



Arrêt

**n° 257 242 du 25 juin 2021
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. BURGHELLE-VERNET
Rue de la Régence 23
1000 BRUXELLES**

Contre :

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

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

Vu la requête introduite le 24 décembre 2020, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 1^{er} octobre 2020.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 11 février 2021 convoquant les parties à l'audience du 1 mars 2021.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. BURGHELLE-VERNET, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, 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 entré sur le territoire belge le 5 mai 2013. Le même jour, il a introduit une demande de protection internationale, clôturée par un arrêt de refus de reconnaissance de la qualité de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire, n° 106 233 prononcé par le Conseil de céans le 2 juillet 2013 (affaire 129 023).

1.2. Le 22 juillet 2013, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 18 novembre 2013, il a été autorisé au séjour pour une durée d'un an, renouvelée jusqu'au 4 novembre 2015 en date du le 23 octobre 2014.

1.3. Le 7 septembre 2015, le requérant a introduit une demande de prolongation de son autorisation de séjour. Le 9 décembre 2015, la partie défenderesse a décidé de refuser de prolonger le séjour et a délivré un ordre de quitter le territoire au requérant (annexe 13). Ces décisions ont été annulées par le Conseil de ceans par son arrêt n° 238 709 prononcé le 17 juillet 2020 (affaire 185 292).

1.4. En date du 1^{er} octobre 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande de prolongation, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour :

« Le problème médical invoqué par Monsieur [V. N., B.], de nationalité, Congo (RDC), ne peut être retenu pour justifier la prolongation du titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans les pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour aux pays d'origine, le Congo (RDC).

Dans son avis médical rendu le 21.09.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé 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, le Congo (RDC).

Il conclut du point de vue médical que la pathologie qui a été traitée avec succès par opération et une autre affection que présente l'intéressé n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible au Congo (RDC).

Par conséquent, d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé; qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) .Il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour du requérant.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus

1) 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

2) que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Veillez procéder au retrait du Certificat d'Inscription dans le Registre des Etrangers, délivré à l'intéressé.

Vu que le requérant a déjà été radié d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter, a été refusée en date du 01.10.2020 ».

2. Exposé de la troisième sous-branche de la seconde branche du premier moyen d'annulation.

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

« - des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après, « la loi du 15 décembre 1980)

- de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant les modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

- de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (ci-après, « la CEDH »)

- des articles 3, 4, 19 et 35 et de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après, « la loi du 29 juillet 1991)

- des principes généraux de bonne administration, de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation du principe général imposant à l'administration de statuer en prenant en cause l'ensemble des éléments pertinents du dossier

- du principe général incombant à toute administration de respecter les principes de précaution et de prudence, du défaut de motivation

- des droits de la défense, du droit d'être entendu et du principe général du droit *audi alteram partem* ».

2.2. Dans une troisième sous-branche de la seconde branche du premier moyen « [...] prise de la violation de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre [1980], de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, des principes de bonne administration tels qu'énoncés au moyen », s'agissant de l'« Accessibilité des soins de santé », elle rappelle la jurisprudence du Conseil de céans sur ce point.

Elle soutient que « La partie adverse se fonde sur l'avis du médecin conseil qui considère que l'autre affection que présente la partie requérante n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, car le traitement est disponible et accessible en République Démocratique du Congo. Le médecin conseil estime qu'il y a une réelle dynamique mutualiste qui contribue à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé dans un système de protection sociale. Selon lui, « partout dans le pays, des communautés, des églises, des groupes de professionnels prennent l'initiative de mettre en place des mutuelles de santé ». Il évoque également l'adoption de la loi « *déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité* » le 24 mai 2016, promulguée le 9 février 2017. À cet égard, le médecin conseil fait référence à un article du journal « l'avenir » du 17 février 2017 dans lequel il est repris le contenu de la loi. Conformément à l'arrêt *Paposhvili c. Belgique* du 13 décembre 2016 rendu par la Cour européenne des droits de l'homme, c'est bien l'accès effectif aux soins qui doit être examiné. Lors de cet examen, il ne suffit pas de renvoyer vers l'existence de mutuelles, mais il convient de vérifier *in concreto* si, la partie requérante pourrait s'y affilier (voir par analogie CCE, n° 48.809, 30 septembre 2010, CCE, n° 49.781, 19 octobre 2010, CCE, 58.645, 28 mars 2011) et, le cas échéant, si ce système prend en charge les soins requis par l'état de santé de la partie requérante (CCE, 69.775, 9 novembre 2011). Force est de constater que le médecin conseil n'apporte aucune précision sur le fonctionnement réel et la mise en place de ces mutuelles. Les informations relatives à ces mutuelles ne permettent pas de vérifier *in concreto* si la partie requérante pourrait s'y affilier. Par ailleurs, la loi du 24 mai 2016 prévoit que chaque mutuelle fixe les modalités et les procédures de chaque type d'adhésion. Cela signifie donc que le montant de la cotisation pour pouvoir devenir membre adhérent de la mutuelle n'est pas fixé par la loi et dépend de chaque mutuelle. Le médecin conseil n'apporte pourtant aucune indication sur le montant moyen à cotiser en vue d'adhérer à une mutuelle, de sorte que la partie requérante n'est pas à même de savoir si, au vu du montant moyen, elle pourrait devenir membre d'une mutuelle. De même, la loi prévoit en son article 73 qu'après l'adhésion à la mutuelle de santé, le membre est soumis à une période probatoire d'une durée fixée par les statuts de la mutuelle concernée. Il est précisé que pendant cette période, le membre est tenu de payer la cotisation sans bénéficier de prestation. Cet élément est complètement passé sous silence par le médecin conseil. Ce dernier se borne à rappeler l'adoption de la loi sans apporter pour autant des informations relatives à la durée minimale ou maximale de la période probatoire. Ces informations sont pourtant fondamentales pour permettre à la partie requérante et partant à Votre Conseil, de savoir si les soins de santé dont elle a besoin lui seraient effectivement accessibles. En tout état de cause, la référence à l'existence de la loi adoptée en 2016 n'est pas pertinente et il ne ressort nullement des informations relatives à cette loi que le suivi et le traitement médicamenteux requis sont effectivement accessibles par ce biais. Le médecin fonctionnaire ne démontre pas non plus que l'existence d'une loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité constitue un changement de circonstances radical et durable pour

conclure que les conditions sur base desquelles l'autorisation de séjour a été octroyée ont changé ou n'existent plus ».

Elle poursuit en ces termes : « *Le médecin conseil énonce ensuite qu' « afin de faciliter l'accessibilité aux soins, plusieurs mutualités ont vu le jour avec, entre autres, l'aide internationale ».* Pour soutenir ses propos, le fonctionnaire médecin signale que : « Solidaris, les fédérations des Mutualités socialistes soutiennent financièrement, au Congo RDC, les trois mutuelles de santé de la LONALO, la MUSAKI et la MUSAFYA qui reçoivent également un accompagnement de la CENADEP et du CRAFTORF pour se structurer (<https://www.solloc.be/actions/rdc.html>). Soutenue par Wallonie-Bruxelles International, la Fondation «Solidarco» a vu le jour le 2 septembre 2010 ; une conférence de presse a été organisée, le 14 décembre 2010, pour son démarrage officiel. Solidarco est l'abréviation de «Solidarité Belgique - Congo», une nouvelle expérience dans le domaine de la santé entre la Belgique et la République Démocratique du Congo mais sur un terrain non-étatique : Solidarité de la diaspora congolaise, avec son pays d'origine, pour l'accès à des soins de santé de qualité et de proximité dans un réseau de soins étendu et diversifié à Kinshasa. La Fondation Solidarco en Belgique a alors organisé, avec l'appui du Réseau Solidaris - Mutualité socialiste, le bureau de gestion de l'ASLB Solidarco-RDC, qui a noué une convention avec le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BOOM) comme prestataire de soins. Souhaitant innover, cette initiative n'a donc pas été lancée par le biais d'une mutuelle locale. (<https://www.solidarco.org/index.php/oriaines/>) Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles. (<http://www.slateafriaue.com/12Q181/rd-congo-les-mutuelles-de-sante-prennant-en-charge-les-malades-insolubles>) » Il y a à nouveau lieu de souligner que ces informations présentent un caractère vague et général. Si les mutuelles de santé au Congo (lesquelles ?) reçoivent un accompagnement pour se structurer, aucune information n'est donnée quant aux modalités de cet accompagnement. Le médecin conseil ne précise pas en quoi, Solidaris, les fédérations des Mutualités socialistes soutiennent financièrement les trois mutuelles susmentionnées. S'agit-il d'un soutien financier pour les activités de la mutuelle (formations, informations,...), d'un service d'appui pour le démarrage de ces mutuelles ou encore d'un soutien financier qui permet l'accès aux soins pour leurs adhérents ? Il convient également de préciser que Solidarco est une mutuelle avec un fonctionnement particulier. Selon le site <https://www.solidarco.org/> (source citée par le médecin conseil) : Solidarco est une « Assurance de Santé Transnationale » (AST) : Les membres de la diaspora congolaise installés en Belgique, en Union Européenne, en Suisse,... mais également des organisations actives dans la coopération au développement et présentes en République Démocratique du Congo y souscrivent ; Pour couvrir, à Kinshasa, les forfaits de soins, d'hospitalisation, de médicaments (génériques) de leurs « proches » restés au pays ou dans le cas d'organisations, de leurs partenaires. Le donateur : Le donateur est la personne physique ou morale qui, par sa contribution financière régulière et mensuelle, s'engage à parrainer un groupe de 7 personnes afin de leur permettre l'accès aux soins à Kinshasa. Un donateur peut parrainer plusieurs groupes de 7 personnes. Des congolais installés dans le monde entier peuvent adhérer tout comme des associations : La Fédération Générale des Travailleurs de Belgique (FGTB) prend en charge les soins de santé de syndicalistes de l'« Union Fait la Force », son partenaire à Kinshasa ; Solidarité Socialiste (SolSoc) en fait de même afin de couvrir plusieurs membres du Centre National d'Appui au Développement et à la Participation populaire (CENADEP) avec lequel SolSoc développe de nombreux projets de renforcement des capacités en République Démocratique du Congo ; L'ASBL Laïcité et Humanisme en Afrique Centrale (LHAC) assure, elle aussi, les soins de santé de son personnel permanent de la Maison de la Laïcité de Kinshasa (MLK) ; Les Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) et, plus particulièrement, leur Régionale du Brabant ont lancé, avec Solidarco, le « Fonds Aristote » assurant les soins de santé d'enfants en situation de rue Madame « Akissi BESANGU » (nom d'emprunt) est une des adhérentes « donatrices » de la première heure du projet de santé solidaire, Solidarco. Nous lui avons demandé quel est son bilan : « Je dois dire que je suis très contente, vraiment. Mes proches à Kinshasa me préviennent quand il y a quelqu'un de malade dans la famille. Et bien souvent, quand j'apprends la nouvelle, le malade a déjà été pris en charge par le médecin ou les infirmiers du centre médical. (...) Chacun a reçu une carte nominative qu'il doit présenter en cas d'admission à l'hôpital pour bénéficier gratuitement des soins. Je n'ai que de bons échos, ils sont satisfaits et moi aussi. ». Les bénéficiaires : Les bénéficiaires sont les 7 personnes désignées par le « donateur » comme pouvant accéder aux soins via sa contribution financière : Tous les bénéficiaires sont pris en charge, quel que soit leur âge, leur sexe et leur état de santé ; Solidarco ne fait aucune différence entre les bénéficiaires et met en œuvre le principe d'équité sociale : « Nous tombons tous malades, nous vieillissons tous et nous devons nous entraider » (Citation de l'Association Internationale de la Mutualité - AIM - organisation représentative des mutualités tant au niveau européen qu'au niveau international) ; Actuellement, Solidarco compte près de 1.250 bénéficiaires des soins à Kinshasa. » La partie requérante soulève également que le site web de Solidarco indique expressément que les soins cardiologiques ne sont pas couverts : « Une large couverture santé [:] Par votre parrainage, vous offrez

une large couverture santé à vos proches qui vivent à Kinshasa. En effet, l'ensemble des prestations médicales garanties par l'assurance santé solidaire, Solidarco, permettent la prise en charge : De plus de 80% des pathologies fréquemment rencontrées en République Démocratique du Congo ; Mais également des examens de laboratoire, des radios, de la chirurgie courante, des accouchements avec ou sans complication, des médicaments génériques et des hospitalisations de moins de quinze jours. Pour toutes ces prestations, vos proches peuvent se faire soigner gratuitement dans les centres de santé de leur choix voire dans les centres hospitaliers (accessibles sur « référence » des centres de santé ou en cas d'urgence après la fermeture des centres de santé). Ces centres appliquant le système du « tiers-payant » pour tout bénéficiaire de Solidarco : sur place, l'accès aux soins couverts est gratuit et vos proches n'auront plus rien à payer. La majorité des soins couverts sont accessibles au terme de la période de stage de trois mois, à l'exception d'une vingtaine de soins accessibles seulement après six mois de stage. Par ailleurs, afin de maintenir une contribution abordable de 30 euros par mois, certains soins, en raison de leur caractère bien spécifique, ne sont pas couverts par Solidarco. Le coût des soins spécifiques non-couverts est à charge des bénéficiaires. Ces soins sont les suivants : Les services cardiologiques et thoraciques relatifs à 1°) la chirurgie thoracique (ensemble des interventions chirurgicales réalisées au niveau du thorax) et 2°) la cardiologie, l'électrocardiogramme, l'échographie cardiaque ; [...] » Le médecin conseil apporte des informations générales et passe complètement sous silence le l'inefficacité du système mutualiste en République Démocratique du Congo. À cet égard, une étude publiée par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (pièce 6), jette un doute très sérieux sur la possibilité pour la partie requérante de bénéficier de ce système de mutuelle. Il ressort de cette étude que l'affiliation à une mutuelle dépend essentiellement de l'appartenance à un groupe professionnel. L'étude mentionnée reprend les différents types de mutuelles existant en RDC : professionnelles ou corporatives, scolaires et étudiantes, et des mutuelles de quartier ou de village (page 25). Les mutuelles corporatives sont constituées de membres d'une même catégorie professionnelle (page 26) par opposition aux mutuelles communautaires qui ont comme groupe cible les membres des ménages d'une zone géographique (page 27), même si les mutuelles étudiées couvrent une aire géographique plus limitée que celle qu'elles se sont fixées (page 26). Cette étude confirme également que les soins nécessités par la requérante ne seraient pas pris en charge par une mutuelle. En effet, la majorité des mutuelles couvrent les soins généraux : les consultations et l'hospitalisation en salle commune pour la médecine, la pédiatrie, la gynécologie, l'obstétrique et la chirurgie. Les mutuelles dans les grandes villes (où il existe une plus grande diversité de soins) spécifient clairement que certains soins sont exclus. Ces exclusions concernent des services spécialisés tels que la cardiologie (page 29). À l'évidence, l'accessibilité des soins vantée dans l'avis médical ne correspond en rien à la réalité de terrain qui prévaut dans le pays d'origine de la requérante. Il est étonnant de constater que médecin conseil fait un « copier-coller » de ce qui se trouve sur le site « <https://www.solsoc.be/actions/rdc.html> », sans en tirer pour autant de conséquence et surtout sans parler du rapport établi par Solsoc le 11 juillet 2019 qui évalue pourtant « l'axe mutualiste du programme quinquennal de Solsoc allant de 2017 à 2021 de la République démocratique du Congo » (pièce 7). Or ce rapport précise notamment que : « La loi déterminant les principes fondamentaux de la mutualité (Loi organique N° 17/002) a été adoptée en mai 2016 et promulguée par le chef de l'État en février 2017. Toutefois, ses mesures d'application devant déterminer les principes fondamentaux relatifs à la mutualité ne sont pas encore rédigées. Le budget de l'État affecté à la santé est inconséquent au vu du nombre d'habitants du pays, de la croissance démographique soutenue, de l'état sanitaire de la population, de l'état des infrastructures et des distances. 74% de la population congolaise vit sous le seuil de pauvreté et le PIB est de moins de 500 \$ par habitant-e par an alors que plus de 95 % des dépenses de santé sont à sa charge ».

Il constate également que la survie des trois mutuelles, nommées par le médecin conseil, est loin d'être assurée : « Fin 2018, le constat est que la survie des 3 mutuelles est loin d'être assurée : leurs indicateurs de performances (taux de pénétration, taux de renouvellement et taux de recouvrement) restent très faibles. Outre les facteurs internes aux mutuelles, les causes contextuelles probables sont les suivantes : [...] À l'évidence, l'accessibilité des soins de santé vantée dans l'avis médical a une portée tout à fait générale et ne correspond en rien à la réalité du terrain. [...] ».

3. Discussion.

3.1. En l'espèce, le médecin conseil a conclu, dans son avis sur lequel la partie défenderesse s'est fondée pour prendre la première décision attaquée, « que la tétralogie de Fallot opérée avec succès et une hypothyroïdie n'entraîne pas un risque réel pour de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible en République Démocratique du Congo ».

Le Conseil constate que le requérant a été opéré avec succès d'une tétralogie de Fallot et qu'il ne souffre plus d'endocardite. Ce constat posé par le fonctionnaire médecin est conforme à l'article 9 de

l'Arrêté Royal du 17 mai 2007, tel que précisé dans la première décision querellée, lequel dispose que « L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9^{ter} de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2^o, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire ».

Le Conseil observe toutefois que le requérant doit bénéficier d'un suivi cardiaque, ainsi que d'un suivi endocrinologique et d'un médicament pour traiter une hypothyroïdie.

3.2. Le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire ».

Le cinquième alinéa indique que « l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie 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 estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9^{ter} précité dans la loi 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 séjouré, 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 existant 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, l'obligation de motivation formelle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

3.3. S'agissant spécifiquement de l'accessibilité de cette prise en charge médicale en République démocratique du Congo (R.D.C.), le fonctionnaire médecin a énoncé les éléments suivants : « Concernant l'accessibilité des soins de santé en République Démocratique du Congo, notons que depuis des années, on observe une réelle dynamique mutualiste. Ces mutuelles contribuent à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé dans un système de protection sociale. Partout dans le pays, des communautés, des églises, des groupes de professionnels prennent l'initiative de mettre en place des mutuelles de santé. La loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité » a été adoptée le 24 mai 2016. Elle confie aux mutualités « l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs » ; celle de « soins hospitaliers et produits pharmaceutiques » ; et celle de « soins spécialités 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. Pour coller à la réalité du terrain, elle autorise les mutuelles à « organiser en (leur) sein divers types de mutuelle suivant les centres d'intérêt des populations cibles, notamment des mutuelles d'entreprises, des mutuelles professionnelles ou corporatives, des mutuelles scolaires et étudiantes, des mutuelles de quartier ou de

village, du secteur informel». (https://www.lavenir.net/cnt/dmf20170216_00961261/la-loi-sur-les-mutuelles-de-sante-promulquee) Afin de faciliter l'accessibilité aux soins, plusieurs mutualités ont vu le jour avec, entre autres, l'aide internationale. Signalons que Solidaris, les fédérations des Mutualités socialistes et Solidaris International soutiennent financièrement, au Congo RDC, les trois mutuelles de santé de la LONALO, la MUSAKI et la MUSAFYA qui reçoivent également un accompagnement de CENADEP et du CRAFORP pour se structurer. (<https://www.solsoc.be/actions/rdc.html>) Soutenue par Wallonie-Bruxelles International, la Fondation « Solidarco » a vu le jour le 2 septembre 2010: une conférence de presse a été organisée, le 14 décembre 2010, pour son démarrage officiel. Solidarco est l'abréviation de « Solidarité Belgique — Congo », une nouvelle expérience dans le domaine de la santé entre la Belgique et la République Démocratique du Congo mais sur un terrain non-étatique: Solidarité de la diaspora congolaise, avec son pays d'origine, pour l'accès à des soins de santé de qualité et de proximité dans un réseau de soins étendu et diversifié à Kinshasa. La Fondation Solidarco en Belgique a alors organisé, avec l'appui du réseau de Solidaris — Mutualité Socialiste, le bureau de gestion de l'ASBL Solidarco-RDC qui a noué une convention avec le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales fBDOM) comme prestataire de soins. Souhaitant innover, cette initiative n'a donc pas été lancée par le biais d'une mutuelle locale. (<https://www.solidarco.org/index.php/origines/>) Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles. (<http://www.slateafrique.com/120181/rd-congo-les-mutuelles-de-sante-prennent-en-charge-les-malades-insolvables>) L'intéressé peut donc rentrer au pays d'origine afin de bénéficier de ces facilités qui lui sont offertes. Par ailleurs, pour démontrer l'inaccessibilité des soins en République Démocratique du Congo, le conseil du requérant invoque les rapports de l'OMS et de la Banque Mondiale de 2015. Ces rapports affirment que la couverture médicale universelle en République démocratique du Congo est une réalité lointaine. En plus, l'intéressé n'a pas de revenus au Congo RDC et il n'est pas en mesure de travailler. Signalons d'abord que l'intéressé est en âge de travailler (40 ans). De plus, rien au dossier ne prouve qu'il serait exclu du marché de l'emploi, une fois de retour au pays. Le requérant peut donc rentrer, trouver du travail ou reprendre ses activités professionnelles et financer ainsi ses soins médicaux. [...] ».

