

Arrêt

n° 274 467 du 21 juin 2022
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. DIAGRE
Avenue Henri Jaspar 128
1060 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 III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 février 2020, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.),
tendant à la suspension et l'annulation de la décision refusant la prolongation de l'autorisation de séjour
basée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 et de l'ordre de quitter le territoire, pris le
16 décembre 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 (ci-après : la loi du 15 décembre
1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 25 mars 2022 convoquant les parties à l'audience du 19 avril 2022.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendus, en leurs observations, Me M. LIBERT *loco* Me L. DIAGRE, avocat, qui comparaît pour la
partie requérante, et Me E. BROUSMICHE *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie
défenderesse.

APRÈS EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante est arrivée en Belgique fin octobre 2016.

1.2. Le 13 juin 2017, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base
de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 19 janvier 2018, la partie défenderesse a pris une
décision déclarant sa demande non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. En date du 15 mars
2018, la partie défenderesse a procédé au retrait des décisions susmentionnées.

1.3. Le 5 octobre 2018, elle a été autorisée au séjour temporaire pour une durée d'un an.

1.4. Par un courrier daté du 15 novembre 2019, elle a introduit une demande de prolongation de l'autorisation de séjour. Le 16 décembre 2019, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, notifiées le 14 janvier 2020, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« Le problème médical invoqué par [E.N.V.] 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 le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Congo (RDC).

Dans son avis médical rendu le 13.12.2019 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que le traitement a été efficace et que la situation s'est normalisée.

Etant donné que 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 (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressée 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.

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 ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

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, datée du 15.11.2019, a été refusée en date du 16.12.2019 ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), de l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 4 et 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, 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), de l'article 8bis de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, des « principes généraux de bonne administration, notamment du principe de préparation avec soin d'une décision administrative, de l'obligation de diligence et de prudence dans la prise de décision, et du défaut de prendre en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier », ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2. A titre préliminaire, elle fait valoir qu'elle a produit, à l'appui de sa requête, de nouveaux documents médicaux, ainsi que des articles de presse faisant état de l'indisponibilité de toute dialyse au « centre de dialyse » des cliniques universitaires de Kinshasa. Elle considère qu'afin d'assurer un recours effectif au sens des articles 13 de la CEDH et 47 de la Charte *« vu les manquements graves de la partie adverse et étant donné qu'un renvoi vers son pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH et 4 de la Charte, il convient de prendre ces nouveaux éléments en compte dans le cadre de la présente procédure »*. Elle se réfère en ce sens à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

2.3. Elle prend une première branche, intitulée *« erreur en fait & en droit »*. Quant au centre de dialyse des cliniques de Kinshasa, elle relève, au regard de plusieurs articles de presse publiés depuis juillet 2019, que le centre est totalement à l'arrêt depuis six mois. Elle en déduit que la motivation de la décision attaquée est fondée sur des sources qui ne sont plus à jour et qui sont erronées en fait. Elle ajoute qu'au vu de cette information, *« il ne peut qu'être constaté que le changement de circonstances allégué par la partie défenderesse n'a absolument pas un caractère « suffisamment radical et non temporaire » comme l'exige pourtant l'article 9 de PAR du 17.05.2007. Cette disposition ainsi que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ont été violées en l'espèce par la partie défenderesse »*.

2.4. Dans une deuxième branche, intitulée *« erreur manifeste d'appréciation et absence de prise en compte de certains éléments essentiels du dossier »*, elle soutient que les affirmations du médecin conseil, selon lesquelles sa situation rénale se serait *« normalisée »* et que cela constituerait un *« changement radical et durable »*, sont manifestement erronées et ne correspondent pas aux constatations faites par ses médecins spécialistes dans les documents médicaux joints à la demande de prolongation. Elle estime que sa situation rénale est toujours particulièrement grave, qu'il est toujours absolument nécessaire qu'elle bénéficie d'un suivi néphrologique régulier et que sa situation est donc similaire à celle qui prévalait en date du 5 octobre 2018. Elle se réfère en ce sens à un certificat du Docteur [B.], daté du 10 février 2020, et précise que son traitement passe nécessairement par une transplantation rénale, qui ne peut être effectuée en République Démocratique du Congo (ci-après : RDC). Dès lors, elle affirme que le médecin conseil commet une erreur manifeste d'appréciation en indiquant que la transplantation rénale ne constitue pas une absolue nécessité. Elle ajoute que la transplantation est absolument nécessaire dans le cadre du traitement, et que seule une transplantation constituerait un *« changement radical et durable »*. De plus, elle souligne le fait que le médecin conseil avait la possibilité de solliciter l'avis d'experts, et qu'en s'abstenant de le faire il a commis une erreur et n'a pas respecté les principes de bonne administration visés au moyen.

En outre, elle relève que le médecin conseil ne semble pas avoir lu les documents déposés à l'appui de sa demande fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle rappelle avoir cité plusieurs documents portant spécifiquement sur la disponibilité et l'accessibilité des soins qui faisaient état d'une impossibilité d'être soignée au Congo. Elle estime que le médecin conseil ne répond nullement aux arguments invoqués, ce qui ne lui permet pas de comprendre les motifs de la décision attaquée. Elle se réfère en ce sens à l'avis du médecin conseil et affirme que les considérations y développées sont incompréhensibles, semblent procéder d'une série de copier-coller et ne répondent pas à ses arguments. Elle précise que les sources concernent spécifiquement sa pathologie et qu'il ne peut donc être affirmé qu'elles ne la concernent pas spécifiquement. Elle conclut à la violation des dispositions visées au moyen.

2.5. Dans une troisième branche, intitulée *« Quant au caractère « suffisamment radical et non temporaire » du changement de circonstances »*, elle fait valoir que *« rien n'indique dans la décision attaquée que la partie adverse aurait vérifié que le changement de circonstances relevé par le médecin-conseil aurait un caractère « suffisamment radical et non temporaire » »*. Elle soutient que le médecin conseil a commis des erreurs manifestes d'appréciation en estimant que sa situation médicale avait changé, et déclare que cette affirmation procède d'une interprétation malhonnête que ce dernier n'a pas pris le soin de faire vérifier. Elle précise que les éléments déposés à l'appui de sa demande de prolongation prouvent à suffisance qu'il n'y a pas eu de changement de circonstance depuis la décision d'autorisation de séjour.

En outre, elle observe que certaines informations provenant de la base de données MedCOI sont périmées et que les autres réponses ne permettent pas de répondre aux questions les plus élémentaires concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins. Elle souligne que cela est particulièrement problématique, notamment en raison de la non prise en compte des éléments invoqués concernant l'indisponibilité et l'inaccessibilité par le médecin conseil.

Elle ajoute que le « *seul fait, pour le médecin-conseil, d'affirmer de manière péremptoire et stéréotypée que « il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire », sans plus d'explication, ne peut évidemment suffire à répondre aux prescrits légaux », et constate que la motivation de la décision ne permet pas de répondre à des questions essentielles telles que « quel est en réalité le « changement » allégué par le médecin-conseil ? En quoi ce changement peut-il être considéré comme « suffisamment radical et non temporaire » par rapport à la situation ayant prévalu lors de l'adoption de l'autorisation de séjour ? etc ». Elle conclut à la violation des dispositions visées au moyen.*

2.6. La partie requérante prend une quatrième branche de l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins. Elle constate à cet égard que les documents MedCOI confirment que la transplantation rénale n'est pas envisageable en RDC, et affirme que pour cette seule raison il convient de constater qu'elle ne peut être soignée dans son pays d'origine. Elle relève également que l'hémodialyse n'est plus disponible aujourd'hui dans la mesure où il ressort de plusieurs sources que le centre de dialyse renseigné est à l'arrêt depuis plus de six mois.

En tout état de cause, elle fait valoir que les documents MedCOI ne permettent pas de répondre à la question de savoir si les traitements sont effectivement disponibles au sens de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, et ne permettent pas de répondre aux questions les plus élémentaires concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins. Elle estime que ce manquement est d'autant plus grave qu'elle a cité, à l'appui de sa demande, plusieurs sources mentionnant l'indisponibilité de ses soins, et se réfère en ce sens à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. En outre, elle affirme que le médecin conseil ne peut se fonder sur le fait qu'elle est retournée en RDC pendant deux semaines, dans le cadre d'un séjour strictement limité et encadré, pour estimer que les soins sont disponibles et accessibles. Elle précise que ce séjour a dû être financé entièrement par son fils et est impossible à réaliser sur le long terme au vu de l'indisponibilité chronique des soins en RDC et de leurs coûts.

De plus, elle relève que le médecin conseil reconnaît que certains médicaments ne sont pas disponibles en RDC mais qu'il se permet de les remplacer par d'autres. A cet égard, elle estime qu'il est « *problématique que le médecin-conseil de la partie adverse, qui n'est pas un médecin spécialiste mais un médecin généraliste, se permette de remplacer certains des traitements qui ont été prescrits par les médecins spécialistes connaissant la requérante depuis plus de 3 ans, et surtout qu'il le fasse sans demander l'avis de ces derniers, ou d'un autre médecin de la même spécialité* ». Elle rappelle que le médecin conseil est soumis à la déontologie médicale, et se réfère en ce sens à un arrêt de la Cour constitutionnelle, ainsi qu'au Code de déontologie médicale et à l'article 8bis de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé. Elle soutient qu'elle aurait dû être examinée par le médecin conseil, et ce d'autant plus que ce dernier a décidé de remplacer un médicament sans demander d'avis complémentaire. De plus, le médecin conseil aurait dû s'assurer que les soins nécessaires lui seront accessibles de manière continue en cas de retour dans son pays d'origine.

Concernant l'accessibilité des soins, elle fait valoir qu'aucun des documents cité par le médecin conseil ne lui permet d'être assurée que les soins dont elle a besoin lui seront effectivement accessibles. En ce sens, elle relève que la loi sur les mutuelles de santé ne dit rien sur l'accessibilité effective des soins et si les mesures promulguées ont été mises en œuvre. Elle ajoute que selon l'article d'IPS, certains traitements ou analyses ne seraient pas couverts par les mutuelles, et qu'il lui est impossible de déterminer si les soins qui lui sont nécessaires seraient pris en charge. Elle précise que l'article sur la MUSQUAP, ainsi que sur le BDOM, ne permettent pas non plus de comprendre si ses traitements seraient couverts ou non. En outre, elle observe qu'aucune des sources n'indique les conditions d'affiliation à ces mutuelles, le prix et le temps d'attente pour être couvert. Elle déclare que l'absence d'analyse des contenus et d'autant plus grave qu'elle avait déposé à l'appui de sa demande des documents établissant l'inaccessibilité des soins en RDC, et considère que les déclarations stéréotypées du médecin conseil démontrent qu'il n'a pas tenu compte des informations transmises à l'appui de sa demande et qu'il ne répond pas à ses arguments. De plus, elle ajoute que l'ensemble des sources transmises à l'appui de la présente requête confirment le prix exorbitant des traitements. Elle déduit qu'au vu des « *éléments inquiétants soulevés par la requérante dans sa demande, il appartenait à la partie adverse d'apporter des garanties quant à la disponibilité suffisante et adéquate et à l'accessibilité effective des soins dans le pays d'origine de la requérante (cf. CEDH Paposhvili, cité plus haut). Citer des articles de presse mentionnant seulement l'existence de mutuelles de santé ne suffit évidemment pas à satisfaire les exigences de motivation imposées par les dispositions légales visées*

au présent moyen et par la jurisprudence de la CEDH, en particulier lorsqu'il n'est absolument pas répondu aux autres sources transmises, qui viennent démontrer que les soins sont inaccessibles ». Elle conclut à la violation des dispositions visées au moyen.

3. Discussion.

3.1.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, §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* ».

A cet égard, l'exposé des motifs de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 indique que cette disposition concerne « *les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour [...]* » (Doc. Parl., Ch., 51, n° 2478/001, p. 34).

Aux termes de l'article 13, §3, 2°, de la loi du 15 décembre 1980, « *Le ministre ou son délégué peut donner l'ordre de quitter le territoire à l'étranger autorisé à séjourner dans le Royaume pour une durée limitée, fixée par la loi ou en raison de circonstances particulières propres à l'intéressé ou en rapport avec la nature ou de la durée de ses activités en Belgique, dans un des cas suivants :*

[...]

2° lorsqu'il ne remplit plus les conditions mises à son séjour;

[...] ».

Aux termes de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, « *L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, 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* ».

S'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n°s 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Sur ce dernier point, le Conseil précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis 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 (cf. dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

3.1.2. En l'espèce, le premier acte attaqué est fondé sur un avis d'un fonctionnaire médecin, daté du 13 décembre 2019 et joint à cette décision, lequel mentionne, notamment, que la partie requérante souffre de « *Néphropathie terminale d'origine diabétique et hypertensive. Hypertension artérielle. Cardiopathie ischémique (traitée par stents – problème résolu). Diabète de type 2 non insulino-requérant. Rétinopathie diabétique. Fibrillation auriculaire* ». Le Fonctionnaire médecin conclut, aux termes d'un examen de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements, que « *Le dossier médical fourni et ses annexes ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre d'une ou plusieurs maladies dans un état tel*

qu'elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent et sont accessibles au pays d'origine. Le séjour médical avait été accordé en 2018 suite à une hémodialyse ayant débuté récemment à l'époque. Un suivi néphrologique régulier était actuellement et temporairement nécessaire, afin de traiter les complications éventuelles. Cela fait maintenant plus d'un an que l'hémodialyse a été débutée et elle s'est révélée efficace. La fistule fonctionne bien et la situation rénale s'est normalisée. Il s'agit donc d'un changement radical et durable de l'état de santé de la requérante dont le traitement initié chez nous peut être poursuivi en République Démocratique du Congo. La néphropathie terminale d'origine diabétique et hypertensive, l'hypertension artérielle, la cardiopathie ischémique (traitée par stents – problème résolu), le diabète de type 2 non insulino-requérant, la rétinopathie diabétique et la fibrillation auriculaire peuvent être prises en charge au pays d'origine, la République Démocratique du Congo. 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 [...] il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour de la requérante ».

3.2.1. S'agissant de l'accessibilité des soins médicaux requis par la partie requérante, le Conseil observe que la décision entreprise repose sur les conclusions du médecin fonctionnaire, mentionnées dans l'avis daté du 13 décembre 2019 joint à ladite décision, qui portent notamment que : « Le conseil de l'intéressée fournit divers documents dont le rapport du Country of return, the Democratic Republic of Congo datant du 2012, the Office fédéral des migrations ODM datant du 2014. Le but et d'attester que Madame [E.N.V.] n'aurait pas accès aux soins de santé. Ils dénoncent de manière générale des problèmes liés à la précarité de l'infrastructure médicale, que les soins sont extrêmement coûteux et que l'infection dont souffre la requérante ne peut pas être soignée car l'état des structures de santé et des équipements au pays d'origine pose de grave problèmes de prise en charge.

Notons d'emblée que ces différentes sources reflètent une situation générale et ne décrivent pas nécessairement la situation que rencontre personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En outre, l'intéressée ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Rappelons également que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Concernant l'accessibilité des soins au Congo (Rép. dém.), il existe plusieurs « cliniques du diabète et de l'hypertension » situées dans trois centres de santé de la capitale : le Centre de santé Molende à Kimbanseke, le Centre Mobengi (Ngaba) et la Clinique diabétique de Kinshasa, située dans la commune de Kasa-Vubu. Le siège du projet du diabète et de l'hypertension est situé au n°44, de l'avenue des Huilleries, dans le bâtiment du CRGM, à Kinshasa/Gombe.

Un article d'IPS 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 de 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 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. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes les 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'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle 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 de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale. 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 (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int).

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

3.2.2. S'agissant de l'existence de mutuelles, le fonctionnaire médecin s'est fondé sur les données issues du site « ipsinternational.org » et intitulé « les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles ». Le Conseil observe que cette source se borne à présenter très brièvement le système de mutualités en RDC et, concernant l'étendue de la couverture proposée, il mentionne que « Dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation se présentent, en cas de maladie, dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires en ophtalmologie, dans les petites et moyennes chirurgie, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée [...] ». Il ne peut toutefois en être raisonnablement déduit que les suivis nécessaires au traitement des pathologies de la partie requérante seraient pris en charge au pays d'origine.

Quant à la référence à la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (la MUSQUAP), le Conseil relève qu'il ne ressort pas du document, auquel se réfère le fonctionnaire médecin, que les soins nécessaires sont couverts, l'article précisant à cet égard 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 ». Force est dès lors de constater, ainsi que relevé en termes de requête, que l'article précité ne permet pas à la partie requérante de comprendre si les traitements dont elle doit bénéficier seraient couverts ou non par cette mutuelle.

De même, s'agissant des considérations du médecin conseil tenant au BDOM, le Conseil ne perçoit pas, après la lecture du document y relatif, en quoi les informations qu'il livre permettent d'établir que la couverture des soins requis par l'état de santé de la partie requérante sera assurée. En outre, la circonstance que « 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 », ne suffit pas à renverser le constat qui précède étant donné qu'elle ne permet pas de déterminer les conditions requises afin de faire partie des deux millions d'habitants auxquels le BDOM « assure une couverture sanitaire ».

En tout état de cause, la référence à ces mutuelles n'est pas pertinente. En effet, la prise en charge garantie par celles-ci est conditionnée au paiement d'une cotisation, alors que dans sa demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2. du présent arrêt, la partie requérante a, d'une part, mentionné son incapacité à prendre en charge l'ensemble des frais de ses soins de santé, et, d'autre part, rappelé qu'elle est actuellement hébergée et prise en charge par son fils résidant en Belgique, ce qui n'est pas remis en cause dans l'avis du fonctionnaire médecin.

S'agissant des considérations du fonctionnaire médecin, selon lesquelles « *il existe plusieurs « cliniques du diabète et de l'hypertension » situées dans trois centres de santé de la capitale : le Centre de santé Molende à Kimbanseke, le Centre Mobengi (Ngaba) et la Clinique diabétique de Kinshasa, située dans la commune de Kasa-Vubu. Le siège du projet du diabète et de l'hypertension est situé au n°44, de l'avenue des Huileries, dans le bâtiment du CRGM, à Kinshasa/Gombe* », le Conseil observe qu'elles ne sont pas étayées et ne permettent pas à la partie défenderesse d'affirmer avec certitude que la partie requérante pourra bénéficier de ces centres de santé. Force est de constater, à la lecture de ces considérations, que la partie défenderesse ne fournit aucune information qui permettrait d'affirmer que la partie requérante aurait accès aux centres de santé susmentionnés, et se contente de faire état d'allégations générales et purement descriptives.

Quant à la loi « *déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité* », le Conseil constate que la source à laquelle se réfère la partie défenderesse ne donne aucune information sur la couverture des soins requis par l'état de santé de la partie requérante. En effet, ce document, qui fait état des buts et objectifs des mutuelles de santé, ne permet pas de déterminer, concrètement, si la partie requérante pourrait s'affilier à une des mutuelles précitées, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts.

3.2.3. Partant, il convient dès lors de constater, au vu des constats 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 médicale des pathologies de la requérante 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 à la requérante, au regard de sa situation individuelle.

3.3. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, selon laquelle « *La question de l'accessibilité des soins abordée par la requérante dans le cadre de cette sous-branche, doit être examinée en prenant acte et bonne note de la démarche de la requérante qui, de manière stéréotypée, se contente d'écarter les informations visées dans l'avis du médecin conseil de la partie adverse quant à la possibilité d'une couverture de ses soins de santé en R.D.C., sans étayer son propos et sans particulièrement expliquer en quoi les différentes possibilités de couverture ne sauraient lui bénéficier compte tenu de sa situation concrète. La requérante ne peut dès lors s'étonner des raisons pour lesquelles, en cette dernière sous-branche, le moyen ne puisse être tenu pour fondé* », n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent et ne suffit pas à contredire le fait que la partie défenderesse s'est abstenue d'examiner correctement l'accessibilité des soins et suivi de la partie requérante en RDC. 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.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen est, à cet égard fondé et suffit à justifier l'annulation du premier acte entrepris. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. 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, querellé, de l'ordonnancement juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque. En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire à la partie requérante, si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, la demande de prolongation d'une autorisation de séjour, visée au point 1.4. du présent arrêt (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 refusant la prolongation de l'autorisation de séjour basée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire, pris le 16 décembre 2019, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS