

## Arrêt

n° 253 856 du 3 mai 2021  
dans l'affaire X / III

En cause : X

**Ayant élu domicile : chez Me C. NIMAL, avocat,  
rue des Coteaux, 41,  
1210 BRUXELLES,**

**contre :**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration.**

### **LE PRESIDENT F.F. DE LA III<sup>e</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 19 août 2020 X, de nationalité congolaise, tendant à la suspension et l'annulation de «*la décision de non-fondement de la demande de séjour prise le 21.04.2020 et notifiée le 16.07.2020 ainsi que l'ordre de quitter le territoire pris et notifié à la requérante aux mêmes dates* ».

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 2 avril 2021 convoquant les parties à comparaître le 27 avril 2021.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. DE COOMAN loco Me C. NIMAL, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG loco Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

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

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

**1.1.** Le 28 février 2007, la requérante a introduit une demande de visa court séjour en vue d'effectuer une visite familiale, lequel a été accordé le 21 mars 2007.

**1.2.** Le 21 avril 2007, elle est arrivée sur le territoire belge munie d'un passeport revêtu d'un visa C, lequel était valable du 21 avril au 4 juin 2007.

**1.3.** Le 10 mai 2007, l'administration communale d'Ixelles a transmis la déclaration d'arrivée de la requérante à la partie défenderesse ainsi qu'un certificat médical sur la base duquel elle a sollicité la prorogation de sa déclaration d'arrivée.

**1.4.** Le 24 mai 2007, la partie défenderesse a adressé un courrier de rappel à l'administration communale d'Ixelles l'invitant à solliciter dans le chef de la requérante la production du certificat médical type complété par un médecin spécialiste, lequel a été transmis le 12 juin 2007.

**1.5.** Le 15 juin 2007, la partie défenderesse a donné pour instruction à l'administration communale d'Ixelles de proroger la déclaration d'arrivée de la requérante jusqu'au 20 août 2007 sur production de la preuve de paiement des frais médicaux.

**1.6.** Le 21 septembre 2007, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, complétée le 19 novembre 2008.

**1.7.** Le 14 août 2009, elle a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle reproduit intégralement la demande du 21 septembre 2007 et a été déclarée recevable le 23 août 2010 mais rejetée le 18 octobre 2011 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours contre ces décisions a été accueilli par l'arrêt n° 87 152 du 10 septembre 2012.

**1.8.** Le 21 mai 2012, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante, lesquels ont été retirés le 2 octobre 2012. Dès lors, le recours contre ces décisions a donné lieu à un arrêt n° 93.467 du 13 décembre 2012 constatant le désistement d'instance.

**1.9.** Le 29 janvier 2013, la partie défenderesse a pris une troisième décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour du 14 août 2009, notifiée à la requérante le 14 février 2013 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours contre ces décisions a été accueilli par l'arrêt n° 229.883 du 5 décembre 2019.

**1.10.** Le 21 octobre 2019, la requérante a complété sa demande du 14 août 2009.

**1.11.** Le 31 janvier 2020, la partie défenderesse a pris une quatrième décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour assortie d'un ordre de quitter le territoire, lesquels ont fait l'objet d'un retrait en date du 3 avril 2020.

**1.12.** En date du 21 avril 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, notifiée à la requérante le 16 juillet 2020.

Cette décision constitue le premier acte attaqué et est motivée comme suit :

« *Motif:*

*Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.*

*Madame M. B. 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 (Rép. dém.), pays d'origine de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 15.04.2020, (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 de la requérante à son pays d'origine.*

*Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.).*

*Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

*Dès lors:*

*Les certificats et rapports médicaux fournis ne permettent 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 au pays d'origine.*

*Du point de vue médical, nous pouvons conclure que ces pathologies n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible payas d'origine, le Congo RD.*

*Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération. ».*

A la même date, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire notifiée à la requérante à la même date.

