



Arrêt

**n° 256 826 du 21 juin 2021
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. de VIRON
Rue des Coteaux 41
1210 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**

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 5 juillet 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, prise le 2 juin 2017.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 1^{er} février 2021 convoquant les parties à l'audience du 3 mars 2021.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. DE COOMAN *loco* Me I. de VIRON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Mes D. MATRAY et J. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique le 29 septembre 2006, et y a séjourné en qualité d'étudiant.

1.2. Le 1^{er} octobre 2008 le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : loi du 15 décembre 1980).

Le 26 janvier 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et un ordre de quitter le territoire est pris à l'encontre du requérant. Le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre

de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 189 007 du 28 juin 2017.

1.3. Le 4 février 2013, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, complétée le 18 février 2013.

Le 27 juin 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée. Cette décision est annulée par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n°112 733 du 24 octobre 2013.

1.4. Le 26 juillet 2013, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980 auprès de l'administration communale de Herstal.

1.5. Le 4 novembre 2013, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 19 mars 2014, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et un ordre de quitter le territoire ainsi qu'une interdiction d'entrée ont été pris à l'encontre du requérant. Ces deux dernières décisions ont été retirées le 26 mars 2014.

1.6. Le 16 décembre 2013, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.3. non-fondée et un ordre de quitter le territoire est pris à l'encontre du requérant. Ces décisions ont été annulées par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n°165 194 du 4 avril 2016.

1.7. Le 15 septembre 2014 et le 29 avril 2015, le requérant a, à nouveau, complété sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3.

1.8. Le 10 juin 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.3. non-fondée. Cette décision a été annulée par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n°181 747 du 3 février 2017.

1.9. Le 13 février 2017, le requérant a, à nouveau, complété sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3.

1.10. Le 2 juin 2017, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.3. non-fondée. Cette décision, qui lui a été notifiée le 20 juin 2017, constitue l'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.

L'intéressé 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'intéressé 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 du requérant.

Dans son avis médical remis le 31.05.2017, (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 au requérant, 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'intéressé 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'intéressé 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 il 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.

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.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».

2. Exposé du deuxième moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend, entre autres, un deuxième moyen tiré de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (ci-après : CEDH), du principe général de bonne administration, de « l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. Faisant valoir que la partie défenderesse doit examiner l'existence des soins, à savoir leur disponibilité, de même que leur accessibilité effective, la partie requérante développe, notamment, une seconde branche concernant l'accessibilité des soins nécessaires au requérant, dans laquelle elle explique que « dans le cadre de cette analyse, la partie [défenderesse] doit examiner les possibilités effectives pour le demandeur, compte tenu de la situation individuelle du demandeur, d'y avoir accès c'est-à-dire, leur accessibilité effective ». Dans un premier point, rappelant que « le médecin conseil de la partie [défenderesse] fait [...] référence à plusieurs arrêts de la CourEDH », elle soutient que « cette motivation n'apporte aucune garantie, ni d'ailleurs aucun[e] informatio[n] sur l'accessibilité effective des soins médicaux nécessaire au requérant » et que, dès lors, elle « estime que cette motivation ne peut être considérée comme suffisante dès lors qu'elle ne permet pas de prouver que les soins médicaux et le traitement médical nécessaires au requérant sont effectivement accessibles en RDC » et qu'il s'agit d'une position de principe « sans aucune appréciation de la situation particulière du requérant, invoquée dans sa demande et dans les nombreux compléments intervenus depuis 2013 ». La partie requérante fait ainsi grief à la partie défenderesse de « n'a[voir] absolument pas répondu aux arguments invoqués par le requérant au fur et à mesure de la procédure et à l'appui desquels il a déjà produit de nombreux documents que la partie [défenderesse] balaye de cette position de principe qu'elle adopte systématiquement ». A cet égard, elle « tient par conséquent à invoquer [...] l'ensemble des arguments qu'[elle] a notamment développé dans le précédent recours introduit à l'égard de l'avant dernière décision de rejet prise par la partie [défenderesse] à l'égard de sa demande de séjour basée sur l'article 9ter de la loi du 1980. » étant donné que « ces arguments et documents démontrent à suffisance que les soins et le traitement nécessaires au requérant ne sont ni disponibles, ni accessibles dans son pays d'origine, la RDC ».

