



Arrêt

n° 287 679 du 18 avril 2023
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. BELAMRI
Rue de Namur, 180
1400 NIVELLES

Contre :

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

LA PRESIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 7 décembre 2022, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (RDC), tendant à l'annulation de la décision de rejet d'une demande de prolongation de séjour, prise le 27 octobre 2022.

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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 13 décembre 2022 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 février 2023 convoquant les parties à l'audience du 31 mars 2023.

Entendu, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. CROKART *loco* Me A. BELAMRI, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *loco* Me L. RAUX et Me 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. La partie requérante déclare être arrivée en Belgique au cours de l'année 2010 munie d'un passeport revêtu d'un visa long séjour de type D. Elle a été mise en possession d'un titre de séjour lié à ses études qui a été prorogé jusqu'au 31 octobre 2013.

1.2. Le 18 octobre 2013, la partie requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 6 novembre 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

1.3. Le 2 janvier 2014, la partie requérante a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire (annexe 33bis).

1.4. Le 4 juillet 2014, la partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 3 octobre 2014, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), assorti d'une interdiction d'entrée de deux ans (annexe 13sexies).

1.5. Le 4 mars 2019, la partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 7 juin 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande fondée et a pris une décision d'octroi d'un séjour temporaire d'une durée d'un an au bénéfice de la partie requérante.

1.6. Le 1^{er} juillet 2020, la partie requérante a sollicité la prorogation de son autorisation de séjour. Le 14 juillet 2020, la partie défenderesse a pris une première décision de refus de prolongation du séjour de la partie requérante ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 248 057 du 25 janvier 2021, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a annulé ces décisions.

Le 17 mai 2021, le 16 décembre 2021 et le 5 octobre 2022, la partie requérante a actualisé la demande du 1^{er} juillet 2020.

Le 27 octobre 2022, la partie défenderesse a pris une seconde décision de refus de prorogation du séjour de la partie requérante et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). La décision de refus de prorogation du séjour de la partie requérante, qui lui a été notifiée le 7 novembre 2022, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motifs :

Le problème médical invoqué par [L.B.A.C.] 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 27.10.2022 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que le traitement lourd est terminé. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles à la requérante.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'ya 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 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.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors: dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...) ».

2. Examen du moyen d'annulation

2.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 1 à 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des 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 (ci-après : 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, du « principe de bonne administration », du « devoir de minutie » et du « principe de confiance légitime ».

2.1.2. Après avoir exposé des considérations théoriques à propos des dispositions et principes visés au moyen unique, la partie requérante soutient, à titre introductif, que « son état de santé requiert un suivi médical indisponible dans son pays d'origine, de sorte que son éloignement la plongerait dans une situation contraire à l'interdiction de traitements inhumains et dégradants » et que sa situation de santé n'a pas connu d'évolution radicale et stable.

2.1.3. Dans une troisième branche, faisant valoir que l'appréciation de l'accessibilité des soins au pays d'origine doit se faire *in concreto*, la partie requérante fait notamment grief au fonctionnaire médecin d'avoir considéré que les éléments invoqués à l'appui de sa demande visée au point 1.6. avaient un caractère général et ne la visaient pas personnellement et qu'elle ne démontrait pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale au pays d'origine, « alors même qu'il base une partie de son propre avis médical [...] sur des informations générales pour rejeter la demande de séjour de la partie requérante » et cite un arrêt du Conseil qu'elle estime s'appliquer en l'espèce.

Rappelant ensuite les éléments invoqués par le fonctionnaire médecin dans son avis médical quant au Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé au Congo (RDC), elle reproche à ce dernier de ne pas avoir vérifié si ce programme fonctionnait encore actuellement, vu l'ancienneté de l'article d'IPS (22 mars 2013) et de n'avoir décrit ni les conditions d'adhésion à ces mutuelles de santé, ni ce qu'elles couvrent en termes de soins de santé et de ne pas avoir vérifié si les soins dont elle a besoin sont couverts.

Reproduisant ensuite un extrait de l'avis du fonctionnaire médecin à propos de la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (« MUSQUAP »), elle estime que ce dernier n'offre aucune garantie quant à savoir si les traitements dont elle a besoin seraient couverts par cette mutuelle. Elle ajoute qu'« une recherche renseigne 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 » » et qu'« aucun site internet officiel n'est disponible pour confronter les informations du [fonctionnaire médecin] qui ne dit d'ailleurs mot, sur les conditions d'entrée, le montant des cotisations et la couverture concrète des soins ». Elle fait également valoir que la prise en charge de cette mutuelle ne couvre pas certains soins dont elle a absolument besoin « comme la prise quotidienne et à très long terme d'un médicament spécifique par exemple » et que le fonctionnaire médecin ne renseigne pas à combien s'élève le montant de la cotisation mensuelle, alors qu'il est, selon elle, important de vérifier qu'elle puisse y avoir accès, en raison de son indigence.

