



Arrêt

**n° 264 561 du 30 novembre 2021
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. MANDELBLAT
Boulevard Auguste Meyers 41/8
1030 BRUXELLES**

contre:

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique, et de l'Asile et la Migration, et désormais par le Secrétaire d'Etat
à l'Asile et la Migration**

LA PRÉSIDENTE DE LA VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 6 mai 2019, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour recevable, mais non fondée, prise le 18 mars 2019.

Vu le titre I^{er} 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 13 août 2021 convoquant les parties à l'audience du 14 septembre 2021.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, Présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me MATHONET *loco* Me C. MANDELBLAT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 2 mars 2018, le requérant a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

Cette procédure a été clôturée par un arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil), qui a refusé de lui reconnaître le statut de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire (arrêt n°221 408, prononcé le 20 mai 2019).

1.2. Le 3 décembre 2018, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de 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 : la loi du 15 décembre 1980).

Le 18 mars 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable, mais non fondée. Ces décisions, qui ont été notifiées au requérant, le 8 avril 2019, constituent les actes attaqués. La décision déclarant la demande non fondée, est motivée comme suit :

« 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 [...], comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le requérant invoque à l'appui de sa demande de régularisation de plus de trois mois, des problèmes de santé pour lesquels des soins médicaux seraient nécessaires en Belgique.

Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 08.03.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine le Congo (Rép. dém.).

Dès lors,

1) il n'apparaît pas 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) il n'apparaît pas 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 elle séjourne

3)

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

2. Question préalable.

A la lecture de la requête, force est de constater que, bien qu'elle dirige également son recours contre la décision de recevabilité, visée au point 1.2., la partie requérante ne développe aucun moyen, ni aucun argument à son encontre. Le recours est dès lors irrecevable à cet égard.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour constitue l'acte attaqué.

3. Examen du moyen d'annulation.

3.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 « (motivation matérielle) », et « du devoir de précaution et de minutie ».

Elle développe, notamment, un troisième grief, relatif à l'accessibilité des traitements et suivis médicaux requis.

3.1.2. Sous un premier point, la partie requérante fait valoir qu'« A l'appui de sa demande 9 ter, le requérant a déposé un article du site africanews.rdc.com du 05.01.2018 selon lequel la moitié de la population congolaise n'a pas accès aux services de santé (pièce 5 de la demande 9ter). Il a également déposé un rapport du 16.05.2013 de l'OSAR (Organisation Suisse d'Aides aux Réfugiés) selon lequel la guerre au Congo a rendu le système de santé désastreux (pièce 6 de la demande 9ter): *« les soins de santé ne sont garantis que dans une très faible mesure en République démocratique du Congo et totalement inexistant dans de nombreuses régions du pays. Des manques criants, notamment pour ce qui est du financement des soins de santé, de l'infrastructure et du personnel qualifié, font que le traitement de maladies simples ou complexes ne peut pas être assuré en RDC »*. Même si ce rapport concerne plus particulièrement l'accès aux soins psychiatriques, il fait toutefois état que : *« Il n'y a pas d'assurance maladie publique en RDC. Comme la seule assurance maladie du pays est privée et payante, la majorité de la population n'y a pas accès. Les coûts des médicaments et des traitements des maladies psychiques sont par conséquent à la charge des patients ou de leurs familles. Sans compter qu'en cas de traitement hospitalier, les intéressés doivent généralement subvenir eux-mêmes aux frais de repas, de literie et à des paiements supplémentaires au personnel soignant. La plupart des gens n'ont pas les moyens de faire face à de telles dépenses »* [...] l'article du site Africa News faisait état d'un rapport du Directeur Général de l'OMS qui expliquait, sans distinction en fonction des différentes régions du pays, que *« la moitié de la population congolaise n'a pas accès aux services de santé »* et que *« chaque année, des familles sont plongées dans la pauvreté en raison des dépenses de santé »*. [...] Dans un arrêt du 31.01.2018 n°216 145, le Conseil de céans a estimé que la motivation visant à invoquer le caractère général des sources de la requérante était inadéquate ».

3.1.3. Sous un deuxième point, elle fait valoir que « Le médecin conseil se réfère à un article du site Inter Press Service News Agency http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=7489 selon lequel un programme national pour la promotion des mutuelles a été créé en 2012. Si ce projet est certes louable, l'article internet date de 2013 et rien ne permet d'affirmer que ce système est rôdé et qu'il fonctionne encore actuellement 6 ans plus tard ni quelles sont les conditions requises pour pouvoir y adhérer (temps d'attente, maladies couvertes, prise en charge d'une maladie précédant la souscription, est ce que le centre de santé de Monkole –unique centre trouvé par le médecin conseil- accepte d'être payé par une mutuelle ...). Rien ne permet de démontrer qu'en pratique, en 2019, ce programme a réellement été appliqué et a fonctionné comme souhaité ».

3.1.4. Sous un troisième point, la partie requérante soutient que « Le médecin conseil se réfère à l'existence de la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa en février 2016. (<https://7sur7.cd/kinshasa-plusieurs-familles-adherent-a-lamutuelle-de-sante-des-quartiers-populaires/>) Cet article rapporte que : *« Les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée ; les examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; les hospitalisations de moins de 15 jours; les opérations de petite et moyenne chirurgie; les accouchements; les actes infirmiers; ainsi que les médicaments essentiels génériques.»* Il n'est donc nullement fait état de service de cardiologie qui ne peut être considéré comme étant de moyenne chirurgie et/ou d'acte infirmier. De plus, [...] cet article ne précise nullement les conditions pour pouvoir adhérer à cette mutuelle (temps d'attente, maladies couvertes, prise en charge d'une maladie précédant la souscription, est ce que le centre de santé de Monkole -unique centre trouvé par le médecin conseil- accepte d'être payé par une mutuelle ...) ».

3.1.5. Sous un quatrième point, elle fait valoir que « Le médecin conseil invoque également la promulgation d'une loi le 09.02.2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité qui prévoirait *« une assurance maladie obligatoire pour*

toutes personnes pour lesquelles la cotisation ne peut être retenue à la source, et facultative pour les autres ». (https://www.lavenir.net/cnt/dmf20170216_00961261/la-loi-sur-les-mutuelles-de-santepromulquee) Ce n'est pas parce qu'une loi a été promulguée en 2017 qu'elle a effectivement sorti ses effets en pratique. En effet, l'article du journal l'Avenir rapporte que cette loi définit les modalités d'agrément des mutuelles de santé et les autorise à se regrouper. Aucune précision n'est donnée sur ces mutuelles, leur manière de fonctionner et les conditions pour y adhérer. Dans l'état actuel de la sécurité sociale du Congo, il n'existe pas de système public ou privé d'assurance maladie ou une quelconque organisation apparentée. Le requérant invoquait cela dans sa demande initiale 9 ter et se référait au site internet www.cleiss.fr selon lequel le régime de protection sociale garantit uniquement quatre types de risques (des indemnités journalières de maternité, des prestations d'assurance invalidité-vieillesse-décès (survivants), des prestations d'accidents du travail – maladies professionnelles, des prestations familiales) mais pas de maladie ».

3.1.6. Sous un cinquième point, la partie requérante soutient que « Le médecin conseil invoque l'existence du Bureau Diocésain des Œuvres médicales (BDOM) qui serait « *l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés* » Le BDOM est renseigné sur le site internet de SOLIDARCO qui consiste en « assurance transnationale » c'est-à-dire qu'un donateur de la diaspora congolaise peut financer les frais de santé d'un proche resté au pays. (<https://www.solidarco.org/index.php/qui-peut-enbeneficier/>) « 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. [...] • Les bénéficiaires sont les 7 personnes désignées par le « donateur » comme pouvant accéder aux soins via sa contribution financière » Le requérant ne connaît aucun « donateur » en Belgique qui serait d'accord de financer ses soins de santé en cas de retour au Congo dans le BDOM. Le site internet ne précise pas non plus si un ressortissant congolais peut être soigné au BDOM sans être couvert par cette assurance Solidarco. De même, outre des « soins primaires », il ne renseigne pas quelles spécialités médicales sont proposées dans les établissements du BDOM. Or, l'on ne peut pas prétendre qu'un suivi en cardiologie consisterait en des soins primaires ».

3.1.7. Sous un septième point, la partie requérante relève que « Le médecin conseil estime que le requérant a vécu plus de 38 ans de sa vie au Congo et qu'il « *a dû y tisser des liens sociaux et familiaux* ». Outre le fait que le médecin attaché dépasse manifestement les limites de sa compétence médicale professionnelle, dont les propos dépassent de toute évidence le champ d'application médical dans lequel il se doit rester, il y a lieu d'insister sur le fait que les décisions administratives ne peuvent se prendre sur base de simples suppositions, mais bien sur des éléments vérifiables et vérifications contrôlées, quod non en l'espèce. Comme expliqué supra, le requérant a été reconnu handicapé le 11.04.2019 (pièce 6) et il ne peut plus travailler. Rien ne permet d'affirmer que sa famille pourrait prendre en charge l'achat des nombreux médicaments dont le requérant a besoin et ce, afin que son traitement médicamenteux ne soit jamais interrompu, ne fut-ce qu'une journée, puisque cela est contre-indiqué par son médecin qui préconise un suivi à vie et de manière ininterrompue à défaut de quoi il subirait une dégradation de son état cardiaque. L'on ne peut dès lors prétendre, comme le fait le médecin conseil, que les soins seraient facilement accessibles au Congo ».

3.2.1. Sur ces aspects du moyen, aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1^{er}, 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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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* ».

Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et 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, 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).

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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 qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'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. 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 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).

3.2.2. En l'espèce, dans la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2., le requérant faisait notamment état des éléments suivants : « Il serait [...] inhumain de le renvoyer dans un pays où il ne pourrait poursuivre son traitement vu l'inaccessibilité des soins pour les personnes indigentes et où l'accès aux soins de santé reste très précaire. Un article du site africanews.rdc.com du 05.01.2018 rapporte que la moitié de la population congolaise n'a pas accès aux soins de santé. Par ailleurs, il ressort d'un rapport internet du 16.05.2013 de l'OSAR (Organisation

Suisse d'Aid[e] aux R[é]fugiés) que la guerre au Congo a rendu le système de santé désastreux : [voir l'extrait cité au point 3.1.2.]. Même si ce rapport concerne plus particulièrement l'accès aux soins psychiatriques, il fait toutefois état que [voir l'extrait cité au point 3.1.2.] Enfin, il est à relever qu'il n'existe aucun système public ou privé d'assurance maladie ou une quelconque organisation apparentée. Cela ressort du rapport OSAR précité et du site www.cleiss.fr selon lequel le régime de protection sociale garantit uniquement quatre types de risques (des indemnités journalières de maternité, des prestations d'assurance invalidité- vieillesse-décès (survivants), des prestations d'accidents du travail - maladies professionnelles, des prestations familiales) mais pas de maladie. A supposer que l'intéressé puisse avoir accès aux traitements dont il a besoin, il ne verrait pas ses soins de santé pris en charge et ne pourrait les assurer lui-même en raison de son incapacité à travailler ».

3.2.3. L'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 8 mars 2019 et joint à cet acte, lequel indique, en substance, que le requérant souffre de plusieurs pathologies, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine, et conclut dès lors, à l'absence d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant.

S'agissant, notamment, de l'accessibilité des traitements et suivis requis dans le pays d'origine, le fonctionnaire médecin indique que « Concernant l'accessibilité des soins au Congo (Rép. Dém.), le conseil de [du requérant] fournit : - Le rapport [sic] de Africanews du 05.01.2018 révèle que la moitié de la population congolaise n'a pas accès aux services de santé; - L'OSAR (organisation Suisse d'Aides aux Réfugiés): affirme que la guerre au Congo a rendu le système de santé désastreux; dans le but d'attester que son client n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine.

[...]

Notons que les arguments basés sur l'infrastructure, les critères d'accès et les coûts des soins évoqués par le Conseil [sic] ont un caractère général et ne [...] vise pas personnellement son client (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo RDC. En l'espèce, l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Concernant l'accessibilité des soins, un article d'IPS ^[renvoi à une référence en note de bas de page] nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts des soins de santé.

Par ailleurs, des campagnes de sensibilisation sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles données en exemple sont de l'ordre de 4,5 dollars.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa ^[renvoi à une référence en note de bas de page], créée en février 2016, propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts.

Afin de mieux réglementer le système de mutuelles, la loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité» a été promulguée le 9 février 2017 ^[renvoi à une référence en note de bas de page]. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. 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. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

Si l'intéressé est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, il peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme[s] de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés ainsi qu'en terme de couverture territoriale ^[renvoi à une référence en note de bas de page]. Le réseau du BDOM assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants à Kinshasa, ce qui représente un cinquième de la population kinoise. Il couvre, approximativement, 25% des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa.

Rappelons aussi que (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (*CourEur; D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echncoe.inf*).

Il n'en reste pas moins que l'intéressé peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rép. dém.). 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*).

Enfin, l'intéressé est arrivé en Belgique le 20.11.2017. Il est actuellement âgé de 40 ans ce qui laisse supposer qu'il a vécu plus de 38 ans de sa vie au Congo RDC et qu'il a dû y tisser des liens sociaux et familiaux. Dès lors, rien ne démontre que son entourage social et/ou sa famille ne pourrait l'accueillir ou lui venir en aide afin de financer les soins de santé, si cela s'avérait nécessaire.

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 ».

Le Conseil estime toutefois, à l'instar de la partie requérante, que ces éléments ne démontrent pas, à suffisance, l'accessibilité des traitements et suivis requis par l'état de santé du requérant, dans son pays d'origine.

S'agissant des mutuelles de santé, invoquées, le fonctionnaire médecin se borne en effet à constater leur existence, mais les informations sur lesquelles il s'appuie, ne montrent pas les traitements et suivis requis seraient effectivement accessibles au requérant, par leur biais. En effet, la prise en charge garantie par ces mutuelles est conditionnée au paiement d'une cotisation, alors qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, le requérant a fait valoir son état d'indigence et son incapacité à travailler, qui ne sont pas remis en cause dans l'avis du fonctionnaire médecin. S'agissant plus particulièrement de la mutuelle MUSQUAP, il est à noter que le document, sur lequel se fonde le fonctionnaire médecin, ne renseigne rien quant aux conditions d'adhésion, en sorte qu'il n'est pas garanti que le requérant pourrait effectivement bénéficier de la couverture offerte. Il indique uniquement qu'« A la cérémonie d'ouverture, le représentant du Programme national de promotion des mutuelles de santé (PNPMS), Dr Gavial Ngambina, avait sensibilisé les membres de la MUSQUAP au principe de la responsabilité des membres d'une mutuelle. Il les avait exhortés d'éviter la surconsommation et la surfacturation, comme cela est remarqué dans plusieurs autres mutuelles de santé œuvrant en RDC », précision dont il peut être déduit que les prestations offertes ne seraient pas gratuites. Le même constat s'impose s'agissant de la référence au « Bureau Diocésain des Œuvres médicales », dès lors que la prise en charge médicale offerte par cet organisme n'est pas gratuite. Au vu de ces constats, la référence au programme pour la promotion des mutuelles, lancé en 2012, ainsi qu'à la promulgation de la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, le 9 février 2017, ne peuvent suffire.

Enfin, la considération selon laquelle le requérant « a vécu plus de 38 ans de sa vie au Congo RDC et qu'il a dû y tisser des liens sociaux et familiaux. Dès lors, rien ne démontre que son entourage social et/ou sa famille ne pourrait l'accueillir ou lui venir en aide afin de financer les soins de santé, si cela s'avérait nécessaire », n'est étayée par aucun élément versé au dossier administratif, et apparaît comme une simple pétition de principe, insuffisante à fonder le constat de l'accessibilité des traitements et soins requis.

Contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut ainsi être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif, que la prise en charge médicale des pathologies dont souffre le requérant est suffisamment accessible dans son pays d'origine. L'acte attaqué n'est, dès lors, pas suffisamment motivé à cet égard.

3.3. Dans la note d'observations, la partie défenderesse fait valoir qu'« Il ressort de l'avis précité, que le médecin fonctionnaire a procédé à un examen suffisant et raisonnable de

l'accessibilité des soins en RDC. Comme il l'indique dans son avis, le requérant n'a fourni aucune information contraire, si ce n'est des informations générales, à l'appui de sa demande 9ter. En termes de recours, le requérant se contente de prendre le contre-pied des informations recueillies par le médecin fonctionnaire qui conclut à l'accessibilité des soins et des suivis dès lors qu'il existe en RDC des mutuelles de santé et le Bureau Diocésain des OEuvres Médicales (BDOM) dans l'hypothèse où les mutuelles lui étaient inaccessibles et qu'il peut, au surplus, obtenir une aide de son entourage social et/ou familial. Ces informations suffisent à démontrer l'accessibilité des soins en RDC pour le requérant. Le requérant ne démontre pas valablement qu'il ne bénéficierait pas du régime de mutuelles de santé, tel qu'il est en vigueur en RDC, ou encore de la BDOM, se bornant à ce propos à opposer de simples affirmations nullement étayées. [...] La partie adverse a répondu de manière précise à tous les éléments et arguments invoqués par lui et a apporté des précisions quant à l'existence des différents systèmes présents au pays d'origine (RDC) assurant une prise en charge partielle, voire totale, des frais médicamenteux et suivis des malades. En ce que le requérant affirme que l'intervention éventuelle de son entourage social et/ou familial ne serait pas démontrée, force est de constater que celui-ci n'a jamais invoqué, dans le cadre de sa demande qu'il ne pourrait jouir d'une aide financière de la part de son entourage social ou familial. [...] Les arguments du requérant affirmant, en substance, qu'il n'est pas certain que le programme national pour la promotion des mutuelles créé en 2012 existe encore à ce jour, qu'il n'est nullement fait mention d'un service de cardiologie dans le cadre de la BDOM, que les conditions d'accès ne sont pas connues, qu'il ne connaît aucun « donateur » en Belgique qui serait d'accord de financer ses soins de santé en cas de retour au Congo dans le BDOM et que le site internet ne précise pas non plus si un ressortissant congolais peut être soigné au BDOM sans être couvert par une assurance Solidarco et que ce n'est pas parce qu'une loi a été promulguée en 2017 qu'elle a effectivement sorti ses effets en pratique et qu'aucune précision n'est donnée sur ces mutuelles, leur manière de fonctionner et les conditions pour y adhérer, n'énervent en rien ce qui précède. Il s'agit en effet de critiques non étayées se limitant à des considérations d'ordre général sans toutefois préciser *in concreto* et expliquer en quoi la situation décrite l'empêcherait, personnellement, d'accéder aux soins requis. (voir en ce sens C.C.E., 10 avril 2013, n° 100.819 ; voir également : C.C.E., 7 décembre 2018, n° 209.036) En tout état de cause, il ressort notamment des documents utilisés par le médecin fonctionnaire – et qui figurent au dossier administratif – que le BDOM couvre 60 formations sanitaires allant des centres de santé à l'Hôpital général en passant par les centres hospitalie[r]s et qui assure une couverture sanitaire à plus de 2 millions de personnes et que rien n'indique qu'il faille être « sponsorisé ou faire partie d'une mutuelle, pour accéder aux services offerts par cet ordonaissement [*sic*]. En outre, il ressort également de ces documents que la MUSQUAP (mutuelle de soins de santé) propose des solutions solidaires et préventives à la barrière financière d'accès aux soins de santé. En conclusion, si ce [n]'est prendre le contrepied de l'avis du médecin fonctionnaire, le requérant reste en défaut de démontrer qu'il ne pourrait, personnellement, accéder aux services de Mutuelles de soins de santé (dont l'existence n'est pas contestée) au BDOM ou à l'aide de son en[t]ourage pour couvrir les frais de ses soins et suivis ».

Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. Plus particulièrement, la critique, selon laquelle la partie requérante formule « des critiques non étayées se limitant à des considérations d'ordre général sans toutefois préciser *in concreto* et expliquer en quoi la situation décrite empêcherait [le requérant], personnellement, d'accéder aux soins requis », ne suffit pas à contredire le fait que la partie défenderesse s'est abstenue d'examiner correctement l'accessibilité des soins et suivis en République Démocratique du Congo. En effet, la partie défenderesse n'est pas

fondée à adresser un tel reproche à la partie requérante dès lors qu'elle a elle-même constaté l'accessibilité des traitements et soins requis, d'une manière générale.

Quant à l'argument selon lequel le requérant « n'a jamais invoqué, dans le cadre de sa demande qu'il ne pourrait jouir d'une aide financière de la part de son entourage social ou familial », cette circonstance ne justifie pas, pour autant, que la partie défenderesse se livre à des suppositions, non étayées, à cet égard.

S'agissant enfin des considérations relatives à la mutuelle MUSQUAP, dans la mesure où le document, sur lequel se fonde le fonctionnaire médecin, ne renseigne rien quant aux conditions d'adhésion, il n'est pas garanti que les traitements médicamenteux et suivis requis seront effectivement accessibles au requérant, par leur biais.

L'argumentation de la partie défenderesse est d'autant moins pertinente que, dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a jugé que « [l]es autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (*Aswat*, précité, § 55, et *Tatar*, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (*Karagoz c. France* (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, *N. c. Royaume-Uni*, précité, §§ 34-41 et références citées, et *E.O. c. Italie* (déc.), précitée) » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 190). De plus, le Conseil d'Etat a déjà jugé que « Le médecin fonctionnaire exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine. Il en résulte que la charge de la preuve en ce qui concerne l'accessibilité du traitement adéquat dans le pays d'origine ne pèse pas exclusivement sur le demandeur » (C.E., 27 mars 2018, Ordonnance rendue en procédure d'admissibilité des recours en cassation n° 12.768).

3.4. Il résulte de ce qui précède que les aspects susmentionnés du moyen sont fondés et suffisent à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du troisième grief, ni les autres griefs formulés dans le moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

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

Article 1.

La décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, prise le 18 mars 2019, est annulée.

Article 2.

La requête en annulation est rejetée pour le surplus.

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

Mme N. RENIERS,
Mme N. SENEGERA,

Présidente de chambre,
Greffière assumée.

La Greffière,

La Présidente,

N. SENEGERA

N. RENIERS