Dès lors, elle rappelle, entre autres, que :

- « le requérant est atteint du VIH/SIDA ».
- « Il fait de l'hypertension et a fait une thrombose veineuse profonde ».
- « Une interruption du traitement entraîne le décès du requérant. Ce fait n'est pas contesté par la partie [défenderesse] »
- « La Commission des migrations des réfugiés et des personnes déplacées du Conseil de l'Europe considère que « [...] l'expulsion d'un migrant séropositif reviendrait à le « condamner à mort » s'il apparaît clairement qu'il ne recevra pas les soins de santé et l'assistance nécessaire dans le pays vers lequel il est renvoyé » et reproduit des extraits du rapport en question.
- « le Docteur [D.], infectiologue travaillant au centre SIDA de Charleroi, s'est informé sur l'accessibilité et la disponibilité des soins au Congo. Celle-ci est totalement insuffisante. Ces informations sont confortés par MSF et l'ONU SIDA »
- « dans sa note explicative « lutte contre le VIH/SIDA en RDC : l'urgence ignorée », MSF contredit à nouveau la partie [défenderesse] : « la gratuité des soins est loin d'avoir été respectée en RDC ces dernières années alors même que la politique nationale préconise la prise en charge gratuite de PW. La société civile congolaise dénonce par ailleurs des problèmes de décaissements sur les litiges spécifiques au VIH/SIDA. Or aujourd'hui , les ménages financent la lutte contre le VIH/SIDA à plus de 50%, ce qui est d'autant plus préoccupant qu'en RDC, le seuil de pauvreté est atteint à près de 70% de la population. Cette tendance s'accroît également à cause de la diminution des subventions aux frais de

fonctionnement des structures de prise en charge : même si les ARV sont donnés gratuitement dans une large mesure, les barrières pour en bénéficier, comme le coût des consultations, sont un frein pour de nombreuses familles. Ces dernières années, des milliers de PVVIH ont vu leurs droits bafoués en devant passer d'un service de consultations gratuites à une formule payante et les médicaments pour le traitement des infections opportunistes ou encore les intrants pour les examens de laboratoire, qui sont pourtant essentiels, ne sont plus délivrés gratuitement dans de nombreuses structures ».

- « le plan 2012 d'action humanitaire des Nations Unies pour la République Démocratique du Congo indique qu'il y a au Congo : « un contexte général de pauvreté et de précarité dans l'ensemble du pays. La grande majorité de la population du RDC connaît encore des conditions de vie pénibles. Selon les prévisions de cluster sécurité alimentaire, l'ensemble du pays demeurera en 2012 en insécurité alimentaire chronique. Les taux de malnutrition sont alarmants dans de nombreuses régions du pays ; beaucoup de gens n'ont pas accès aux soins de santé de base »
- « les informations fournies par ASADHO en mai 2013 corroborent cette situation alarmante et l'inaccessibilité et l'indisponibilité des soins au Congo »
- « le médecin qui suit le requérant indique que la maladie du requérant requiert : un suivi médical régulier, une prise régulière de plusieurs médicaments et de la nourriture régulière et suffisante en quantité et en qualité (voir rapport du docteur [U.] du 30.01.2013) »
- « les rapports produits et les recherches réalisés par le docteur [D.] confortent les craintes du requérant de ne pouvoir financer le traitement médicamenteux et médical dont il a besoin »
- « le requérant ne possède en réalité plus aucune famille en RDC. Il a quitté le pays en 1980 et n'y est jamais plus retourné. Il est actuellement âgé de 62 ans ».

Elle considère alors que « l'ensemble de ces éléments démontrent à suffisance que les soins et le traitement nécessaire au requérant ne sont ni disponibles, ni accessibles » et que « la partie [défenderesse] ne répond pas aux arguments qui précèdent de sorte que l'acte attaqué est mal motivé ».