Cette décision constitue le second acte attaqué et est motivée comme suit :

*« Il est enjoint à Madame :  
[...]*

*de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen, sauf si elle possède les documents requis pour s'y rendre,*

*dans les 30 jours de la notification de décision.*

**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 :*

*o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :*

*L'étrangère n'est pas en possession d'un visa valable ».*

## **2. Exposé de la deuxième branche du premier moyen et de la seconde branche du deuxième moyen d'annulation.**

**2.1.1.** La requérante prend un premier moyen de « violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, violation de l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; violation de l'article 43 du Code de déontologie médicale du 3.05.2018 ; violation des article 5 et 11 bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et minutie, violation du principe général du droit de l'Union européenne des droits de la défense et du droit d'être entendu, et particulièrement du principe audi alteram partem ; erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ; ».

**2.1.2.** Elle estime que « les actes attaqués doivent être annulés en ce qu'ils ne font que confirmer les précédents actes pris puis retirés par la partie adverse, qui reconnaît par-là que le refus de prolongation de séjour n'est pas fondé ».

Elle relève que « s'agissant de l'avis du médecin conseil, il est manifeste que ce dernier n'a pas réévalué la situation médicale [de la requérante], son avis étant quasiment identique à celui du 30.01.2020 ». Quant à l'acte attaqué, elle constate qu'il est motivé de la même manière que la précédente décision de refus de prolongation du 31 janvier 2020 et est rédigée de manière analogue.

Dès lors, elle déclare qu'en reprenant une motivation quasi identique à l'acte précédent, qui avait pourtant été retiré, la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation.

Elle tient à rappeler qu'elle est atteinte de VIH, du virus de l'hépatite C chronique, de cirrhose, de varices œsophagiennes, d'hernie hiatale, de gastrite, d'hémorroïdes, de constipation chronique, a une prothèse totale du genou, une ostéosynthèse de la cheville, et des lombalgies. De plus, elle ajoute être insomniaque depuis de nombreuses années, est également suivie récemment au niveau du cœur au service de cardiologie de l'hôpital Erasme, a des problèmes de tension et suit également un traitement.

Elle estime ainsi qu'il est important que le Conseil tienne compte de sa situation de santé actuelle et des éléments de preuve nouveaux que cette dernière a produit à cet égard, comme l'a rappelé la Cour Constitutionnelle dans son récent arrêt n° 186/2019 du 20 novembre 2019.

Elle prétend souffrir de pathologies graves et surtout invalidantes, suivre un traitement antirétroviral qui lui est prescrit à vie et quotidiennement, sous peine de décès inévitable à plus ou moins long terme.

En outre, quant aux les conséquences d'un arrêt de traitement, elle soutient que cela mènerait « à un échec virologique et a une progression de la maladie vers le stade SIDA. Son traitement comprenant des NNRT1 est peu robuste et un risque d'émergence de résistance est une réalité en cas d'interruption, même courte, du traitement. ».

**2.1.3.** En une deuxième branche, elle relève que divers éléments factuels n'ont pas été pris en compte quant à l'accessibilité individuelle des soins.

Ainsi, elle mentionne, dans un courrier de son conseil du 12 décembre 2019, « qu'elle est à présent âgée de 72 ans, n'est évidemment plus en état de travailler, ne bénéficie d'aucune pension ni revenus. ».

Elle constate que, dans ses précédentes décisions la partie défenderesse invoquait le fait qu'elle aurait des ressources, non pas personnellement mais par l'intermédiaire de sa famille (un fils et un neveu).

A cet égard, elle fait référence à l'arrêt n° 87.152 du 10 septembre 2012, repris dans l'arrêt n° 229.883 du 5 décembre 2019 soulignant qu'« il n'appert nullement du dossier administratif que le fils de la requérante vit de ses revenus locatifs, et ensuite, que, s'il est exact que le neveu de la requérante a signé une prise en charge dans le cadre du visa court séjour de la requérante, cette prise en charge ne vaut que pour une durée limitée dans le temps, et il ne peut dès lors en être déduit que ce dernier sera en mesure de couvrir les frais médicaux de la requérante, lesquels lui seront nécessaires à vie dans le cadre de la maladie telle qu'elle a été reconnue par le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse. Le conseil relève donc que la partie défenderesse a, sur ce point également, commis une erreur manifeste d'appréciation ».