Reproduisant ensuite un nouvel extrait de l'avis du fonctionnaire médecin, à propos du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), elle soutient que celui-ci ne couvre pas les soins dont elle a absolument besoin, étant donné qu'il ne s'agit pas de soins de santé « primaires » et que, même s'ils étaient couverts, ils ne le seraient qu'à hauteur de 25%. Elle ajoute que le site internet de BDOM n'est plus disponible et qu'aucune information récente atteste de son existence et de la possibilité pour elle d'en bénéficier.

A propos de la loi du 9 février 2017 déterminant les principes relatifs à la mutualité mise en avant par le fonctionnaire médecin dans son avis, elle estime que celle-ci ne constitue pas une garantie pour elle « puisque d'une part, il n'est pas dit si cette loi s'est vue implémentée et est appliquée à l'heure actuelle et, d'autre part, si elle concerne le cas (i.e. les traitements) précis de la requérante ».

Faisant ensuite valoir qu'elle ne saura pas financer ses soins en cas de retour au pays d'origine, elle reproduit des extraits de deux arrêts du Conseil qu'elle estime s'appliquer en l'espèce et conclut que, lors

de la prise de l'acte attaqué, « la partie défenderesse n'a nullement égard au traitement conséquent, pointu et rigoureux nécessaire à la partie requérante, et se borne à des généralités [...] ».

2.1.4. Dans une quatrième branche, la partie requérante critique l'acte attaqué en ce que sa motivation est, selon elle, inadéquate, non pertinente et stéréotypée et qu'elle reprend « quasi mot pour mot la motivation de la décision négative de 2019, annulée par le Conseil en 2021 ».

Estimant ensuite que la motivation de l'acte attaqué est composée de « déclarations tout à fait hypothétiques qui ne peuvent pas permettre à la partie adverse de renvoyer la requérante en RDC puisqu'elles ne lui offrent aucune garantie », elle soutient que celui-ci se fonde sur des suppositions.

Elle fait ensuite valoir qu'elle n'a personne au Congo (RDC) qui serait susceptible de lui payer ses traitements, « dont il ressort de la demande d'autorisation de séjour qu'ils sont extrêmement coûteux ».

Elle conclut sa requête en répétant les éléments suivants :

« - La disponibilité des soins n'est nullement établie (seulement deux structures hospitalières mentionnées, à Kinshasa, pour l'oncologie, l'une publique, l'autre privée (!) – et cela pour une population kinoise approximative de 14.000.000 d'habitants en 2019 !

- L'accessibilité des soins n'est pas plus établie,

- L'intervention d'une assurance soins de santé n'est nullement garantie » et estime que la partie défenderesse a violé ses obligations de motivation.

2.2.1. Sur les troisième et quatrième branches, examinées conjointement, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 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 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 prévoit 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 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 9^{ter} 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, dont la violation est invoquée dans le moyen unique, il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 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).

2.2.2. En l'espèce, dans son avis médical du 18 novembre 2021, ayant donné lieu à la décision d'octroi d'une autorisation de séjour temporaire visée au point 1.5. du présent arrêt, le fonctionnaire médecin a considéré que « *Vu la gravité et la nature de la maladie, un cancer mammaire peut effectivement être considéré comme une maladie qui, en l'absence de traitement, présente un risque réel pour sa vie et/ou son intégrité physique* », que « *Tenant compte de la gravité de l'affection de la requérante et essentiellement pour garantir une bonne continuité des soins, il apparaît qu'un retour au pays d'origine d'un point de vue médical n'est pas indiqué pour l'instant. Il convient de ne pas interrompre le traitement lourd en cours* », mais que « *La situation sera ré-analysée après la fin de celui-ci lorsque le traitement se limitera à une hormonothérapie dont nous ne doutons pas de la disponibilité au pays d'origine* ».

L'acte attaqué est, quant à lui, fondé sur un avis du fonctionnaire médecin daté 27 octobre 2022 et joint à cette décision, lequel mentionne que « *Le séjour avait été accordé sur base d'un cancer mammaire dont il convenait de ne pas interrompre le traitement lourd en cours et essentiellement pour garantir une bonne continuité des soins, la situation serait ré-analysée après la fin du traitement lorsqu'il se limitera à une hormonothérapie dont nous ne doutons pas de la disponibilité au pays d'origine* », que « *Le traitement lourd est maintenant terminé. L'état de santé montre un cancer mammaire en état de guérison clinique depuis plusieurs mois, ce qui constitue un changement radical et durable de l'état de santé. Le traitement se limite maintenant à une surveillance et une hormonothérapie qui sont parfaitement possibles en République Démocratique du Congo. Le reste du traitement est disponible au pays d'origine lui aussi. Rien ne s'oppose donc à un retour au pays d'origine* », que « *Quant à un risque de récurrence, celui-ci est prévenu par l'hormonothérapie à base d'anastrozole, inhibiteur de l'aromatase. Nous sommes à 4 ans de la chirurgie et nous constatons l'absence de récurrence. Par conséquent, d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine* », pour en conclure qu'« *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 de la requérante* ».

2.2.3.1. S'agissant, de l'accessibilité des traitements et suivis requis dans le pays d'origine, le fonctionnaire médecin indique que « *Dans la demande d'autorisation de séjour, le Conseil de la requérante avait également fourni des documents sur la situation humanitaire au pays d'origine* :

- Rapport OSAR 2011
- Fiche info Echo Commission européenne avril, 2016
- MSF, Fiche pays RDC, 2015

Notons que les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Congo. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son alléguation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

[...]

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).

Sur base de ces éléments, les soins sont donc accessibles au Congo. »

2.2.3.2. 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 de cette dernière, dans son pays d'origine.

S'agissant de l'existence de mutuelles, le fonctionnaire médecin s'est fondé sur les données issues du site « ipsinational.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 Congo (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 chirurgies, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée [...] ». Il ne peut toutefois en être raisonnablement déduit que les suivis nécessaires au traitement de la pathologie de la partie requérante seraient pris en charge au pays d'origine, d'autant plus que, comme soulevé par cette dernière, l'article référencé date du 22 mars 2013 et il n'apparaît pas dans son avis médical que le fonctionnaire médecin ait vérifié que les soins de santé dont la partie requérante a besoin sont couverts.

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, comme « la prise quotidienne et à très long terme d'un médicament spécifique ».

De même, s'agissant des considérations du fonctionnaire médecin tenant au BDOM, le Conseil ne perçoit pas, après la lecture du site internet référencé en note de bas de page, 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, les circonstances en vertu desquelles le réseau du BDOM « assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants à Kinshasa, ce qui représente un cinquième de la population kinoise » et « 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

requis afin de faire partie des deux millions d'habitants auxquels le BDOM « assure une couverture sanitaire ». En outre, il n'apparaît pas non plus, à la lecture du dossier administratif, que le traitement médicamenteux et le suivi médical requis serait pris en charge par le BDOM dès lors que les informations précitées ne font état que d'une couverture « des besoins en soins de santé primaires ».

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, d'autant plus que, comme le soulève la partie requérante, il n'indique pas si cette loi s'est vu implémenter et est appliquée à l'heure actuelle.

2.2.3.3. Partant, il convient dès lors de constater, au vu de ce qui précède, 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 de la pathologie de la partie requérante est suffisamment accessible dans son pays d'origine, de sorte que l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires à la partie requérante, au regard de sa situation individuelle.

2.2.4. Quant à l'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, selon laquelle la partie requérante aurait la capacité de travailler, et donc à financer elle-même ses soins de santé et que « *Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts. C'est à tort que la partie requérante affirme qu'il n'est pas démontré que ses médicaments seraient remboursés* », le Conseil constate que la partie défenderesse est restée muette dans la motivation de l'acte attaqué quant à la capacité de travailler de la partie requérante et sur la gratuité des soins de santé et des médicaments, via la couverture de la MUSQUAP, dont la partie requérante a besoin et fait valoir ces éléments pour la première fois en termes de note d'observations. Il estime donc qu'il s'agit d'une motivation *a posteriori*, ce qui ne saurait être accepté.

Par ailleurs, l'argumentation de la partie défenderesse selon laquelle « *le médecin conseil expose que si la partie requérante ne sait pas assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé, elle peut se retourner vers le BDOM, qui assure une couverture sanitaire. La partie requérante ne conteste pas cette partie de l'avis du médecin conseil. En outre, la partie requérante perd de vue que la situation qui sera la sienne à son retour dépend également de son propre comportement. C'est la raison pour laquelle la partie défenderesse doit exposer les possibilités pour la partie requérante d'avoir accès, au pays d'origine, au traitement requis, et non « l'accessibilité effective in specie »* », 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 outre, le Conseil rappelle que c'est au fonctionnaire médecin qu'il revient d'effectuer l'examen de l'accessibilité du traitement et du suivi requis au pays d'origine. Par conséquent, si celui-ci entendait fonder l'accessibilité au pays d'origine du traitement et des suivis requis par l'état de santé de la partie requérante sur la base de la possibilité de s'affilier à une mutuelle, il était alors tenu de démontrer que le coût de ceux-ci était couvert par les mutuelles mentionnées dans son rapport médical, *quod non in specie*.

2.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen pris, notamment, de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête relatifs à cette décision qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie défenderesse.

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

Article 1^{er}

La décision de rejet d'une demande de prolongation de séjour, prise le 27 octobre 2022, est annulée.

Article 2

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-huit avril deux mille vingt-trois par :

Mme B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT