

Arrêt

n° 310 641 du 31 juillet 2024
dans l'affaire X / I

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. CAUDRON
Avenue de la Chasse 219
1040 BRUXELLES

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA 1ère CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 mars 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour reposant sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, prise le 19 février 2024.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu le mémoire de synthèse.

Vu l'ordonnance du 3 juin 2024 convoquant les parties à l'audience du 27 juin 2024.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me I. CAUDRON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La partie requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 6 décembre 2015 et a sollicité la protection internationale le lendemain. Cette procédure s'est clôturée par une décision de refus du statut de réfugié et de refus de la protection subsidiaire prise par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides en date du 3 février 2016. Le recours contre cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 167 023 du 29 avril 2016 du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil).

1.2. Le 13 février 2016, un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile a été pris à l'encontre de la partie requérante. Le recours contre cet ordre a été accueilli par l'arrêt n° 184 942 du 31 mars 2017.

1.3. Le 22 avril 2016, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 28 juin 2016.

1.4. Le 31 mai 2016, des instructions ont été données au Bourgmestre de Charleroi afin de proroger le délai de l'annexe 13quinquies délivrée à la partie requérante jusqu'au 10 juin 2016.

1.5. Le 29 mai 2017, un courrier recommandé du médecin fonctionnaire a invité la partie requérante et son conseil à transmettre des rapports médicaux récents, courrier auquel il a été donné suite le 7 juin 2017.

1.6. Le 28 septembre 2017, un autre courrier recommandé du médecin fonctionnaire a invité la partie requérante à se présenter à un rendez-vous munie de documents récents.

1.7. Le 20 octobre 2017, le médecin fonctionnaire a transmis son avis.

1.8. Le 6 novembre 2017, la requérante a été autorisée au séjour temporaire pour une durée d'un an. Ce séjour a ensuite été prolongé jusqu'au 3 décembre 2018.

1.9. Le 18 mai 2018, l'Officier de l'Etat civil de la commune de Woluwé-Saint-Lambert a refusé d'acter la reconnaissance de paternité de Monsieur A.J. à l'égard de l'enfant de la partie requérante sur la base de l'avis négatif du Procureur du Roi de Bruxelles.

1.10. Le 10 octobre 2018, la commune de Koekelberg a transmis la demande de renouvellement de la carte de séjour de type A de la requérante ainsi qu'un certificat médical produit par la partie requérante.

1.11. Le 20 novembre 2018, le médecin fonctionnaire a transmis son nouvel avis et, le 3 décembre 2018, une décision de prolonger l'autorisation de séjour de la partie requérante pour une durée de deux ans, soit jusqu'au 10 novembre 2020 a été prise.

1.12. Le 8 janvier 2019, une demande de visa long séjour a été introduite par les deux enfants mineurs de la partie requérante auprès de l'Ambassade de Belgique à Kinshasa.

1.13. Le 26 mars 2019, les enfants de la partie requérante demandent de convertir la demande de visa regroupement familial en demande de visa humanitaire. Le 25 septembre 2019, la demande de visa introduite par les filles de la partie requérante a été rejetée.

1.14. Le 15 septembre 2020, la partie requérante a transmis un nouveau certificat médical en vue du renouvellement de son autorisation de séjour.

1.15. Le 19 octobre 2020, le médecin fonctionnaire a communiqué son avis.

1.16. En date du 19 octobre 2020, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour, notifiée à la requérante le 18 novembre 2020 ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Un recours est introduit contre cette décision. Par un arrêt n° 257 510 du 30 juin 2021, le Conseil a rejeté ce recours.

1.17. Le 11 août 2021, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.18. Le 9 septembre 2021, la demande est déclarée irrecevable en ce que la partie requérante invoque les mêmes éléments médicaux que ceux de sa dernière demande de prorogation, refusée le 19 octobre 2020. Un ordre de quitter le territoire (annexe 13) est pris le même jour à l'encontre de la partie requérante. Le recours introduit contre ces décisions est rejeté le 19 janvier 2023 par un arrêt n° 283 510 du Conseil.