Dès lors, elle ne peut que constater que la partie défenderesse ne tient compte ni de la réponse du Conseil ni des éléments à nouveau confirmés par son conseil, à savoir le fait qu'elle ne dispose d'aucune ressource.

Elle prétend qu'en se contentant d'indiquer qu'il existe des mutuelles et que par conséquent, il lui appartient d'y adhérer pour bénéficier « des avantages offerts alors même que c'est un système qui nécessite des cotisations dans le cadre d'un emploi salarié ou en qualité de fonctionnaire, comme toute couverture de soins de santé », la partie défenderesse n'a pas pris en compte le fait qu'elle est sans ressource et n'est plus en âge de travailler. De plus, elle souligne que la partie défenderesse n'a jamais prétendu qu'elle aurait des ressources personnelles par ailleurs.

Par conséquent, elle considère que l'examen de l'accessibilité individuelle et concrète des soins qui lui sont indispensables n'a pas été effectué correctement et sur la base de l'ensemble des éléments en possession de la partie défenderesse.

**2.2.1.** Elle prend un second moyen de « la violation des articles 9<sup>ter</sup> et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation de l'article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation de l'article 3 de

*la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et minutie; erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».*

**2.2.2.** En une seconde branche portant sur l'accessibilité des soins, elle estime que la partie défenderesse est tenue d'examiner l'existence des soins (leur disponibilité) mais également les possibilités effectives pour le demandeur d'y avoir accès dans son cas individuel. Or, elle relève que le traitement qui lui est nécessaire n'est pas disponible au pays d'origine, la partie défenderesse restant en défaut de prouver le contraire.

Ainsi, elle rappelle que le traitement qui lui a été prescrit est indispensable pour traiter son infection par le VIH et n'est pas disponible au Congo. Elle ajoute que sa situation est rendue encore plus complexe en raison de l'existence de nombreuses autres pathologies dans son chef et de son âge avancé.

Elle déclare que les éléments qui ont été invoqués dans sa demande et portant sur la situation d'accès aux soins sont étayés par de la documentation de sorte que la partie défenderesse ne peut les « balayer d'un coup de baguette ».

Premièrement, en ce qui concerne la situation générale, elle constate que l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo est un réel problème et plus particulièrement l'accès aux anti rétroviraux.

A cet égard, elle fait référence à un rapport détaillé de l'Office fédéral des migrations ODM de la Confédération Suisse sur la situation sanitaire en République démocratique du Congo et qui pointe clairement que les soins de santé ne sont pas réellement disponibles et accessibles au Congo et plus particulièrement en ce qui concerne ses pathologies (Office fédéral des migrations ODS (Suisse) : Focus RDCongo : le système sanitaire à Kinshasa : médicaments et soins VIH-SIDA (...)).

Ce rapport énonce qu'« en 2014, la RDC est 186ème sur 187 de l'indice de développement humain (IDH) », que « l'index de la santé de la RDC dans l'IDH prend un retard croissant en Afrique subsaharienne, surtout depuis les années 90 » et que seulement « 52 % des habitants de Kinshasa ont accès à des soins de santé ». De même, il met en avant les défaillances du système de santé congolais.

En outre, elle déclare que depuis lors, la situation n'a guère évolué et elle mentionne que Médecins sans frontières a pointé en avril 2016 que la « faible couverture est une conséquence de la disponibilité et de l'accessibilité limitées aux services ». L'ONG rappelle encore une fois, « dans les centres de santé, les salaires du personnel infirmier sont faibles (à partir d'environ 96 USD par mois), ce qui signifie que les frais payés par les patients sont la principale source de revenus. Autrement dit. la politique de « libre accès aux soins » pour les PVVIH n'est pas la réalité ».

Enfin, elle fait, à nouveau, référence au rapport de l'Office fédéral des migrations qui souligne qu'« en RDC, les pénuries et les ruptures de stock de produits liés au VIH sont fréquentes et entravent la mise sous TAR ou mènent à l'interruption du traitement. Il peut alors s'avérer nécessaire de mettre en place des mécanismes d'adaptation, lourds pour les patients et le personnel de la santé. De la même façon, la mauvaise gestion des dépôts médicaux intermédiaires et les problèmes de livraison peuvent, dans certains cas, entraîner de tels retards que le TAR et d'autres produits de base ne parviennent pas aux patients avant leur péremption.

Une analyse rapide de 94 établissements de santé couvrant plus de 70 % de la cohorte sous TAR à Kinshasa a révélé des ruptures de stock fréquentes et durables des ARV, des médicaments pour traiter les infections opportunistes, et des tests de dépistage du VIH. Au cours du premier trimestre 2015, 77 % de ces installations avaient subi au moins une rupture de stock d'un ARV. Au moment de l'évaluation, 45 % des établissements étaient en rupture de stock de TDF-3TC-EFV. Bien que des médicaments équivalents étaient disponibles dans la ville, environ 1.300 patients s'étant présentés sur une période de trois mois avaient dû retourner chez eux sans TAR. De plus, en raison des ruptures de stock de tests de dépistage pendant trois mois, environ 4.000 patients n'ont pas été en mesure de se soumettre au

dépistage. En poussant l'analyse, on a pu constater que pour 45 % des produits en rupture de stock au niveau des établissements de santé, le même médicament était disponible dans les dépôts régionaux. L'un des principaux problèmes réside dans le fait qu'aucun budget n'est prévu pour combler efficacement les lacunes et permettre aux médicaments d'atteindre le dernier maillon de la chaîne d'approvisionnement : les patients »

Deuxièmement, concernant l'existence des mutuelles, elle relève que l'argumentation de la partie défenderesse consiste à déclarer qu'il existe des mutuelles et que « par conséquent il revient et la requérante d'adhérer à l'une de ces structures de soins afin de bénéficier des avantages offerts si elle les juge nécessaires ou importants » (est-ce de l'humour ?). « De plus rien n'indique que l'intéressée serait exclue de ces structures. ».

Elle souligne, qu'en Belgique, « avoir une mutuelle suppose des cotisations dans le cadre d'un emploi salarié ou en qualité de fonctionnaire ». Elle déclare avoir indiqué, à plusieurs reprises, qu'elle n'a pas eu d'emploi et pas d'affiliation. De plus, elle réside en Belgique depuis 2007, a largement dépassé l'âge de la retraite et ne touche pas de pension de retraite.

Elle ajoute que les mutuelles citées par la partie défenderesse sont, de son aveu même, « des initiatives locales qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales (on ne dit pas médicales) sous la forme, le plus souvent, de primes forfaitaires en cas de maladies, de décès ou de mariages et naissances ». Dès lors, elle estime qu'on ne peut pas être plus éloigné de la notion de couverture des soins de santé.

Par ailleurs, elle ajoute que le fait « qu'il existe des initiatives intéressantes, que « plusieurs familles adhèrent à la mutuelle de santé des quartiers populaires » (article cité en note infrapaginale 3 de la décision- Pièce X), que certaines communes hébergent des mutuelles ( LIBIKI. ELIKYA ET MUSAKI sont citées) ne peut masquer qu'il s'agit de gouttes d'eau par rapport aux besoins d'un pays comme la RDC ou une ville comme Kinshasa. En outre ces mutuelles offrent des « paquets » couvrant certaines prestations aléatoires et ce toujours moyennant cotisation ». Elle souligne qu'une évaluation de ces mutuelles en République démocratique du Congo a été publiée le 11 juillet 2019 par SOLSOC (ONG agréée par la coopération belge) sur le site [www.solsoc.be/files/files/TDR-valuationmutuelles-de-sant-Afrique-Centrale-20190711.pdf](http://www.solsoc.be/files/files/TDR-valuationmutuelles-de-sant-Afrique-Centrale-20190711.pdf). dont il reprend un extrait.

Enfin, elle fait également référence à un document intitulé « étude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle » de l'Institut de Médecine Tropical d'Anvers réalisée en mai-octobre 2016 et dont le constat est clair puisqu'il en ressort que « il y a le rôle de l'Etat. Et tant qu'on n'arrivera pas à ce rôle de l'Etat, les mutuelles ne marcheront pas (p.38) ; ou encore « aucune des mutuelles de santé visitées ne prend en charge les personnes indigentes (p.52) et plus loin p.59 : « Toutes les personnes interviewées étaient d'accord sur ce point évident: les mutuelles ne peuvent s'en sortir qu'avec des subventions pour que la cotisation devienne abordable pour la majorité (...) ils attribuent le rôle de subventionner à l'Etat, tout en remarquant que l'Etat est faible ou qu'en réalité il ne faut pas s'attendre de sitôt à une aide financière de l'Etat ».

Troisièmement, en ce qui concerne l'analyse relative aux soins pour le VIH, elle fait référence aux développements *supra* en ce qui concerne les mutuelles et prétend ne pas pouvoir espérer être couverte dans ce cadre. Elle ajoute qu'au vu de la description des soins qu'elles couvrent, la partie défenderesse n'a nullement relevé l'existence de soins spécifiques pour le VIH d'une part et « moins encore la couverture qui pourrait être espérée alors que l'on est déjà atteinte de la maladie ».

Elle relève que le principe des assurances et des stages qu'imposent -en Belgique également- les mutuelles excluent la couverture d'un risque déjà réalisé. En outre, elle précise que le fait que des organisations comme MSF ou Médecins du Monde jouent un rôle remarquable, n'énerve en rien le fait que ces initiatives ne peuvent couvrir les besoins de la globalité de la population atteinte.

Elle relève que, selon l'acte attaqué, CORDAID « s'efforce de compléter les capacités limitées ainsi ente la portée réduite du système de santé avec les modèles communautaires personnalisés et renforcés de services de prise en charge du VIH/SIDA tels :

*\*des centres conviviaux qui offrent des services de santé sexuelle et reproductive ( est-vraiment utile pour la requérante ?)*

*\*et des postes de distribution : structures communautaires (...) gérées par des personnes vivant avec le VIH, qui fournissent des conseils sur le VIH et des traitements antirétroviraux ».*

De plus, elle constate que l'acte attaqué cite l'existence de l'hôpital de Kisantu à 114 km de Kinshasa dont l'avantage serait la « *plus grande transparence dans le système des paiements, une amélioration de la disponibilité des médicaments et une meilleure prévisibilité des coûts pour le patient* », ce qui démontre certes une bonne volonté et le fait que des initiatives existent mais ne constitue pas une preuve de l'accessibilité réelle des soins.

Dès lors, elle estime ne pas pouvoir se permettre de vivre dans un pays dont le système de santé ne peut lui garantir un accès constant à ces soins.

A cet égard, elle fait référence à des arrêts du Conseil qui insistent sur la nécessité pour la partie défenderesse de démontrer la disponibilité effective du traitement et du suivi au pays d'origine et de ne pas simplement renvoyer à l'existence d'une liste de médicaments ou d'infrastructures et de professionnels de la santé.

Par ailleurs, elle déclare ne pas avoir soutenu qu'il est préférable qu'elle reste en Belgique étant donné que la qualité des soins de santé au Congo est inférieure à la qualité des soins de santé prodigués en Belgique mais que le Congo ne peut garantir un traitement et un suivi approprié et suffisamment continu afin de lui éviter la mort, et que la renvoyer au Congo violerait l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 et l'article 3 de la Convention européenne précitée.

Elle estime que, dans le cadre de son analyse, la partie défenderesse est tenue d'examiner les possibilités effectives pour le demandeur, compte tenu de la situation générale du pays en question en ce qui concerne les soins de santé et compte tenu de la situation individuelle du demandeur, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective.

A ce sujet, elle fait référence à l'arrêt Paposhvili de la Cour européenne des droits de l'homme du 16 décembre 2016 ainsi qu'à l'arrêt n° 215.805 du 28 janvier 2019.

Ainsi, elle rappelle avoir 72 ans, ne pas avoir accès au marché du travail de sorte qu'elle ne pourra pas financer son traitement et son suivi et encore moins faire partie du système de sécurité sociale congolais. Elle ajoute que rien ne garantit que les nombreux soins qui lui sont nécessaires seraient couverts par le régime des mutuelles. A ce sujet, elle mentionne à nouveau l'arrêt du Conseil précité dans le paragraphe précédent.