3.4. S'agissant de l'accessibilité au traitement et soins requis par l'état de santé du requérant, le Conseil observe que la première de ces sources ne donne aucune information sur la couverture des soins requis par l'état de santé du requérant. En effet, ce document, qui fait état des buts et objectifs des mutuelles de santé, ne permet pas de déterminer, concrètement, si le requérant pourrait s'affilier à une de ces mutuelles, le cas échéant, à quelles conditions il le pourrait, et quels frais pourraient être couverts. Ainsi en est-il également de la seconde source d'information qui, si elle fait état d'un soutien d'organisations belges à trois mutuelles, lesquelles bénéficient également de l'aide d'autres ONG, ne fournit aucune information concrète sur le soutien apporté et le fonctionnement desdites mutuelles.

Dans son avis, le médecin conseil fait également état de Solidarco, « une nouvelle expérience dans le domaine de la santé entre la Belgique et la République du Congo ». Or, comme le fait remarquer à juste titre la partie requérante, il ressort de ladite source, que les soins cardiologiques ne sont pas couverts.

Le Conseil observe également que le document intitulé « Les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles », auquel se réfère le médecin conseil dans son avis, se borne à présenter très brièvement le système de mutualités en RDC en ces termes : « Pour avoir accès aux soins de santé, les citoyens adhèrent de plus en plus aux mutuelles de santé en République démocratique du Congo (RDC). Ces mutuelles permettent aux centres hospitaliers de faire des recettes pour leur fonctionnement ». Il n'est pas possible de déduire avec certitude d'un tel document que les personnes malades insolubles seraient prises effectivement en charge par des mutualités.

Enfin, le fait que le requérant puisse travailler ne permet pas de démontrer avec suffisamment de certitude qu'il pourrait subvenir à ses besoins médicaux.

3.5. Partant, il convient dès lors de constater, au vu des observations qui précèdent, que contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif et tirées des documents précités, que la prise en charge du suivi cardiologique nécessaire au requérant est suffisamment accessible dans son pays d'origine, de sorte que le premier acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires au requérant, au regard de sa situation individuelle.

Les arguments de la partie défenderesse avancés dans la note d'observations n'énervent en rien les constats posés *supra*, dès lors que cette dernière se contente de répéter les motifs de l'avis médical.

3.6. Il résulte de ce qui précède que la seconde branche du moyen est, dans la mesure précitée, fondée et suffit à l'annulation du premier acte entrepris.

3.7. Concernant l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du requérant, constituant le second acte attaqué, le Conseil estime qu'il est indiqué, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de faire disparaître l'ordre de quitter le territoire litigieux de l'ordonnancement juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque. En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire au requérant, si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, la demande visée au point 1.3. (dans le même sens, C.C.E., arrêt n°112 609, rendu en Assemblée générale, le 23 octobre 2013).

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^{er}

La décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 1^{er} octobre 2020, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme J. MAHIELS, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

J. MAHIELS