1.19. Le 8 février 2022, l'ordre de quitter le territoire pris le 19 octobre 2020 est prolongé jusqu'au 28 février 2022.

1.20. Le 13 février 2023, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.21. Le 14 février 2024, le médecin fonctionnaire transmet son avis.

1.22. Le 19 février 2024, la partie défenderesse prend une décision déclarant la demande d'autorisation de séjour non-fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

La décision déclarant la demande d'autorisation de séjour non-fondée constitue l'acte attaqué. L'ordre de quitter le territoire fait l'objet d'un recours distinct, enrôlé sous le numéro 314 124.

La décision déclarant la demande d'autorisation de séjour non-fondée est motivée comme suit :

« 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.

L'intéressée 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. dém.), pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 14.02.2024, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine. Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.). Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

1) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique *ou*

2) il n'apparaît pas que l'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 il séjourne.

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

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...). »

1.23. La demande du 13 février 2023 d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ayant donné lieu à la décision ici en cause a été transmise par la partie défenderesse au Conseil après l'audience (via J-BOX), audience à laquelle il avait été relevé qu'elle ne figurait pas dans le dossier administratif transmis au Conseil.

2. Procédure.

Conformément à l'article 39/81, alinéa 7, de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil « statue sur la base du mémoire de synthèse sauf en ce qui concerne la recevabilité du recours et des moyens ».

3. Exposé du moyen d'annulation.

Remarque préalable : ci-après, reproduction littérale des termes de la requête, sauf, en principe, les mises en caractères gras et soulignements opérés par la partie requérante, et sauf indication contraire.

3.1.1. La partie requérante prend un **moyen unique** de :

« - [l'] erreur manifeste d'appréciation et d'interprétation ;
- [la] violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 ;
-[la] violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;
-[la] violation des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
-[la] violation du principe général de bonne administration qui impose à l'autorité de statuer en tenant compte de l'ensemble des éléments du dossier, du devoir de minutie et du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, du principe de motivation matérielle, de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate ».

3.1.2. Elle rappelle que la partie requérante est atteinte du HIV et souffre d'hypertension artérielle. Elle relève que la partie défenderesse ne conteste pas que la pathologie revêt la gravité requise par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.2. Dans ce qui s'apparente à un **premier grief**, concernant la disponibilité des soins requis, la partie requérante reproche à la partie défenderesse, dans un point 2.1., de se contenter de se baser sur l'avis du médecin-conseil de l'Office des Etrangers, qui ne fait lui-même que renvoyer à des extraits de la banque de données MedCOI. Elle constate que « [l]a motivation de l'acte attaqué procède donc d'une double motivation par référence ».

Elle renvoie à l'arrêt n° 285 599 du Conseil rendu le 28 février 2023.

Elle fait ensuite valoir ce qui suit : « (...) quand bien même l'on devrait considérer que le site Medcoi constitue une preuve fiable des suivis médicaux disponibles en RDC, quod non, il y a lieu de noter que seuls sont cités des extraits extrêmement limités et non suffisants dans l'avis du médecin ;

Ces extraits ne mentionnent nullement si les soins/médicaments sont dispensés/délivrés dans des/par des établissements publics ou privé, ou relevant des mutuelles ; Or cette information est évidemment essentielle concernant la question de l'accessibilité des soins ;

Dans sa note d'observation, la partie adverse semble reconnaître que ces informations sont importantes au regard de l'accessibilité des soins mais semble considérer que la motivation de l'avis du médecin reste adéquate nonobstant ces informations essentielles. Tel n'est pourtant pas le cas, dans la mesure où l'avis du médecin n'a pas cité les « extraits pertinents » dont font partie les informations dont question ci-avant.

Par ailleurs, aucune information n'est donnée en outre au requérant quant à la disponibilité effective des soins chez ces praticiens.

Les résumés des informations de cette base de données ne font d'ailleurs référence qu'à une pharmacie ou un hôpital par type de soins requis ;

Il n'y a aucun renseignement quant au nombre de médecins travaillant dans ces hôpitaux, de la taille du service, quant au temps qu'il faut pour obtenir un rendez-vous. ...

L'effectivité et la qualité du suivi médical proposé dans le pays d'origine n'ont pas été vérifiées par la partie adverse en renvoyant simplement vers un site internet ;

Il s'agit donc de simples renseignements purement descriptifs, qui ne signifient pas. Bien entendu, que la prise en charge préconisée existe de façon effective ;

Rien n'indique qu'il y a suffisamment de médecins pour l'ensemble du territoire.

Dans sa note d'observation, la partie adverse indique que les réponses fournies par le projet MedCOI n'ont pas vocation à être exhaustives et que la disponibilité au pays d'origine n'est nullement limitée aux structures citées.

Or, la partie requérante n'avait pas manqué d'indiquer qu'il y avait un manque d'infrastructure médicale en RDC dans sa requête fondée sur l'art. 9 ter de la loi du 15.12.1980.

Il appartenait dès lors à la partie adverse de s'interroger à cet égard et de motiver sa décision en rencontrant cet argument, notamment en démontrant la présence de suffisamment de médecins via ses requêtes Medcoi.

2.2.

La partie requérante avait en outre insisté sur le risque de « ruptures intempestives de médicaments » dans sa requête fondée sur l'art. 9 ter de la loi du 15.12.1980.

Il est en effet établi que la disponibilité effective des soins requis par l'état de santé de la requérante en RDC est tout à fait insuffisante. L'OSAR, dans un rapport de 2018, indique (pièce 4) :

D'après les indications fournies en mars 2016 par le Ministère congolais de la Santé, le système de santé est en proie à des difficultés telles que la fourniture de prestations de soins et de service, des défauts d'infrastructure, un équipement insuffisant et une pénurie de spécialistes. Les institutions sanitaires souffrent d'une pénurie de médicaments et les médicaments de mauvaise qualité sont toujours très répandus. Il y a en outre des problèmes au niveau du financement de la santé publique. (...)

Il ressortait en outre des propres recherches de la partie adverse de la base de données Medcoi qu'il y a des problèmes structurels d'approvisionnement en RDC de nombreux médicaments indispensables à la survie de la partie requérante et qu'un délai de plusieurs semaines est nécessaire pour le réapprovisionnement (à titre exemplatif, pour le médicament Donarivine « currently experiencing supply problems, time of resupply : 2 weeks »).

La partie adverse ne s'est pas même interrogée sur les conséquences pour la partie requérante en cas d'absence de médication durant plusieurs semaines, lesquelles seraient bien évidemment dramatiques.

Or, il ressort du certificat médical de la partie requérante que « l'arrêt du traitement suivi par la requérante causerait l'évolution actuelle de la pathologie au stade Sida avec un risque de complications infectieuses sévères et de complications oncologiques pouvant entraîner le décès ».

Dans sa note d'observation, la partie adverse indique qu'aucun document n'avait été fourni quant aux problèmes d'approvisionnement de médicaments et que la partie requérante ne démontre pas qu'il lui serait impossible de prendre ses dispositions afin d'éviter de se retrouver à court de médicaments au moment de recommander ceux-ci.

Ainsi qu'il vient d'être exposé d'une part qu'il ressort de ses propres informations que ce problème d'approvisionnement est une réalité et était connu par elle (et que la requérante avait attiré son attention à ce sujet) et, d'autre part, qu'il ressort du certificat médical de la requérante qu'une interruption de son traitement pourrait entraîner son décès.

Il lui appartenait de motiver sa décision à cet égard, ce qu'elle n'a pas fait, et qu'elle tente de faire a posteriori, via sa note d'observation.

Relevons en outre qu'il est évident qu'il est totalement insuffisant et irréaliste de considérer que la requérante pourrait « s'organiser » pour éviter de supporter des problèmes structurels d'approvisionnement de médicaments.

2.3.

Il y a lieu de considérer que la décision litigieuse qui se contente de se référer à l'avis du médecin qui lui-même renvoie à des extraits insuffisants du site Medcoi, sans même rencontrer des arguments et informations évoqués par la partie requérante, n'est ainsi pas adéquatement motivée et viole l'art. 62 de la loi du 15.12.1980 ainsi que les art. 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et les principes généraux rappelés au moyen (bonne administration, devoir de minutie et du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et également admissibles, du principe de motivation matérielle, de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate) ».

