *En vertu de l'article 13 §3, 2<sup>e</sup> 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 23.06.2020 », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile (cfr supra).*

4.10. Les cinq branches réunies du moyen unique pris ne sont pas fondées.

## 5. Débats succincts

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

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

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

**Article unique.**

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quinze avril deux mille vingt et un par :

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

Mme S. DANDOY, greffier assumé,

Le greffier, Le président,

S. DANDOY C. DE WREEDE