Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 253 577 du 28 avril 2021
dans X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. MANZANZA MANZOA
Avenue de Selliers de Moranville 84
1082 BRUXELLES

Contre :

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

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

Vu la requête introduite le 2 juin 2017, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 27 mars 2017.

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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 24 février 2021.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. BOUFARES *loco* Me A. MANZANZA MANZOA, 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.

La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 4 octobre 2012. Le lendemain, elle a introduit une demande d'asile. Le 27 février 2013, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt n° 109 058 du 4 septembre 2013. Le 5 mars 2013, un ordre de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13quinquies) a été délivré à la requérante.

Par un courrier du 10 janvier 2014, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 23 avril 2014, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Le 6 juin 2014, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 26 août 2015, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Le 24 février 2016, elle a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 27 mars 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, qui lui ont été notifiées en date du 3 mai 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- *S'agissant du premier acte attaqué :*

> « Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.
>
> L'intéressée invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (RDC), pays d'origine de la requérante.
>
> Dans son avis médical remis le 22.03.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.
>
> Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.
>
> Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH ».

- *S'agissant du deuxième acte attaqué :*

> « L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:
>
> En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un passeport valable revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé du premier moyen d'annulation.

La partie requérante prend un premier moyen de la violation « des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 […]; des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, de l'erreur manifeste d'appréciation ainsi que du principe général de bonne administration tenant à l'obligation pour une bonne administration de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause ».

Elle reprend les indications du certificat médical-type selon lesquelles

> « De manière générale, tout arrêt de traitement se solderait par une rechute de l'immunité, avec des complications infectieuses opportunistes létales... Les interruptions de traitement, fréquemment décrites dans les pays en voie de développement peuvent également aboutir à rendre le virus multi-résistant, compliquer le traitement (traitements de sauvetage non disponibles en Afrique) et compromettre le pronostic vital. […] Enfin, on sait que la couverture en ARV parmi les personnes à un stade avancé de la maladie en RDC est de 12,3% (Site de ONUSIDA : Rapport d'activité sur la riposte au vih/sida en République Démocratique du Congo en 2012. Consulté le 19 décembre 2012...Les données de la Banque Mondiale de 2014 confirment que la couverture en ARV tourne autour de 20 à 25% en RDC... Ce que nous rapportent les ressortissants de RDC arrivés récemment en Belgique confirme l'extrême difficulté de se procurer les traitements antiviraux de manière régulière, même s'ils sont «théoriquement

> disponibles ». Dans ces conditions, il est permis de douter que cette patiente déjà âgée puisse bénéficier des traitements dans un délai suffisamment court pour éviter les complications graves... ».

La partie requérante expose que « contrairement au soutènement de la partie adverse, les soins médicaux qu'elle bénéficie (sic) actuellement en Belgique ne sont ni disponibles ni accessibles au pays d'origine, la République Démocratique du Congo. Il est écrit, à juste titre, que : l'adéquation du traitement doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier, compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc. » (K. DE HAES et J-F HAYEZ, Statut administratif des étrangers, ADDE, Nivelles, 2009, p. 47). Le Directeur général de l'Office des étrangers a fait référence à cette condition de disponibilité concrète et réelle lors de son audition au parlement en soutenant que : « l'accessibilité effective dans une infrastructure et la possibilité matérielle de recevoir un traitement et des médicaments sont également pris en compte » (Doc. Parl, Chambre, sess. Ord. 2005-2006, n° 2478/008, Exposé introductif, p. 137). A tout bien considérer, pour que l'on puisse prétendre que la requérante aurait accès à un traitement ou à des soins adéquats en cas de retour en pays de provenance, il est requis que ceux-ci soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité, et ce au sens du commentaire général n°14 relatif à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Il faut donc que la continuité du traitement lui soit garantie. La partie adverse s'est référée au rapport de son médecin conseil alléguant que les pathologies de la requérante peuvent être traitées et suivies en RDC sans entraîner un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, les soins médicaux dans ce pays étant accessibles et disponibles ».

Elle cite des extraits, relatifs au système de soins de santé congolais et à son accessibilité, d'un rapport intitulé : « 'FICHE-PAYS REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC) (http://wwzv.cri-project.eu/cs/cs-congo-jr.pdf)' réalisé en juin 2009 dans le cadre d'un projet CRI (Country of Return Information-information sur le pays de Retour) qui fonctionne à travers un réseau d'ONG responsables de la collecte et du transfert d'informations spécifiques sur les possibilités de réinsertion, destinées aux candidats potentiels au retour ainsi qu'à leurs conseillers ».

Elle ajoute que les informations reprises par le médecin-conseil dans son avis « sont également contredites par un rapport récent (1er décembre 2016) de Médecins Sans Frontières (MSF) qui indique que « 87 personnes meurent chaque jour du SIDA en RDC parce que le dépistage **et les médicaments ne sont pas accessibles** » (mis en gras et souligné par la requérante).

Elle indique que « Le médecin conseil de la partie adverse allègue également dans son rapport en ce qui concerne « l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine » que pour faire face au coût lié au traitement, il existe actuellement en RDC beaucoup d'initiatives locales de création de « mutuelles » ou « mutualités » qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales sous la forme, le plus souvent de primes forfaitaires en cas de maladies... Il cite à cet effet : SOLIDARCO (solidarité Begique-Congo), MNK (mutualité neutre de Kinshasa), la Mutualité de santé des enseignants de l'EPSP(MESP), la Mutuelle de santé de l'UNTC (MUSU)... La MESP est une mutuelle de santé des enseignants et la MUSU est une fédération nationale des cadres. La requérante ne fait pas partie de ces catégories sociales et ne peut être membre de ces mutuelles. En plus, elle n'a personne à Kinshasa pour l'aider financièrement. Son fils qui y habitait est déjà décédé et sa cousine n'exerce plus ses activités commerciales ».

3. Discussion.

3.1. L'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

> « 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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (*cf.* CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE

28 novembre 2013, n^{os} 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (*cf*. CE 28 novembre 2013, n^{os} 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (*cf*. CE 5 novembre 2014, n^{os} 229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, *Ch. repr*., sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (*cf.* CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n^{os} 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n^{os} 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. 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 mars 2017, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que

la requérante souffre d'une infection par le VIH, d'une hypertension artérielle sévère et d'une tubulopathie débutante avec micro-albuminurie.

3.3. S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil relève que le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 22 mars 2017, ce qui suit :

> « Concernant l'accessibilité aux soins en République Démocratique du Congo (RDC), le conseil de l'intéressée affirme que sa cliente ne pourrait pas avoir accès, au Congo, à la prise en charge dont elle bénéficie actuellement en Belgique. Il cite l'ONG «Médecins sans Frontières (MSF) » qui s'alarmait de la situation des personnes vivant avec le VIH/SIDA en RDC. Que la requérante ne peut avoir accès ni, aux examens que nécessite son état, ni encore moins au suivi régulier d'un médecin généraliste et d'un psychiatre. Il évoque l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Il conclut qu'il n'existe aucun traitement adéquat et sérieux au Congo, de nature à éviter à l'intéressée un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits humains.
>
> Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant en Rép. Dém. du Congo (RDC). 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).
>
> Concernant la prise en charge du VIH, notons qu'il y a eu un nouveau protocole de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, adopté depuis 2012 en RDC et connu sous l'Option B+. Grace à cette option, la revue nationale du Plan National de Lutte contre le Sida (PNLS) a permis d'identifier, comme progrès réalisés, l'augmentation de la couverture du paquet VIH, l'amélioration de l'utilisation des services ainsi que la décentralisation de l'offre de services vers les centres de santé et les maternités. L'Option B+ a mis l'accent sur l'implication des communautés afin de lever les obstacles qui freinent la demande et l'utilisation de ces services. L'Option B+ offre un traitement de qualité à davantage de personnes vivant avec le VIH », a déclaré le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, le Dr Kupa Mukengeshayi. « L'Option B+ va donner l'élan nécessaire pour entrainer l'épidémie au VIH vers un déclin irréversible », a précisé le Représentant de l'OMS en RDC, le Dr Joseph Cabore. Tandis que la Représentante de l'UNICEF en RDC, Barbara Bentein, a salué la mise en oeuvre de l'Option B+ en RDC.
>
> De plus, l'article cité en référence nous renseigne que bien que la prise en charge des personnes vivants avec le virus (PW) demeure insuffisante en RDC, le pays enregistre des résultats encourageants, a fait savoir le Dr Aimé Mboyo. C'est pourquoi, il a estimé que le gouvernement doit mobiliser davantage des ressources pour faire face aux 516 zones de santé à travers les 26 provinces qui devaient être ravitaillées en traitements antirétroviraux (ARV). À ce jour, 412 zones de santé assurent une couverture géographique. Un effort positif pour le pays, a-t-ll lâché avant d'ajouter, il faudra que le pays passe de 35 à 80% de couverture en termes de traitement. Sur plus de 420.000 personnes vivant avec le VIH/SIDA, 110.000 seulement sont sous traitement, a déploré cet expert du PNMLS. Et de souligner que 36 zones de santé sont couvertes des ARV à Kinshasa.
>
> Quant à considérer que le retour de la requérante au pays d'origine violerait l'article 3 de la CEDH, notons que 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, MüslinVTurquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.
>
> Mentionnons également 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 â tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire7. » Ajoutons que l'intéressée peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011). Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical en RDC. 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 1997, §38).
>
> Par ailleurs, pour faire face au coût lié au traitement, notons qu'il existe actuellement en RDC beaucoup d'initiatives locales de création de « mutuelles » ou « mutualités » qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales sous la forme, le plus souvent, de primes forfaitaires en cas de maladies, de décès ou de mariages et naissances. On dénombre à ce jour 102 associations mutualistes reparties dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de 500.000 bénéficiaires.

> Depuis le lancement par le Ministère de la Santé, en septembre 2012 du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé, beaucoup d'organisations mutualistes : SOLIDARCO (solidarité Belgique-Congo), MNK (mutualité neutre de Kinshasa), la Mutuelle de santé des enseignants de l'EPSP (MESP) ; la Mutuelle de santé de l'UNTC (MUSU) ; la Mutuelle de santé de Kinshasa (MUSAK), ... ont vu le jour en RDC. De plus en plus des Congolais adhèrent à ces structures pour faire face aux coûts de soins de santé. Dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation (2.5 à 4.5 dollars/mois) se présentent, en cas de maladie, dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires, les petites et moyennes chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée. Le ministre de la Santé publique, Félix Kabange, se réjouit de ces nombreuses adhésions aux mutuelles. Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centres de santé sont gérés par le Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM), une structure de l'église catholique, ont signé des conventions avec trois mutuelles de la ville. Chaque mois, le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles plus ou moins 50.000 dollars pour environ 20.000 bénéficiaires, dont le nombre va croissant. Pour lui, le programme quinquennal du gouvernement «Révolution de la modernité» (2011-2016) vise l'accès de tous aux soins de santé de qualité et à moindre coût.
>
> Il ressort aussi des déclarations déposées par madame [A. W.], auprès des instances d'asile compétentes belges, que ses enfants majeurs et sa cousine [M. E.] sont présents au pays d'origine. Que cette dernière avait déboursé 5000 dollars américains pour financer son voyage de Kinshasa jusqu'en Belgique. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait se prendre en charge au pays d'origine par sa famille. Vu la durée relativement longue de son séjour dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous osons croire que l'intéressée doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité.
>
> Et concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013) ».

Dans sa demande d'autorisation de séjour, la requérante a indiqué que les conditions d'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA en RDC étaient catastrophiques. Elle a cité un rapport dans lequel une coordinatrice médicale de MSF en R.D.C. affirme ce qui suit :

> « J'ai travaillé dans de nombreux pays d'Afrique centrale et australe auprès de patients séropositifs, mais ce que je vis ici en RDC n'existe plus ailleurs depuis plusieurs années… La situation de la RDC me rappelle l'époque à laquelle aucun traitement ARV n'était encore disponible . Nos médecins ont confrontés quotidiennement à des graves complications qui seraient évitables avec une mise sous ARV précoce des patients…»,

et a ajouté que

> « sur le site de l'ONG, Médecins Sans frontières (MSF), on peut lire en rapport avec la République Démocratique du Congo que : « Depuis le départ des agences humanitaires, des vastes zones du pays sont livrés à elles-mêmes. De nombreuses régions sont isolées, et la capacité du nouveau gouvernement est souvent limitée. Les rares structures de santé ne sont pas opérationnelles ou accessibles à la majorité de la population vivant sous le seuil de la pauvreté » ».

La partie requérante a également indiqué qu'en cas de retour au Congo, la requérante, qui était âgée de 68 ans au moment de la prise des décisions attaquées, serait indigente car elle se retrouverait sans emploi.

Enfin, le médecin de la requérante avait indiqué dans le certificat médical type produit à l'appui de la demande que

> « Les interruptions de traitement, fréquemment décrites dans les pays en voie de développement peuvent également aboutir à rendre le virus multi-résistant, compliquer le traitement (traitements de sauvetage non disponibles en Afrique) et compromettre le pronostic vital ».

3.4. Le Conseil constate que le médecin-conseil ne conteste pas la difficulté de l'accès aux soins et traitements des personnes séropositives puisqu'il avoue lui-même dans son avis que

> « Sur plus de 420.000 personnes vivant avec le VIH/SIDA, 110.000 seulement sont sous traitement ».

Toutefois, il conclut à l'accessibilité des soins à la requérante en se basant uniquement sur deux éléments, à savoir l'existence de mutuelles, d'une part, et la possibilité pour la requérante de bénéficier d'une aide familiale ou amicale, d'autre part.

Or, s'agissant de l'accès par la requérante à une mutuelle, le Conseil constate que le médecin-conseil reconnait que seule une très petite minorité de la population congolaise, soit environ 500.000 personnes, y a accès, certaines mutuelles, à tout le moins, n'étant, comme le relève à juste titre la partie requérante, accessibles qu'à certaines catégories professionnelles de la population, de sorte que cette possibilité parait très hypothétique s'agissant de la requérante qui n'est plus en âge de travailler. Le Conseil est au demeurant dans l'impossibilité de vérifier les conditions auxquelles la requérante pourrait s'affilier aux mutuelles citées puisqu'aucun document n'est versé au dossier administratif concernant ces mutuelles, à l'exception d'un document sur la Mutuelle de santé de l'Union nationale des travailleurs congolais UNTC (MUSU), lequel document ne permet pas de déterminer si seuls les travailleurs peuvent s'y affilier. En tout état de cause, il ressort de ce document que cette mutuelle implique un stage d'attente de trois mois avant de pouvoir avoir accès à la prise en charge. Par ailleurs, l'article cité par le médecin-conseil, intitulé « le système de protection sociale en santé en RDC », n'est pas versé au dossier administratif et l'adresse internet citée ne donne pas accès audit article. Il ressort de ce qui précède que le médecin-conseil ne démontre pas que la requérante, âgée de 68 ans au moment de la prise des décisions attaquées, pourrait effectivement faire partie de cette petite minorité de la population congolaise affiliée à une mutuelle. Enfin, la partie requérante indique en termes de requête que

> « pour que l'on puisse prétendre que la requérante aurait accès à un traitement ou à des soins adéquates en cas de retour en pays de provenance, […] il faut […] que la continuité du traitement […] soit garantie ».

Or, même à considérer que la requérante pourrait parvenir à s'affilier à l'une de ces mutuelles, le médecin-conseil n'étaye pas la possibilité pour celle-ci d'avoir immédiatement accès aux soins alors que le risque vital en cas d'interruption du traitement était précisément invoqué dans le certificat médical type. Sur ces points, l'avis du médecin-conseil est dès lors insuffisamment motivé.

Quant au motif selon lequel la requérante pourrait bénéficier d'une aide familiale, le Conseil estime que celui-ci est insuffisant, à lui seul, à démontrer l'accessibilité effective des soins. En effet, une telle aide familiale présente un caractère hypothétique en ce qu'elle est basée sur la situation familiale de la requérante lors de son arrivée en Belgique en 2012. La partie requérante indique d'ailleurs en termes de requête que son fils est depuis décédé tandis que sa cousine, qui avait financé son voyage vers la Belgique en 2012, n'a plus les mêmes revenus qu'à l'époque.

Enfin, s'agissant des relations sociales susceptibles de venir en aide à la requérante en cas de nécessité, ce que conteste la partie requérante en termes de requête en indiquant qu'elle n'a personne à Kinshasa qui pourrait lui venir en aide, le Conseil constate que si le médecin-conseil « ose croire » en l'existence de telles relations faisant montre, par-là, d'un très bel optimisme, cette affirmation ne repose sur aucun élément objectif et est dès lors inopérant à démontrer l'accessibilité des soins au pays d'origine de la requérante.

3.5. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait valoir ce qui suit :

> « La partie adverse prend tout d'abord bonne note de ce qu'alors qu'afin de sous-tendre la question de l'accessibilité des soins au pays d'origine, la partie adverse avait visé plusieurs mutuelles, les critiques de la requérante ne concernent que deux d'entre elles, de telle sorte que la requérante est présumée avoir acquiescé aux informations concernant les autres mutuelles et partant, à la possibilité de sa prise en charge par celles-ci ».

A cet égard, le Conseil rappelle que « les informations concernant les autres mutuelles » ne sont pas versées au dossier administratif de sorte que la partie requérante et le Conseil ne sont pas en mesure de les vérifier. Par ailleurs, il ne saurait être déduit des termes de la requête mis en exergue par la partie défenderesse, que la partie requérante, qui a par ailleurs souligné la précarité de la situation sanitaire au Congo et la très mauvaise prise en charge des patients atteints de VIH, ainsi que le risque vital que représenterait une interruption de traitement, aurait reconnu la possibilité de s'affilier à l'une de ces mutuelles et de voir immédiatement ses frais médicaux pris en charge.

Quant à l'argument selon lequel

> « La requérante n'a pas non plus égard à l'ensemble des précisions de l'avis du médecin-conseil concernant l'existence d'un nouveau protocole de prise en charge des personnes vivant avec le HIV, adopté en 2012 et connu sous l'option B+ »,

le Conseil constate que ces considérations de l'avis du médecin-conseil sont relatives aux objectifs de la politique de santé congolaise et n'apportent aucune information concrète sur la possibilité pour la requérante d'avoir accès aux soins.

Enfin, s'agissant de l'argumentation selon laquelle

> « La requérante n'aborde par ailleurs aucunement le constat figurant dans l'avis du médecin-conseil dont il résultait que la requérante avait déboursé 5.000 dollars américains pour financer son voyage de Kinshasa jusqu'en Belgique, rien ne démontrant dans son dossier qu'elle ne pourrait, partant, se prendre en charge dans son pays d'origine. La requérante affirme également que son fils vivant à Kinshasa est décédé et que sa cousine n'exercerait plus d'activités commerciales, autant d'éléments qu'elle reste en défaut d'étayer et, qui en toute hypothèse, ne tiennent pas compte de la précision figurant dans l'avis du médecin-conseil quant au fait que la requérante n'avait pas un, mais des enfants majeurs dans son pays »,

le Conseil estime qu'elle ne permet pas de remettre en cause le constat posé quant à l'insuffisance de la démonstration de l'accessibilité via cette seule solidarité familiale, laquelle est en outre basée sur une situation vieille de cinq ans, rien n'indiquant que la requérante pourrait bénéficier de la même solidarité dont elle a pu bénéficier pour financer son départ du Congo.

3.6. Il ressort de ce qui précède que la conclusion du médecin-conseil, selon laquelle les soins nécessaires à la requérante lui seraient accessibles en R.D.C., est insuffisamment et inadéquatement motivée. Le premier moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.7. Quant au second acte attaqué, le Conseil estime qu'il est indiqué, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de le faire disparaître de l'ordonnancement juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque. En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire à la requérante, si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, la demande d'autorisation de séjour.

4. Débats succincts.

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. 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 1er

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 27 mars 2017, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

M. J.-C. WERENNE,	président f.f., juge au contentieux des étrangers,
M. A. IGREK,	greffier.

Le greffier,	Le président,
A. IGREK	J.-C. WERENNE