Elle renvoie à l'arrêt n° 218 952 rendu par le Conseil le 27 mars 2019. Elle poursuit en relevant que :

« 2.4.

La motivation de la décision litigieuse ne permet de comprendre comment la partie adverse a pu considérer que les soins requis par la partie requérante sont disponibles.

Par cette analyse quand à la disponibilité des soins requis par l'état de santé de la partie requérante, la partie adverse a méconnu l'art. 9ter de la loi du 15.12.1980 ;

Il ressort en effet d'une jurisprudence constante relative à l'art. 9 ter de la loi du 15.12.1980 qu'il revient à l'Office des Etrangers de rencontrer de manière adéquate et satisfaisante les aspects particuliers de la situation médicale du requérant et, selon les principes de bonne administration, de statuer en pleine connaissance de cause et, dès lors, de procéder aux investigations nécessaires de manière à être pleinement informé tant de l'état de santé de la requérante que des possibilités réelles de soins dont elle dispose (voir C.E., 11 mars 1997. n° 65.160 ; C.E., 24 septembre 1998. n° 75.897 ; C.E. n° 82.698. arrêt du 5 octobre 1999 ; C.E. 91.709. arrêt du 19 décembre 2000).

A cet égard, il lui incombe de s'enquérir de la qualité des soins prodigués dans le pays d'origine pour le traitement de la pathologie en question, au besoin avec l'appui d'un médecin spécialiste, ainsi que de leur accessibilité (C.E. n° 75.389. arrêt du 22 juillet 1998 ; C.E. n° 83.760. arrêt du 30 novembre 1999 ; C.E. n° 72.594. arrêt du 18 mars 1998).

La Cour européenne a, quant à elle, précisé qu'il ne peut être exigé des parties requérantes « une preuve certaine de leurs affirmations qu'ils seront exposés à des traitements prohibés » (arrêt de la CEDH du 13.12.2016 PAPOSHVILI c. Belgique).

Au contraire, en cas de doute,

« il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128. Sufi et Elmi c. Royaume-Uni. nos 8319 0" et H 149/07, § 214, 28 juin 2011. Hirsi Jamaa et autres, précité. § 116, et Tarakhel, précité. § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité. § 108. El-Masri, précité, § 213, et Tarakhel, précité. § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphes 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade ».

Force est de constater que la partie adverse ne s'est nullement livré à cet exercice.

Il y a dès lors lieu de considérer que la décision litigieuse viole les art. 9 ter de la loi du 15.12.1980 et 3 de la CEDH. »

3.3. Dans ce qui s'apparente à un **second grief**, relatif à l'accessibilité aux soins, la partie requérante relève, dans un point 3.1., que la partie défenderesse « se base en premier ordre sur le code du travail qui prévoit que l'employeur est tenu de fournir des soins de santé au travailleur. Relevons que cette référence à la loi ne signifie évidemment pas qu'elle est concrètement appliquée.

En tout état de cause, rappelons que la requérante est en Belgique depuis près de 10 ans. Ce que la partie adverse n'ignore pas, et qu'elle ne pourra donc en aucun cas prétendre à une telle protection, en tout cas pas dès son arrivée, n'étant pas engagée par un employeur.

Or, il a été exposé qu'une interruption de traitement n'est pas envisageable.

Dans sa note d'observation, la partie adverse ne répond nullement à cette série d'argument.

3.2.

Ensuite, la partie se base sur la « volonté pour la RDC de progresser vers la couverture santé universelle » et le développement des mutuelles.

Elle précise que chacune de celle-ci fixe « les cotisations, le stage d'attente, le paquet de prestations et de taux de couverture ».

Elle précise que la prise en charge des soins médicaux se fait par la méthode du tiers payant ou par l'assurance directe dans les établissements de soins des mutuelles.

Relevons que le médecin conseil de la partie adverse s'est bien gardé d'examiner ce que représentait concrètement le tiers payant ou une affiliation à une assurance et si la requérante qui n'a actuellement aucun revenu si ce n'est une aide du cpas (pièce 8) avec un enfant totalement à sa charge (infra), ce que la partie adverse ne pouvait ignorer (il en a été fait état dans la requête ainsi que dans le recours contre la décision du 08.09.2021 et l'auditeur du travail avait d'ailleurs pris contact avec elle dans le cadre d'un dossier fixé devant le Tribunal du travail (pièce 12)), pourrait les financer.

