

Arrêt

n° 302 834 du 7 mars 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. GRINBERG
Rue de l'Aurore, 10
1000 BRUXELLES

Contre :

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

LA PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 27 septembre 2023, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non-fondée une demande d'autorisation de séjour, et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 8 août 2023.

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 16 janvier 2024 convoquant les parties à l'audience du 20 février 2024.

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

Entendus, en leurs observations, Me M. KIWAKANA /oco Me M. GRINBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me E. BROUSMICHE /oco Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant déclare être arrivé sur le territoire belge le 23 avril 2016.

1.2. En date du 19 septembre 2016, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée non fondée par une décision assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13), prise par la partie défenderesse le 19 octobre 2017. Au terme d'un arrêt n° 246 844 du 24 décembre 2020, le Conseil a annulé les décisions susmentionnées.

1.3. Le 8 août 2023, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande, visée au point 1.2., non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, notifiées le 29 août 2023, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

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

« Motif

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses

Monsieur [T.J.G.], invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique

Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép dem), pays d'origine du requérant

Dans son rapport du 26 07 2023 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires 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 à un retour au pays d'origine le Congo (Rép dem)

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision Les informations quant à la disponibilité et l'accessibilité se trouvent au dossier administratif

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...).

Rappelons également [sic.] que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».

- 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 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : le requérant n'est pas en possession d'un visa valable.

1. Unité de la famille et vie familiale :

La décision concerne le requérant seul et, dès lors, aucune atteinte à l'unité familiale ne saurait être constatée. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité familiale et la vie de famille.).

2. Intérêt supérieur de l'enfant : aucune preuve qu'il a un enfant

3. Etat de santé : Voir l'avis médecin du 26.07.2023

Si vous ne donnez pas suite à cet ordre de quitter le territoire dans le délai imparti, ou si cet ordre n'est pas prolongé sur instruction de l'Office des Étrangers, les services de police compétents peuvent se rendre à votre adresse. Ils pourront alors contrôler et déterminer si vous êtes effectivement parti dès l'expiration du délai de l'ordre de quitter le territoire ou de sa prolongation. Si vous séjournez toujours à cette adresse, cela peut entraîner un transfert au commissariat de police et une détention en vue d'un éloignement ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, 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 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 41, 47, 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, des « principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause », ainsi que du « défaut de motivation » et de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2. Sous une première branche, relative à la disponibilité du suivi médical et du traitement médicamenteux, après un rappel quant à son parcours, la partie requérante observe que les informations contenues dans l'avis médical du fonctionnaire médecin « sont extrêmement sommaires et ne permettent pas de connaître le nombre de spécialistes disponibles à Kinshasa, dans quelles structures ils exercent, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, s'ils sont présents dans une institution privée ou publique... alors que l'état de santé du requérant nécessite un suivi extrêmement régulier et immédiat ». En ce sens, elle constate que, concernant son suivi médical, « excepté le MedCOI AVA-16626 qui date du 15.03.2023 et qui concerne le suivi par un cardiologue, la partie adverse se réfère à des MedCOI de 2020 à 2022 pour conclure à la disponibilité des suivis médicaux. Or, l'avis médical date du 26.07.2023 ! Quant à la disponibilité des médicaments et notamment du Descovy qui est indispensable dans le traitement du requérant, le MedCOI date du 24.09.2020, soit d'il y a 3 ans (!) alors que le requérant a évoqué des problèmes de ruptures de stocks. En outre, il mentionne une disponibilité dans un établissement privé sans donner davantage de renseignements sur son coût, sa disponibilité réelle dans la pharmacie ». Elle fait valoir que, dans la mesure où l'absence de suivis médicaux spécialisés et de traitements médicamenteux pourrait déboucher sur des complications létales dans son chef, il appartenait à la partie défenderesse de faire preuve de la plus grande prudence et de s'assurer qu'au moment de la prise de décision, la possibilité de bénéficier d'une prise en charge médicale et médicamenteuse était toujours d'actualité. Elle en déduit que la partie défenderesse n'a pas agi avec prudence et minutie, et se réfère en ce sens à un arrêt du Conseil dont elle cite un extrait.

La partie requérante expose ensuite des considérations théoriques relatives au projet MedCOI, et soutient qu'aucune information précise n'est fournie quant au « nombre de spécialistes existant dans les centres ou hôpitaux ni sur la capacité des différents services de sorte qu'il n'est pas possible de s'assurer que le suivi médical nécessaire par l'état de santé du requérant est effectivement disponible en RDC ».

Par ailleurs, la partie requérante observe que le fonctionnaire médecin estime ne pas devoir chercher la disponibilité du « NEVANAC » et du « MAALOX » dans la mesure où aucune pathologie oculaire ni aucune pathologie gastrique n'ont été démontrées. Or, la partie requérante fait valoir, à cet égard, qu'elle « souffre de plusieurs pathologies sévères qui ont nécessité des ajustements au niveau de son traitement médicamenteux en raison des effets néfastes de certains médicaments sur son état de santé. Il appartenait dès lors au médecin-conseil de se renseigner auprès des spécialistes qui suivent le requérant

pour obtenir des informations quant à la nécessité de prescrire ces médicaments s'il le jugeait utile. Il ne pouvait en aucun cas conclure à l'inutilité de la recherche quant à la disponibilité de ces médicaments sous peine de violer son obligation de motivation formelle ». En conséquent, elle estime qu'au vu de la complexité de son état de santé, il appartenait à la partie défenderesse de s'assurer de l'absence d'utilité de ces deux médicaments dans le cadre de son traitement.

Enfin, elle souligne que la consultation de la base de données MedCOI permet de constater que l'ensemble des médicaments repris ne sont disponibles qu'au sein d'institutions privées et rien n'est indiqué sur leur coût ou sur les éventuelles ruptures de stock, de sorte que les informations produites par la partie défenderesse ne permettent pas de s'assurer de la disponibilité effective des traitements. Partant, elle affirme qu'il est « clair que la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que l'ensemble du traitement médicamenteux et du suivi médical dont bénéficie le requérant sont disponibles en RDC ! Les informations sur lesquelles elle se base, de par leur généralité, ne permettent en outre pas de conclure à la disponibilité effective du traitement et du suivi médical ». La partie requérante rappelle ensuite plusieurs considérations théoriques relatives aux principes de minutie, de prudence et de précaution, et soutient qu'en l'espèce, la partie défenderesse viole de façon flagrante ces principes, ainsi que son obligation de motivation.

2.3. Sous une deuxième branche, relative à l'accessibilité des soins et traitements, la partie requérante expose tout d'abord des considérations théoriques relatives à l'obligation de motivation formelle et au principe de bonne administration. Elle rappelle avoir fait référence, en termes de demande, à divers documents attestant de l'inaccessibilité des traitements et soins, et reproduit un extrait de l'avis du fonctionnaire médecin. Elle fait valoir que les documents « déposés contiennent de nombreuses informations actuelles et précises concernant la non-disponibilité ou la non-accessibilité des soins médicaux et traitements nécessités par l'état de santé du requérant et concernent spécifiquement la disponibilité et l'accessibilité de soins pour le VIH, les soins oncologiques et cardiaques ! Ces documents mettaient en exergue le coût exorbitant des soins, les ruptures de stocks de médicaments, le manque de personnel spécialisé, l'insuffisance des structures nécessaires dans les hôpitaux, etc. ». Elle reproduit ensuite un extrait de sa demande d'autorisation de séjour, et rappelle avoir fait parvenir à la partie défenderesse, suite à l'annulation de la précédente décision, un rapport du 1^{er} février 2018 évoquant un problème d'approvisionnement des médicaments. Elle en déduit qu'il « est donc clair que ces informations avaient trait spécifiquement à la situation et aux besoins médicaux précis du requérant et sont manifestement pertinentes. La partie adverse ne répond cependant nullement à ces informations objectives, claires et précises apportées par le requérant. Elle balaye ces informations via une motivation stéréotypée qui démontre qu'elle n'a pas pris soin d'analyser valablement les informations déposées ! Cette motivation est tout à fait inadéquate et ne rencontre en rien le contenu précis des documents joints à la demande », et se réfère en ce sens à un arrêt du Conseil dont elle cite un extrait.

En tout état de cause, elle constate que les informations sur lesquelles se base la partie défenderesse pour conclure à l'accessibilité des traitements et suivis médicaux ne sont pas suffisantes ni pertinentes.

Concernant l'accessibilité du traitement lié au VIH, elle observe que la partie défenderesse « reconnaît-elle même que la prise en charge de personnes atteintes du VIH demeure insuffisante en RDC et que sur plus de 420.000 personnes atteintes, seules 110.000 sont sous traitement ! En outre, la consultation du site internet visé par la partie adverse met en exergue que l'Option B+, qui était pilotée dans 6 zones de santé au Katanga, « offre la possibilité aux femmes enceintes et à leurs conjoints vivant avec le VIH, de démarrer immédiatement une trithérapie antirétrovirale avec un seul comprimé par jour et cela, à vie, ainsi qu'une meilleure prise en charge pédiatrique des enfants qui naissent de mères séropositives au VIH ». Monsieur [T.], n'étant ni une femme enceinte, ni le conjoint de l'une d'elle, ni un enfant né de parents atteints du VIH ne pourrait donc manifestement pas prétendre à cette prise en charge mise en place ! La partie adverse n'a donc pas valablement démontré l'accessibilité du traitement pour le VIH nécessité par l'état de santé du requérant ». En outre, elle précise avoir fait référence à l'existence de ce nouveau protocole en termes de demande, et avoir « invoqué des sources sérieuses et plus récentes pour démontrer l'inaccessibilité de son traitement et notamment les conclusions tirées par l'OMS, par MSF en 2016 et dans le rapport intitulé « Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017 » ».

Quant aux initiatives locales de création de mutuelles ou de mutualités, elle rappelle que la République démocratique du Congo a une population en 2017 de près de 90.000.000 habitants, et observe que, pour justifier ses allégations, la partie défenderesse « se réfère au texte de loi attribuant la mission de mise en place de mutuelles, au Ministère du travail et de la prévoyance sociale. Or, le seul fait de se référer à un texte de loi ne suffit pas à démontrer qu'il existe effectivement un système de mutuelle qui permettrait au

requérant d'avoir accès aux traitements adéquats ». En outre, elle relève qu'il « ressort clairement de l'avis médical du médecin conseil que les assurés reçoivent en cas de maladie, des soins primaires, les petites et moyennes chirurgies, et qu'ils peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée ! Or le requérant souffre de très nombreuses et lourdes pathologies et rien n'indique si ces dernières sont couvertes par les différentes mutuelles qui se limitent aux soins de base ».

S'agissant du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), elle fait valoir que la partie défenderesse ne précise pas à quel prix et dans quelles conditions l'on peut avoir accès à ces services. De plus, elle observe que « l'avis médical précise que chaque mois, le BDOM qui a signé des conventions avec trois mutuelles, perçoit plus ou moins 50.000 dollars pour environ 20.000 bénéficiaires. Sachant qu'il y a près de 8.000.000 d'habitants à Kinshasa, il est clair qu'il s'agit d'un service qui ne peut être offert à tous et que l'accès à ce dernier est fortement limité du fait de son manque d'infrastructures et de personnel qualifié ».

Partant, elle soutient qu' « en considérant que le requérant pourrait avoir accès au traitement et suivi médical nécessaire uniquement sur base de ces informations, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation et de motivation. Elle n'a, en outre, pas individualisé l'examen de la demande du requérant pourtant bien spécifique au vu de son âge avancé et de l'importance de la continuité du traitement actuellement en cours ». Elle renvoie une nouvelle fois à sa demande d'autorisation de séjour, et constate que la partie défenderesse « ne semble pas avoir tenu compte de ces informations alors qu'elles sont fondamentales, car elles viennent attester de l'extrême difficulté pour la population congolaise de bénéficier d'une couverture sociale efficace. La motivation de la décision attaquée ne permet, en outre, pas de comprendre pourquoi les informations déposées par la partie adverse, qui ne sont en outre pas suffisamment éclairantes ni pertinentes, devraient primer sur celles mises en avant par le requérant et pourquoi ces dernières ne doivent pas être prises en compte ». La partie requérante se réfère ensuite à divers arrêts du Conseil, dont elle cite des extraits, relatifs à l'analyse de l'accessibilité des soins et traitements en RDC.

2.4. Sous une troisième branche, elle soutient qu'une demande d'autorisation de séjour pour motifs médicaux est une demande de protection subsidiaire, et expose des considérations théoriques et jurisprudentielles quant à ce. En ce sens, elle rappelle faire valoir que « le droit d'être entendu a un champ d'application général (point 84), « doit s'appliquer à toute procédure susceptible d'aboutir à un acte faisant grief » (point 85), y compris lorsque la réglementation en cause ne le prévoit pas expressément (point 86). En l'espèce le requérant n'a pas été entendu par les services de la partie adverse avant que la décision de rejet de sa demande ne soit prise. La décision attaquée viole dès lors les droits de la défense ainsi que les articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ».

3. Discussion

3.1.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'appllicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la*

situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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.

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 26 juillet 2023, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une « *Infection HIV ; Diabète type II ; Hypertension artérielle avec cardiomyopathie hypertrophique G et extrasystoles ventriculaires ; Gammapathie monoclonale bénigne type IgG kappa sans répercussion ni clinique ni biologique* » pour lesquelles les traitements et suivis requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

3.1.3. S'agissant de l'accessibilité des soins médicaux requis par la partie requérante, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur les conclusions du médecin de l'Office des Etrangers, mentionnées dans l'avis daté du 26 juillet 2023, joint à la décision attaquée, qui portent notamment que : « *Le conseil du requérant affirme que les soins sont inaccessibles au pays d'origine. Il cite plusieurs extraits de textes d'articles/rapports et il apporte les documents repris dans l'inventaire des pièces de la demande de la pièce n°8 au n°15.*

A la lecture de ces extraits de textes, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés; aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, aux soins de base notoirement déficients...

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant. (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En outre, l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

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

Un article d'IRS 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 sensibilisations 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 2011 74. 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. Il 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 Oeuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en termes de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale. Le réseau du BOOM 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.

Concernant la prise en charge de VIH, notons qu'il y a eu un nouveau protocole de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, adopté depuis 2012 en RDC et connu sous l'Option B+. Grâce à cette option, la revue nationale du Plan National de Lutte contre le Sida (PNLS) a permis d'identifier, comme progrès réalisés, l'augmentation de la couverture du paquet VIH, l'amélioration de l'utilisation des services ainsi que la décentralisation de l'offre de services vers les centres de santé et les maternités. L'Option B+ a mis l'accent sur l'implication des communautés afin de lever les obstacles qui freinent la demande et l'utilisation de ces services.

L'Option B+ offre un traitement de qualité à davantage de personnes vivant avec le VIH », a déclaré le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, le Dr Kupa Mukengeshayi. « L'Option B+ va donner l'élan nécessaire pour entraîner l'épidémie au VIH vers un déclin irréversible », a précisé le Représentant de l'OMS en RDC, le Dr Joseph Cabore Tandis que la Représentante de l'UNICEF en RDC, Barbara Bentem, a salué la mise en œuvre de l'Option B+ en RDC

De plus, l'article cité en référence nous renseigne que bien que la prise en charge des Personnes vivants avec le virus (PW) demeure insuffisante en RDC2, le pays enregistre des résultats encourageants, a fait savoir le Dr Aimé Mboyo C'est pourquoi, il a estimé que le gouvernement doit mobiliser davantage des ressources pour faire face aux 516 zones de santé à travers les 26 provinces qui devaient être ravitaillées en traitements antirétroviraux (ARV) A ce jour, 412 zones de santé assurent une couverture géographique Un effort positif pour le pays, a-t-il lâché avant d'ajouter, il faudra que le pays passe de 35 à 80% de couverture en termes de traitement Sur plus de 420 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA, 110 000 seulement sont sous traitement, a déploré cet expert du PNMLS Et de souligner que 36 zones de santé sont couvertes des ARV à Kinshasa

Notons que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci) En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n°123 989 du 15,05 2014)

Le requérant déclare que les médicaments ne lui sont pas accessible financièrement et qui touchait une pension de 120 euros Bien que la charge de la preuve lui incombe, il apporte aucun élément pour étayer ses dires

Rappelons que l'article 9ter §1er alinéa 3 prévoit 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve

Rappelons que la situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins et que l'intéressé est assisté par son conseil lors de l'introduction de cette demande et est donc considéré comme complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application

Cependant, alors que cela lui incombe, l'intéressé n'a fourni aucune information concernant sa situation personnelle dans le cadre de cette demande et n'a pas fait valoir l'absence de soutien ou autre (CCE n°271315 du 15 04 2022)

Par conséquent, rien ne nous permet de constater que le requérant ne possède plus de famille/d'attachés dans son pays d'origine En effet, il ne démontre pas qu'il ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine Rappelons pourtant qu'il incombe au requérant d'étayer son argumentation (C E, du 13 juil 2001 n° 97 866)

Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Congo 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 Bensaid c Royaume-Uni du 06 février 2001, §38)

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 du requérant, dans son pays d'origine.

3.1.4. S'agissant de l'existence de mutuelles, le fonctionnaire médecin s'est fondé sur les données issues du site « *ipsinernational.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, concerne l'étendue de la couverture proposée. 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.

En tout état de cause, force est de constater que la partie défenderesse reste manifestement en défaut, au vu de l'âge et de l'état de santé de la partie requérante, d'indiquer que cette dernière serait en mesure de travailler. La référence à ces différentes mutuelles manque en conséquence de pertinence.

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.

3.1.5. Concernant le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales ce dernier sollicite le paiement d'une cotisation afin de pouvoir accéder à ses services de sorte que rien ne permet de s'assurer, quant au traitement nécessaire pour le VIH, que la partie requérante pourra y avoir accès, aucune certitude ne ressortant de l'avis du fonctionnaire médecin.

3.1.6. Par ailleurs, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin ne conteste pas la difficulté de l'accès aux soins et traitement des personnes séropositives puisqu'il avoue lui-même dans son avis médical que « *Sur plus de 420 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA, 110 000 seulement sont sous traitement* ».

A cet égard, le Conseil observe que le « *nouveau protocole de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, adopté depuis 2012 en RDC et connu sous l'Option B+* », s'intègre dans la politique globale de développement du pays et qu'elle a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de la population. Ainsi, le Conseil estime que cela ne garantit aucunement en soi l'accès concret aux soins et suivis requis au pays d'origine.

3.1.7. Quant à la mention de l'avis médical selon laquelle « *rien ne nous permet de constater que le requérant ne possède plus de famille/d'attachés dans son pays d'origine* En effet, il ne démontre pas qu'il ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine Rappelons pourtant qu'il incombe au requérant d'étayer son argumentation », le Conseil observe qu'une telle affirmation n'est nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine.

En tout état de cause, la référence à la solidarité familiale ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des traitements et suivis nécessaires à la partie requérante au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux de leur coût, au regard du système de santé au pays d'origine. Un tel motif, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, et dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté que la partie requérante souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écartier que cette maladie n'entraîne

un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat *in specie* dès lors, qu'il s'agit notamment d'écartier un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH

3.1.8. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse reste en défaut de démontrer dans le cas d'espèce, que le traitement adéquat à l'état de santé de la partie requérante est accessible au pays d'origine, violant ainsi l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.2. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, selon laquelle « *La partie adverse a relevé, à l'examen des documents produits par le requérant, que ceux-ci, bien que détaillant les différentes difficultés rencontrées au Congo en matière d'accès aux soins, décrivent une situation générale et ne visent pas personnellement le requérant. Ce faisant, la partie adverse a expliqué les raisons pour lesquelles le contenu des sources citées par le requérant n'était pas pertinent dans le cadre de l'article 9ter de la loi, à défaut d'être relié à la situation personnelle du demandeur d'autorisation de séjour. Le requérant affirme, toutefois, que « ces informations avaient trait spécifiquement à la situation et aux besoins médicaux précis du requérant* ». Ainsi, le requérant souligne, dans sa demande, que « moins de 20% de malades ont accès aux antirétroviraux », se référant à un rapport d'ONUSIDA. Toutefois, il n'indique pas les circonstances concrètes de nature à l'exclure personnellement de la tranche de la population, aussi faible soit-elle, ayant accès aux antirétroviraux. Il cite également un rapport de MSF qui fait état de ce que « même dans les hôpitaux, le dépistage du VIH est loin d'être systématique (...) 90% ont affirmé ne jamais avoir reçu une telle offre de dépistage avant ». Or, le requérant n'est pas concerné par les éventuelles ruptures de stocks du matériel de dépistage, puisqu'il a été détecté positif au VIH et traité à ce titre. Le requérant se prévaut d'un article de presse, publié le 4 février 2016, qui indique que « 90% de cas de cancers diagnostiqués dans les hôpitaux ne survivent pas », alors même que la prostatectomie prescrite au requérant a été réalisée avec succès et que le suivi oncologique dont il a bénéficié, à la suite d'une telle opération, n'a pas été maintenu, au vu de l'évolution favorable du requérant. Il invoque également un rapport du 1er février 2018 du Dr [D.C.] évoquant un problème d'approvisionnement des médicaments, sans pour autant tenir compte de ce qu'il peut s'installer dans un endroit où les soins sont disponibles et démontrer une erreur manifeste d'appréciation quant à ce. En conclusion, à défaut pour le requérant d'indiquer en quoi le coût exorbitant des soins, les ruptures de stocks de médicaments, le manque de personnel spécialisé et l'insuffisance des structures nécessaires dans les hôpitaux, le priveraient, nécessairement et personnellement, de tout accès aux soins dans son pays d'origine, il ne peut raisonnablement reprocher à la partie adverse d'avoir considéré les informations, dont il se prévaut, comme dénuées de pertinence dans le cadre de l'examen de sa demande. Le requérant est à cet égard malvenu de critiquer les sources utilisées par la partie adverse pour fonder l'accessibilité des soins, compte tenu de l'insuffisance des informations relatives à sa situation personnelle en matière d'accès aux soins. En tout état de cause, la partie adverse note que si, à l'origine, le projet Option B+ s'adressait essentiellement aux femmes enceintes et à leur conjoint vivant avec le VIH, une augmentation de la couverture du paquet VIH a été enregistrée. De même, alors que le projet a été piloté, dans ses débuts, dans 6 zones de santé du Katanga, actuellement 36 zones de santé sont couvertes des ARV à Kinshasa. Par conséquent, malgré une absence de prise en charge totale des personnes atteintes du VIH, il n'en reste pas moins qu'une prise en charge de cette pathologie est possible au Congo. Le requérant n'indique pas les circonstances précises qui le priveraient personnellement de la possibilité d'en bénéficier. En ce qui concerne le coût des traitements, le requérant fait valoir, sur la base d'un rapport de l'OSAR, qu'« il n'existe pas d'assurance-maladie en RDC ». Cet argument a été rencontré par la partie adverse qui a établi l'existence de mutuelles et de mutualité au Congo. A cet égard, c'est à tort que le requérant reproche à la partie adverse de s'être référée à la législation applicable en la matière, puisqu'il ne s'agit pas de l'unique source utilisée par celle-ci pour fonder l'existence d'un réseau mutualiste. En effet, la partie adverse référence plusieurs sources qui prises ensemble, justifient l'accessibilité des soins nécessaires au requérant dans son pays d'origine. Il ressort ainsi des informations recueillies par la partie adverse que la BDOM, ouverte à l'ensemble de la population, a signé un partenariat avec la MUSECKIN, afin de mieux répartir le coût des soins et lui permettre de pratiquer des tarifs réduits pour la population. Sont notamment produits par la partie adverse le tableau des tarifs appliqués aux individus non mutualisés, ainsi qu'un descriptif des prestations couvertes par la BDOM, lesquelles sont identiques à celles couvertes par la MUSUCKIN, à ceci près que les tarifs varient d'un régime de mutuelle à l'autre. Le requérant n'ayant fourni aucune indication précise sur sa situation personnelle, se limitant à des considérations d'ordre général, les motifs de l'avis du médecin fonctionnaire qui établissent l'existence d'une prise en charge collective des soins de santé justifient à suffisance de droit l'accessibilité du traitement. En sa deuxième branche, le moyen n'est pas fondé », n'apparaît pas de nature à renverser les considérations qui précèdent.

3.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique est, à cet égard fondé et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. 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.

3.4. Le premier acte litigieux étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour est à nouveau pendante et requiert qu'une suite lui soit donnée.

Dès lors, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, il est approprié de retirer de l'ordonnancement juridique l'ordre de quitter le territoire attaqué. En effet, celui-ci a été pris, sinon en exécution de la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, prise le même jour, en tout cas dans un lien de dépendance étroit et ce indépendamment de la question de la légalité de ce dernier au moment où il a été pris.

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 déclarant non-fondée une demande d'autorisation de séjour, et l'ordre de quitter le territoire, pris le 8 août 2023, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le sept mars deux mille vingt-quatre par :

E. MAERTENS, présidente de chambre,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT E. MAERTENS