2.3. Dans la seconde partie de sa seconde branche, la partie requérante relève que « la partie [défenderesse] fonde l'accessibilité des soins médicaux en RDC sur l'existence de compagnies d'assurances et de mutuelles » ce qui « correspond aux motivations généralement formulées par [la partie défenderesse] ». Elle fait état du fait que « le requérant n'a pas d'assurance couvrant les frais d'hospitalisation et/ou de santé », qu' « en droit, et sous toutes les latitudes, il n'est pas possible de contracter une assurance pour un risque déjà réalisé » et estime, dès lors que « cette hypothèse n'est pas sérieuse et ne peut être retenue ». Elle fait valoir ensuite que le Conseil de céans a déjà considéré que « s'agissant de la mutuelle de santé « MUSU », force est de relever que l'article déposé au dossier administratif énonce notamment que « le camarade (X), expert BIT-STEP (...) a insisté sur le fait qu'on adhère pas à la mutuelle de santé pour un cas de (sic) maladies, mais plutôt pour assurer la prévention des risques financiers que peut causer la maladie », et que dans l'hypothèse d'une adhésion à cette mutuelle, il faut « observe[r] une période d'observation de trois mois pendant lequel (sic) on n'accède pas encore aux soins (...) » et que « le Centre Hospitalier Monkole, contacté dans le cadre d'un autre dossier [...] par le conseil de la partie requérante, affirme que « il nous sied de rappeler que les soins sont à charge des malades et leurs familles et qu'il n'existe pratiquement pas de mutuelles ni de sécurité sociale en faveur des malades » ». Elle affirme, dès lors, qu' « il est inexact d'affirmer qu'un système d'assurance santé et de mutuelles est en place à l'heure actuelle en RDC ».

2.4. La partie requérante soutient ensuite qu' « [elle] n'aperçoit pas la pertinence de l'argument de la partie [défenderesse] qui consiste à déduire l'accessibilité des soins nécessaires de la présence d'organisations internationales en RDC puisque, comme l'indique d'ailleurs la partie [défenderesse], ces organisations [ne procurent] tout au plus des « soins de santé primaires » à la population » alors que « [...] le requérant ne pourrait se contenter de soins primaires vu la gravité de ses pathologies et des complications qu'elles engendrent ». Elle conclut dès lors, sur ce point, à la non-pertinence de l'argument ou à tout le moins à l'insuffisance de la motivation.

2.5. La partie requérante développe ensuite un dernier point dans lequel elle relève que « la partie [défenderesse] prétend dans la nouvelle décision, que le requérant ne prouve pas qu'il a des moyens limités et qu'il n'est plus en âge d'intégrer le monde du travail » alors que « la preuve de son indigence est établie par l'aide médicale urgente et l'aide qu'il reçoit du CPAS information portée à la connaissance de la partie [défenderesse] par le CPAS lui-même » et que « cet élément ; outre le fait que la preuve qu'il a l'aide médicale urgente a déjà été fournie ; établi à suffisance son indigence ». Elle

fait ensuite valoir que « son aptitude au travail doit être vérifiée par le médecin conseil de la partie [défenderesse] ce qu'il a refusé de vérifier », que « le requérant a produit des certificats médicaux démontrant qu'il souffre de maladies graves et qu'il est âgé de 63 ans au jour de l'avis rendu par la partie [défenderesse] » et qu' « il vient d'être hospitalisé et ses médecins ont indiqué qu'il ne peut pas se déplacer aisément d'où la nécessité de bénéficier des soins à proximité de son domicile ». Elle soutient que « ces éléments portés à la connaissance de la partie [défenderesse] établissent ce que le requérant affirme qu'il n'a que très peu de chances d'accéder à un travail suffisamment rémunérateur pour financer les soins, d'autant que les assurances privées ne couvrent pas les risques antérieurs à la signatures du contrat d'assurance et qu'elles ne couvrent pas les frais médicaux dont le requérant a besoin comme exposé ci-dessus ».

Elle fait également valoir que, de plus, « la partie [défenderesse] n'apporte pas d'éléments dans l'acte attaqué, remédiant aux défauts de la précédente décision annulée par l'arrêt du 3.02.2017, à savoir qu'elle s'est assurée concrètement que le requérant puisse bénéficier des soins médicaux nécessaires dans son pays d'origine afin d'éviter de décéder rapidement ».

3. Discussion

3.1. Sur la seconde branche du deuxième moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

Il rappelle également qu'en vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, précité, portent que « *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* ».

Le Conseil relève, ensuite, qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Enfin, le Conseil rappelle, par ailleurs, que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu de diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Le Conseil souligne, sur ce dernier point, qu'en présence d'un recours tel que celui formé en l'occurrence, le contrôle qu'il est amené à exercer envers la décision entreprise consiste en un contrôle de légalité, dans le cadre duquel il ne dispose d'aucune compétence pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Dans le cadre d'un tel contrôle, le

Conseil doit se limiter à vérifier, d'une part, 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) et, d'autre part, si cette même autorité a respecté les obligations, rappelées ci-avant, qui lui incombent en termes de motivation de ses décisions.

3.2. En l'espèce, il ressort du dossier administratif, et plus particulièrement des différents documents médicaux qui ont été produits par le requérant lors de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3. ou de ses compléments, que ce dernier souffre d'une infection par HIV, d'une hypertension artérielle traitée, d'une thrombose veineuse profonde avec œdème du membre inférieur sur une insuffisance veineuse, d'une hypercholestérolémie non traitée et de troubles de l'équilibre et de la marche non précisés et ne recevant aucun traitement spécifique. Il apparaît également que le requérant est sous traitement médicamenteux, à savoir du stocrin, du truvada, de l'atacand, du folavit, du Dcure, du sintrom, du logimat ainsi que du calcium fludex, et qu'il a besoin de se trouver à proximité d'un hôpital ou d'un laboratoire afin de réaliser sa charge virale ainsi que d'un suivi régulier en infectiologie et en cardiologie. Enfin, les différents documents médicaux produits mettent en avant les conséquences graves en cas d'arrêt du traitement, à savoir l'immunodépression entraînant le décès.

3.3. Le Conseil observe ensuite que l'acte attaqué repose sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 31 mai 2017, dans lequel le médecin conseil de la partie défenderesse conclut à l'accessibilité des soins nécessaires aux pathologies du requérant en République Démocratique du Congo en estimant que *« Concernant l'accessibilité aux soins en République Démocratique du Congo (RDC), le conseil de l'intéressé affirme que les soins de santé sont inaccessibles de manière continue. Que son client a des moyens financiers limités. Que de nombreuses articles scientifiques développent les carences de l'accessibilité et la disponibilité du traitement de la maladie de son client en RDC. Que le programme de lutte contre cette pathologie en RDC n'est pas effectif. Il fournit ainsi plusieurs articles scientifiques qui indiquent que beaucoup des malades du SIDA sont privés de traitement.*

Par ailleurs, les recherches que nous avons menées nous montrent que l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas, OMS, CTB sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

Notons également que plusieurs hôpitaux et cliniques des secteurs privé et public de Kinshasa proposent un traitement contre le VIH/SIDA : Clinique générale de Kinshasa, Clinique universitaire. Clinique de Ngaliema, Clinique de Kitambo, Clinique de Bondeko, Clinique médicale de Yolo, Hôpital Saint-Joseph. Centre de Nganda, Centre médical de Kinshasa, Clinique médicale de Gombele, Clinique du Roi Baudouin, Hôpital de N'djili, Clinique Marie Biamba Mutombo.

Outre ces hôpitaux et cliniques publics ou privés, des ONG offrent le même type d'assistance, comme Action Communautaire SIDA (ACS) et AMOCONGO0. De fait, compte tenu de la problématique VIH/SIDA, de nombreuses ONG ont été créées pour la prise en charge générale des personnes infectées. Rassemblées sous diverses plateformes, elles aident les orphelins, les veuves et/ou les veufs à vivre avec le virus.

Notons également que le Congo (Rép dém.) développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale. Citons à titre d'exemple la « MUSU ». La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (Rép. dém.).

Quant au fait que le requérant ait des moyens financiers limités ou encore qu'il n'est plus en âge d'intégrer le monde du travail, il convient de rappeler que bien la charge de la preuve lui revienne (C.E. 13 juil.2011, n°97 866), le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions.

De plus, monsieur [MM.] a vécu une grande partie de sa vie au pays d'origine. Aucun élément ne nous permet dès lors de mettre en doute la présence au pays d'origine de membres) de la famille de l'intéressé, ami(s) ou entourage social. Ceux-ci pourraient lui venir en aide à financer ses soins de santé ou sa mutualité en cas de retour.

Le requérant affirme également qu'il provient d'une région éloignée et que l'accès aux hôpitaux est impossible vu son état de santé. Précisons que l'intéressé peut choisir de s'installer au pays d'origine

dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêt 61464 du 16.05.2011). Et, si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné » (CCE n°57372 du 04.03.2011).

Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Congo (RDC). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont Il 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).

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 au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). ».

3.4. En l'espèce, le Conseil constate que, dans son appréciation de l'accessibilité des soins nécessaires au requérant dans son pays d'origine, le médecin conseil de la partie défenderesse n'a pas valablement tenu compte de la situation particulière de ce dernier, pourtant mise, plusieurs fois, en évidence dans sa demande d'autorisation de séjour ainsi que dans ses compléments. Il en est notamment ainsi de son âge, de sa mobilité réduite, de la circonstance qu'il a quitté son pays en 1980 sans y être retourné, qu'il n'y a plus de famille - son oncle étant décédé -, ou de ses moyens financiers limités. Le Conseil constate également qu'il ne ressort pas de l'avis médical que le médecin conseil a réellement pris en considération la documentation apportée par la partie requérante afin de mettre en cause l'accessibilité de son traitement. Il appert que la partie défenderesse n'apporte pas plus de réponse à l'ensemble de ces éléments dans la motivation de l'acte attaqué.

3.5.1. En ce que le médecin conseil de la partie défenderesse fonde l'accessibilité des soins requis, notamment, sur l'existence des organisations, tels que Caritas, OMS et CTB, le Conseil relève que les sources faisant état de ces organisations ne démontrent nullement l'accessibilité des soins nécessaires au requérant mais font uniquement état d'informations générales sur la prévention ou des projets en prévention dans la lutte contre le HIV en telle sorte que le Conseil estime que ces informations ne sont pas pertinentes pour juger de l'accessibilité effective des soins nécessaires au requérant. Par ailleurs, comme le souligne à juste titre le requérant dans le présent recours, il apparaît que ces organisations offrent des soins de santé primaires en telle sorte que rien ne permet de considérer que les soins qui lui sont nécessaires seraient pris en charge.

De plus, concernant les informations relatives au CTB, le Conseil est dans l'impossibilité de vérifier les informations issues du site www.btccbt.org/fr/node/86/projects dans la mesure où ce lien n'est pas fonctionnel (renvoi général vers le site de l'Agence belge du développement) et que le dossier administratif n'en contient pas de copie.

3.5.2. Quant à la présence de plusieurs hôpitaux et cliniques du secteur privé et public de Kinshasa proposant des traitements contre le VIH ou encore le fait que des ONG offrent le même type d'assistance, le Conseil constate, à nouveau, qu'il est dans l'impossibilité de vérifier les informations issues du document « Informations sur la République du Congo » émanant de l'Organisation Internationale pour les Migrations et datant de 2011 (cf. note infrapaginale n°7 de l'avis médical) dans la mesure où le dossier administratif ne contient pas la copie de celui-ci et que la référence de l'avis médical ne renseigne pas un URL permettant d'y accéder. D'autre part, en ce qu'il se fonde également sur un autre document émanant de l'Organisation Internationale pour les Migrations, intitulé « République démocratique du Congo », datant de 2009, le Conseil ne peut que constater le caractère très général de cette documentation et estime qu'elle ne suffit pas à rencontrer les informations contraires et plus récentes présentées par la partie requérante.

Le Conseil constate donc que le fonctionnaire médecin n'a pas correctement instruit la demande quant à l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine à cet égard. Ce dernier se limite à des constats généraux sans les mettre en perspective avec la situation individuelle du requérant et sans répondre, un tant soit peu concrètement, aux informations tirées des documents produits par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et de ses compléments. Le Conseil observe qu'il ressort, en effet, desdits documents, que les conditions d'accès aux soins sont catastrophiques et que le taux de couverture en antirétroviraux sont de moins de 15% (Document MSF de janvier 2012 « 85% des malades du sida privé de traitement en RDC »). Il ressort également de l'article intitulé « Lutte contre le VIH/SIDA en RDC : l'urgence ignorée » (daté de janvier 2012) que « plus d'un million de personnes sont séropositives en RDC et on estime que le nombre de patients qui devraient bénéficier d'ARV en 2011 à 350 000. Or actuellement seulement 44 000 patients sont effectivement

sous traitement, ce qui représente un taux de couverture en ARV de 14%. Ce taux de couverture est parmi les plus bas du monde [...] », que « [...] [l]e manque de ressources fiables signifie que la grande majorité des personnes atteintes par le VIH/SIDA et qui ne bénéficient pas encore d'un traitement ARV n'aura pas accès à ce traitement », ou encore que « la gratuité des soins est loin d'avoir été respectée en RDC ces dernières années alors même que la politique nationale préconise la prise en charge gratuite des PVV. La société civile congolaise dénonce par ailleurs des problèmes de décaissements sur les lignes spécifiques au VIH/SIDA. Or aujourd'hui les ménages financent la lutte contre le VIH/SIDA à plus de 50%, ce qui est d'autant plus préoccupant qu'en RDC, le seuil de pauvreté est atteint par près de 70% de la population. Cette tendance s'accroît également à cause de la diminution des subventions aux frais de fonctionnement des structures de prise en charge : même si les ARV sont données gratuitement dans une large mesure, les barrières pour en bénéficier, comme le coût des consultations, sont un frein pour de nombreuses familles. Ces dernières années, des milliers de PVVIH ont vu leurs droits bafoués en devant passer d'un service de consultations gratuites à une formule payante et les médicaments pour le traitement des infections opportunistes ou encore les intrants pour les examens de laboratoire, qui sont pourtant essentiels, ne sont plus délivrés gratuitement dans de nombreuses structures » (le Conseil souligne). Enfin, il apparaît également à la lecture de l'article émanant de MSF intitulé « VIH sida avancée en péril » que « le Fonds mondial (FM), qui reste à ce jour le principal pourvoyeur de fonds en faveur du traitement antirétroviral (ARV) dans ce pays ne doit pas seulement faire face à une pénurie de moyens financiers. Il connaît également de graves problèmes de gestion et de décaissement en RDC qui limitent sa capacité à assurer la poursuite des traitements et l'accès aux ARV aux patients qui en ont besoin. Ces problèmes de financement ont déjà privé les patients d'un accès gratuit aux ARV en RDC ». « [...] Plusieurs acteurs ont été forcés de mettre fin à leur engagement dans l'offre de traitements ARV, ou de revoir leurs ambitions à la baisse, en raison du risque financier. [...] le FM a de plus en plus de mal à récolter l'argent nécessaire et vient, pour cette raison, d'annoncer l'annulation du round 11 de son financement [...] et n'a prévu, d'ici 2014, que le maintien des financements en cours [...] avec un budget et des objectifs revus à la baisse ».

Or, le Conseil observe que, dans son avis daté du 31 mai 2017, le médecin se limite, en substance, à résumer comme suit les éléments présentés par la partie requérante : « [...] le conseil de l'intéressé affirme que les soins de santé sont inaccessible de manière continue. [...] Que de nombreux articles scientifiques développent les carences de l'accessibilité et la disponibilité du traitement de la maladie de son client en RDC. Que le programme de lutte contre cette pathologie en RDC n'est pas effectif. Il fournit ainsi plusieurs articles scientifiques qui indiquent que beaucoup des malades du SIDA sont privés de traitement ».

En conclusion, à défaut de rencontrer les informations principales tirées de la documentation invoquée par la partie requérante s'agissant de l'accessibilité du traitement, il ne peut être considéré que le médecin conseil motive, à cet égard, son avis médical de manière adéquate et suffisante.

Sur ce point, il est renvoyé, pour le surplus, aux développements tenus au point 3.8.

3.5.3. Ensuite, en ce que le médecin conseil invoque l'existence de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance au pays d'origine, tel que notamment la MUSU, le Conseil constate que cette mutuelle exige le paiement d'un droit d'adhésion, de cotisations mensuelles et ne couvre pas le malade avant une période de trois mois. A cet égard, il convient de rappeler, une nouvelle fois, que les éléments contenus dans le dossier administratif mettent en évidence le fait que le requérant invoque avoir des moyens financiers limités, ne pouvoir financer d'assurance soins de santé et le fait qu'il a déjà 62 ans. Ces éléments particuliers auraient, dès lors, dû être pris en considération par la partie défenderesse. Il en est d'autant plus ainsi qu'il ressort de la lecture des certificats médicaux que le traitement du requérant ne peut souffrir d'interruption.

3.5.4. En particulier sur les moyens financiers limités du requérant, le Conseil note que, lors d'un des compléments à la demande d'autorisation de séjour daté du 29 avril 2015, le requérant a fait valoir son indigence en produisant un document rédigé par une assistance sociale en date du 15 avril 2015 attestant de l'état de besoin du requérant, du fait qu'il n'a plus de revenus, qu'il est hébergé par la Paroisse de Herstal, et qu'il bénéficie des colis alimentaires bimensuels et sollicitant l'intervention du CPAS. Sans se prononcer sur la pertinence de ceux-ci, force est de constater que le médecin conseil de la partie défenderesse ne pouvait se contenter d'indiquer que « le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions », et faire fi de ces éléments invoqués par le requérant afin d'étayer ses allégations.

Enfin, s'agissant spécifiquement de la capacité du requérant à intégrer le monde du travail, le Conseil reste sans comprendre le motif de l'avis médical se limitant à relever que le requérant n'apporterait aucun élément probant pour étayer son allégation selon laquelle il n'est plus en âge d'intégrer le monde du travail dans son pays d'origine, lequel motif ne semble pas tenir compte, notamment, de l'invocation de l'âge du requérant, du fait qu'il a quitté son pays d'origine en 1980 (soit il y a quarante ans), et du fait qu'il ressort des certificats médicaux produits qu'il a une mobilité réduite ou que son état de santé nécessite la proximité d'un hôpital.

3.6. Il ressort de tout ce qui précède que la partie défenderesse n'a pas valablement motivé sa décision quant à l'accessibilité des soins nécessaires au requérant dans son pays d'origine, au vu de la situation individuelle de ce dernier.

3.7. A titre surabondant, se référant aux développements tenus *supra* dans les points 3.5.1. à 3.5.3., le Conseil observe avoir, en substance, déjà émis certaines critiques identiques dans son arrêt n° 181 747 du 3 février 2017, dans lequel il annulait la décision déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour précédente. En s'abstenant d'en tenir compte, lors de la prise de la nouvelle décision de rejet, entreprise dans le présent recours, la partie défenderesse a, en outre, méconnu l'autorité de chose jugée attachée à ces développements de l'arrêt précité.

3.8. Enfin, dans la note d'observations, la partie défenderesse fait valoir que *« le médecin conseil s'est ensuite assuré de l'accessibilité effective au traitement adéquat. Il a exposé les raisons pour lesquelles il ne pouvait avoir égard aux documents déposés par la partie requérant, - à savoir qu'aux termes de ses recherches il apparaît que, contrairement à ce qu'affirme la partie requérant, « l'aide extérieure consacrée à sa santé est non négligeable au Congo RDC. »*

Il a également souligné que « outre ces hôpitaux et cliniques publics et privés, des ONG offrent le même type d'assistance, comme Action Communautaire Sida (ACS) et AMOCONGO. De fait, compte tenu de la problématique VIH/SIDA, de nombreuses ONG ont été créés pour la prise en charge général des personnes infectées. »

Il ressort des documents figurant au dossier administratif, que cette prise en charge est gratuite (cfr. Notamment l'article de l'Organisation Internationale pour les Migrations, pages 7 et 8 – pièce 16 : « en termes de traitements du VIH/SIDA, il existe deux types de suivi distincts : suivi médical (...) ce traitement comporte deux niveaux, les deux étant gratuits : traitement contre les maladies opportunistes ; traitement par antirétroviraux. (...) Les traitements contre le VIH/SIDA et les médicaments antirétroviraux sont généralement disponibles hors de Kinshasa. Ces traitements sont gratuits »).

Contrairement à ce qu'affirme la partie requérante, il a été tenu compte de sa situation personnelle.

Le traitement requis est accessibl[e] au pays d'origine.

Les critiques formulées par la partie requérante en termes de requête ne sont pas de nature à renverser le constat selon lequel la partie requérante peut prétendre à un traitement médical en RDC.

Enfin, il ne ressort pas de l'article 9ter de la loi qu'après avoir démontré que les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine, le médecin fonctionnaire et à sa suite la partie défenderesse seraient tenus de « démontrer que la partie requérante y aurait effectivement accès ».

En conclusion, il convient de constater que la partie défenderesse a dûment examiné la disponibilité des soins adaptés à l'état de santé de la partie requérante dans son pays d'origine et les possibilités pour cette dernière d'y avoir accès. La partie requérante reste manifestement en défaut d'apporter la preuve des éléments qu'elle avance, se contentant de critiquer les sources de la partie défenderesse, de faire valoir sa situation médicales et d'avancer de simples allégations, non autrement étayées, en manière telle qu'elle ne peut raisonnablement reprocher à la partie défenderesse de n'avoir pas suffisamment précisé la disponibilité et l'accessibilité des soins requis, nécessités par elle, en RDC ».

Le Conseil estime toutefois que cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. En effet, s'il ressort du document intitulé « République démocratique du Congo », mis à jour au 17 novembre 2009, que les traitements contre le HIV seraient dispensés gratuitement dans certains hôpitaux du pays, il n'en demeure pas moins que, comme il l'a été exposé précédemment, le requérant a produit, pour sa part, plusieurs documents -au demeurant, plus récents-, auxquels la partie défenderesse n'a pas apporté de réponse adéquate, alors que ceux-ci semblent contredire le constat posé par la documentation invoquée par la partie défenderesse. Ainsi, il ressort de l'article intitulé « Lutte contre le VIH/SIDA en RDC : l'urgence ignorée » émanant de MSF que *« Ces dernières années, déjà, la capacité de traitement a souffert fortement de la discontinuité et de l'incertitude du financement. Plusieurs acteurs ont été forcés de mettre fin à leur engagement dans l'offre de traitements ARV, ou de revoir leurs ambitions à la baisse, en raison du risque financier »,* que *« Si le Fonds mondial accepte*

l'intégration des patients déjà initiés par les programmes d'autres donateurs « MAP, UNITAID, PEPFAR), il n'y aura donc presque plus de place pour les nouvelles initiations d'ici 2014 », que « [...] [l]e manque de ressources fiables signifie que la grande majorité des personnes atteintes par le VIH/SIDA et qui ne bénéficient pas encore d'un traitement ARV n'aura pas accès à ce traitement », et que « la gratuité des soins est loin d'avoir été respectée en RDC ces dernières années alors même que la politique nationale préconise la prise en charge gratuite des PVV. La société civile congolaise dénonce par ailleurs des problèmes de décaissements sur les lignes spécifiques au VIH/SIDA. Or aujourd'hui les ménages financent la lutte contre le VIH/SIDA à plus de 50%, ce qui est d'autant plus préoccupant qu'en RDC, le seuil de pauvreté est atteint par près de 70% de la population. Cette tendance s'accroît également à cause de la diminution des subventions aux frais de fonctionnement des structures de prise en charge : même si les ARV sont données gratuitement dans une large mesure, les barrières pour en bénéficier, comme le coût des consultations, sont un frein pour de nombreuses familles. Ces dernières années, des milliers de PVVIH ont vu leurs droits bafoués en devant passer d'un service de consultations gratuites à une formule payante et les médicaments pour le traitement des infections opportunistes ou encore les intrants pour les examens de laboratoire, qui sont pourtant essentiels, ne sont plus délivrés gratuitement dans de nombreuses structures » (le Conseil souligne). Il apparaît également à la lecture de l'article émanant de MSF intitulé « VIH sida avancée en péril » que « le Fonds mondial (FM), qui reste à ce jour le principal pourvoyeur de fonds en faveur du traitement antirétroviral (ARV) dans ce pays ne doit pas seulement faire face à une pénurie de moyens financiers. Il connaît également de graves problèmes de gestion et de décaissement en RDC qui limitent sa capacité à assurer la poursuite des traitements et l'accès aux ARV aux patients qui en ont besoin. Ces problèmes de financement ont déjà privé les patients d'un accès gratuit aux ARV en RDC », et que « si la situation ne s'améliore pas sensiblement l'offre de nouveaux traitements sera rationnée et les risques d'interruption de traitement augmenteront [...] il faut également craindre une nouvelle diminution de la capacité opérationnelle des dispensateurs de soins non gouvernementaux ». Enfin, il ressort de l'article intitulé « Lutte contre le sida : des progrès encore inaccessibles pour des millions de personnes » que « Dr. Maria Machako, de l'hôpital VIH de MSF en RDC : « L'accès au dépistage et au traitement est terriblement limité pour ceux qui en ont besoin, alors que la stigmatisation est élevée à travers le pays ». Le Conseil constate que ces informations viennent concrètement étayer les griefs de la partie requérante quant à l'accessibilité du traitement et des soins. Or, la partie défenderesse, en considérant qu' « outre ces hôpitaux et cliniques publics et privés, des ONG offrent le même type d'assistance, comme Action Communautaire Sida (ACS) et AMOCONGO. De fait, compte tenu de la problématique VIH/SIDA, de nombreuses ONG ont été créées pour la prise en charge général des personnes infectées » et en se référant à la note infrapaginale n°8 de l'avis médical, voire à la teneur de la pièce n°16 du dossier administratif, reste en défaut de rencontrer ces informations. Le Conseil estime donc que cette argumentation de la partie défenderesse ne permet pas de renverser le constat de l'insuffisance de la motivation de l'avis médical, relevée ci-dessus, voire de son caractère inadéquat.

3.9. Il résulte de ce qui précède que le deuxième moyen, tel que circonscrit *supra*, est fondé en sa seconde branche, et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches du moyen, ou les autres moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

4. Débats succincts

4.1. 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.

4.2. 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 1.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 2 juin 2017, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

N. CHAUDHRY