Par conséquent, elle considère que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation.

### **3. Examen de la deuxième branche du premier moyen et de la seconde branche du deuxième moyen d'annulation.**

**3.1.** S'agissant des premier et deuxième moyens, et plus particulièrement eu égard à la question de l'accessibilité des soins au pays d'origine, l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, de la loi précitée du 15 décembre 1980 stipule que « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué.*

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

*L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

*Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.*

*L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».*

Par ailleurs, l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la 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, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressée.

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.

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.

**3.2.** En l'espèce, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 en date du 14 août 2009, et actualisée à plusieurs reprises, en invoquant souffrir d'une infection au VIH, d'une hépatite C chronique avec cirrhose, de varices oesophagiennes, d'une hernie hiatale, de gastrite, d'hémorroïdes, de constipation, avoir une prothèse du genou et des lombalgies pour lesquelles la requérante doit prendre un traitement médicamenteux assez important et bénéficier d'un suivi médical par différents médecins et d'un suivi de sa charge virale et de « CD4 ».

Dans son avis médical du 15 avril 2020, le médecin conseil de la partie défenderesse s'est prononcé sur la question de l'accessibilité des soins nécessaires à la requérante en déclarant qu'« *Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au pays d'origine (RDC), le conseil de Mme M. B. affirme qu'il n'existe dans son pays d'origine aucune structure médicale susceptible de lui assurer un suivi médical convenable et adéquat. Que le traitement nécessaire serait indisponible en RDC. Il cite ainsi le rapport de MSF de 2006 relatif aux infrastructures médicales en RDC. Il invoque également la situation sanitaire de la population congolaise: maigre budget des familles. Que le déplacement d'un patient vers un centre de santé se fait souvent en désespoir de cause et trop tard; Ce qui ferait que la participation financière de la population serait inacceptable. Que le personnel serait quasi-abandonné et ne pourrait donc exercer son métier dans des conditions décentes; l'absence de médicaments, d'infrastructures de communication adaptées ainsi que les difficultés rencontrées par les personnes malades. Remarquons qu'elle ne fournit aucune preuve sur la RDC afin d'étayer ses dires. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).*

*En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo RD. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale.*

*Par ailleurs, pour pallier à la problématique du maigre budget des familles ou à l'inaccessibilité financière des populations aux médicaments, 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 réparties dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de*

500.000 bénéficiaires.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa créée en février 2016. Celle-ci 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.

Citons également les Mutuelles de Santé<sup>1</sup> LIBIKI de la Commune de Ngaba, ELIKYA de la Commune de Matete et MUSAKI de la Commune de Kisenso, Avec une cotisation de 22\$/an/personne pour une adhésion familiale pour un paquet qui couvre la consultation, les examens de laboratoire, les médicaments, la CPN +1 échographie, CPS, accouchement simple, césarienne et l'hospitalisation.

Certaines Mutuelles de Santé ont déjà débuté les prestations de soins avec une cotisation de 54\$ l'an par personne pour une adhésion familiale et offrent un paquet plus large que celui des MUSA de 22 \$ à savoir: Consultation + laboratoire et médicaments; CPN 1 échographie; CPS; Accouchement; Chirurgie moyenne: Césarienne, appendicite, hernie; kystes et fibromes; Anémie; Paludisme; Infections respiratoires; Fièvre typhoïde; Radio; La dentisterie; consultation ophtalmique; Laparotomie (péritonites); Fractures/accidents; l'hospitalisation.

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 ainsi que de soins spécialisés et dentaires. Elle 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.

Il revient alors à la requérante de s'adhérer à l'une de ces structures de soins afin de bénéficier des avantages offerts si elle les juge nécessaires ou importants. Et rien n'indique que l'intéressée serait exclue de ces structures.

Concernant la prise en charge du Sida, des progrès énormes ont été enregistrés dans la lutte contre le VIH/Sida en RDC; notamment dans la sensibilisation, la prévention et l'accès au traitement antirétroviral, selon le Programme national multisectoriel de lutte contre le Sida (PNMLS). Le PNMLS indique qu'à l'heure actuelle, sur 450 000 personnes éligibles aux antirétroviraux, plus de la moitié en bénéficient. Mais, il y a encore d'énormes efforts et plus de moyens à mobiliser pour une prise en charge médicale et psychologique des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Il revient alors à la requérante de s'adhérer à l'une de ces structures de soins afin de bénéficier des avantages offerts si elle les juge nécessaires ou importants. Et rien n'indique que l'intéressée serait exclue de ces structures.

En RDC, Cordaid s'efforce de compléter les capacités limitées et la portée réduite du système de santé avec des modèles communautaires personnalisés et renforcés de services de prise en charge du VIH/SIDA tels que:

- Des centres conviviaux: qui offrent des services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Ils contribuent à réduire le risque d'infection par le VIH en fournissant une prophylaxie post-exposition aux victimes de violences sexuelles et fondées sur le genre. Les centres proposent également des services de prise en charge du VIH/SIDA aux populations clés. Quatre de ces centres sont situés dans certaines des zones les plus fragiles du pays, notamment à Kisangani, Goma, Bukavu et Bunia.
- Postes de distribution (PODI): structures communautaires dont certaines situées dans des zones isolées et dangereuses et gérées par des personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui fournissent des conseils sur le VIH/SIDA et des traitements antirétroviraux. En 2014, les PODI avaient débuté avec 12 personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ils en comptent maintenant 1 046.

*Ces deux modèles montrent la faisabilité d'un accès renforcé à des services de prévention et de traitement du VIH/SIDA par le biais d'approches communautaires, même dans les situations de fragilité et d'insécurité.*

*Rappelons que la requérante «peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles» (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, la requérante «peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée» (CCE n°57372 du 04.03.2011).*

*Ainsi dit, l'intéressée pourra aussi se faire soigner à l'hôpital de Kisantu (ville située à 114 km de Kinshasa) car les réformes de santé menées dans le district de Kisantu, grâce à l'assistance de l'Agence belge de développement (CTB), ont abouti à une plus grande transparence dans le système des paiements, à une amélioration de la disponibilité des médicaments, à une meilleure prévisibilité des coûts pour le patient, et à une amélioration de l'accès financier aux services de santé. On enregistre une utilisation plus rationnelle des ressources, avec un meilleur filtrage au premier échelon des services de santé et un recours plus efficace aux services offerts par l'hôpital.*

*Il n'en reste pas moins que l'intéressée peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rép. dém.). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).*

*Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Congo RDC».*

En termes de requête, la requérante fait notamment grief à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération certains éléments qu'elle aurait avancés préalablement à la prise de la décision attaquée dont notamment le fait qu'elle est âgée de 72 ans, n'est plus en âge de travailler et ne bénéficie pas de ressources de sorte qu'il semble difficile qu'elle puisse faire appel aux mutuelles citées par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis médical. Dès lors, elle estime que l'examen de l'accessibilité n'a pas été effectué de manière correcte.

A cet égard, en effet, qu'il ressort d'un courrier du conseil de la requérante du 12 décembre 2019 que cette dernière est âgée de 72 ans, ne peut plus travailler et ne dispose pas de revenus. Dès lors, au vu de cette situation, le Conseil est amené à s'interroger sur la pertinence des développements du médecin conseil dans son avis médical en ce qu'il fait mention de l'existence de mutuelles en République démocratique du Congo. En effet, il apparaît que l'adhésion à ces mutuelles ou mutualités se fait par le biais du versement de cotisations afin de pouvoir y accéder ainsi que cela ressort notamment de la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa, Libiki de la commune de Ngaba, Elikya de la commune de Matete et Musaki de la commune de Kisenso. Or, dans la mesure où la requérante ne travaille pas et ne dispose pas de ressources, le Conseil estime qu'il appartenait à la partie défenderesse de vérifier qu'elle pouvait y avoir malgré tout effectivement accès, *quod non in specie*.

De plus, rien ne permet de s'assurer que les soins nécessaires à la requérante pourraient être pris en charge par ces mutuelles étant donné les pathologies spécifiques dont elle souffre. En effet, le médecin conseil se contente de considérations assez générales mais sans réellement viser les pathologies et soins dont auraient spécifiquement besoin la requérante de sorte qu'il n'est pas possible de s'assurer que les soins nécessaires seraient pris en charge par ces mutuelles, dont notamment les soins relatifs au VIH. De même, il n'est pas tenu compte du fait que l'affiliation à une mutuelle requiert souvent la prestation d'un stage d'attente incompatible avec la nécessité d'un traitement continu des pathologies de la requérante, qui ne saurait s'accommoder d'une interruption de son traitement au vu des conséquences graves qui en découlerait.

Par ailleurs, il ressort de l'avis médical que de gros progrès restent encore à faire dans la prise en charge du sida si l'on s'en réfère au site <https://www.radiookapi.net/2019/12/02/emissions/dialogue-entre-congolais/defis-dans-la-lutte-contre-le-vihsida-en-rdc> et que la mise en place d'un grand programme VIH /Santé, dans le soutien des activités VIH/sida dans les hôpitaux ou encore quant au fait

de fournir un appui technique et financier dans des structures de santé, ce qui ne peut être considéré comme suffisant afin de garantir l'accès aux soins nécessaires à la requérante.

Quant à la source Cordaid citée par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis médical, il ressort de cette source que ce programme sera poursuivi jusqu'à la fin de 2020 mais que rien ne garantit qu'il sera poursuivi par la suite. De plus, comme le relève la requérante dans le cadre de son recours, rien ne prouve que les centres conviviaux sont vraiment adaptés à la requérante, dans la mesure où ils offrent des services de santé sexuelle et reproductive. Quant aux postes de distribution, il n'en ressort nullement si des conditions sont prévues pour bénéficier des traitements dont la requérante a besoin de sorte qu'il n'est pas possible de s'assurer de l'accessibilité aux soins qui lui sont nécessaires. Dès lors, il n'apparaît nullement que cette source soit pertinente dans le cas de la requérante.

Enfin, concernant les déclarations du médecin conseil selon lesquelles il existe un hôpital à Kisantu dont l'avantage serait « *la plus grande transparence dans le système des paiements, une amélioration de la disponibilité des médicaments et une meilleure prévisibilité des coûts pour le patient* », le Conseil relève, à l'instar des propos de la requérante dans le cadre de son recours, que cela ne démontre nullement la « [...] preuve de l'accessibilité réelle des soins ».

Dès lors, au vu des éléments développés *supra*, la partie défenderesse ne peut estimer, avec certitude, que la requérante aurait effectivement accès aux soins de santé en cas de retour dans son pays d'origine, à savoir le Congo

Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse se contente de déclarer que la requérante n'a pas contesté valablement ses renseignements relatifs à l'accessibilité des soins alors que ces derniers sont le résultat d'un examen raisonnable et suffisant effectué par la partie défenderesse. Or, ces propos ne permettent nullement de remettre en cause les constats dressés *supra* par la requérante précédemment

**3.3.** Ces aspects des premier et deuxième moyens sont, dès lors, fondés à cet égard, et suffisent à l'annulation de la décision querellée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects des premier et deuxième moyens ni le troisième moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

**3.4.** S'agissant de l'ordre de quitter le territoire, second acte attaqué, ainsi qu'il a été relevé *supra*, il y a des indications en l'espèce que l'éloignement de la requérante vers son pays d'origine pourrait donner lieu à une violation de l'article 3 de la CEDH dans la mesure où les soins n'y seraient pas accessibles. Or, l'article 7 de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne peut être appliqué si des dispositions plus favorables contenues dans un traité international y font obstacle. En l'espèce, il est établi que les problèmes médicaux invoqués par la requérante à l'appui de sa demande introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'ont pas été correctement évalués en telle sorte qu'il convient d'annuler le second acte attaqué, lequel a été pris, sinon en exécution de de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour prise le même jour, en tout cas dans un lien de dépendance étroit et ce indépendamment de la question de la légalité de ce dernier au moment où il a été pris.

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

**5.** La décision attaquée étant annulée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