A cet égard, relevons immédiatement qu'il est totalement spéculatif de penser que la famille de la requérante pourra l'aider à cet égard (voir notamment arrêt de Votre Conseil du 09.01.2024 n° 299 691) ou qu'elle pourra travailler dès son arrivée.

Dans sa note d'observation, la partie adverse ne répond nullement à cette série d'argument.

3.3.

La partie adverse cite alors à titre exemplatif deux mutuelles.

La première (MUSQUAP) suppose le paiement d'une cotisation dont on ignore le montant. Il n'est donc pas possible d'examiner la possibilité concrète pour la partie requérante, compte tenu de sa précarité financière, d'y accéder (supra).

La partie adverse cite ensuite la mutuelle Lisinga qui couvre les travailleurs. Celle-ci ne couvrira donc certainement pas la partie requérante.

En tout état de cause, la partie adverse ne se pose pas même la question des stages d'attente (lequel pourrait engendrer une interruption plus ou moins longue dans l'accès au traitement requis par l'état de santé de la requérante) ni si les soins spécifiques requis par l'état de santé de la requérante sont en effet couverts ».

Elle renvoie à de la jurisprudence du Conseil (arrêt n° 300 708 du 29 janvier 2024 et arrêt n° 299 691 du 9 janvier 2024).

Elle relève encore qu'« [i]nvoquant la possibilité d'avoir recours au « Bureau Diocésain des Œuvres Médicales » (BDOM), la partie adverse se base sur un article général ne donnant pas plus d'informations sur les conditions de couverture ou d'adhésion à ce système, ni si les soins spécifiques requis par l'état de santé de la requérante sont en effet couverts ». Elle cite de la jurisprudence du Conseil (arrêt n° 208 174 du 23 août 2017, arrêt n° 206 744 du 12 juillet 2018 et arrêt n° 300 708 du 29 janvier 2024).

Elle poursuit dans les termes suivants :

« Dans sa note d'observation, la partie adverse ne répond nullement à cette série d'argument se contentant d'indiquer qu'il appartenait à la partie requérante d'informer l'administration « d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen de sa situation administrative ».

Or, ainsi qu'il a été rappelé dans les décisions récentes de Votre Conseil citées supra. Il appartient à la partie adverse de démontrer, à suffisance, que les soins requis par l'état de santé de la requérante sont accessibles dans le pays d'origine, quad non en l'espèce pour les raisons exposés ci-avant.

3.5. [lire 3.4.]

Concernant particulièrement les personnes atteintes du HIV, relevons que la partie requérante n'avait pas manqué d'indiquer dans sa demande initiale et dans son recours à l'égard de la décision du 08.09.2021 (pièce 11) que les personnes atteintes du HIV et en particulier les femmes, étaient discriminées et n'avaient pas accès aux soins (pièce 3).

La partie adverse n'en fait pas même état ».

Elle renvoie à l'arrêt du Conseil n° 296 347 du 26 octobre 2023.

Elle poursuit dans les termes suivants :

« Dans sa note d'observation, la partie adverse indique que la partie requérante invoquerait ces éléments pour la première fois.

Ceci est contraire au dossier et la partie adverse le reconnaît lorsqu'elle indique, toujours dans sa note d'observation, que la partie requérante a également invoqué ces éléments au moment de sa demande d'autorisation de séjour en 2016.

Il lui appartenait dès lors de motiver sa décision à cet égard, ce qu'elle est restée en défaut de faire ».

La partie requérante fait ensuite mention, dans un point 3.5. (qui est donc un second point « 3.5. » dans le mémoire de synthèse), d'un rapport joint au recours et dont il ressort que les populations défavorisées, ce qui sera son cas, selon elle, n'ont en réalité nullement accès aux soins. Elle cite un passage de ce rapport. Elle relève qu'un récent rapport de l'EASO confirme les constats repris dans le rapport précité et ajoute que :

« Un rapport récent de l'EASO confirme les constats ci-avant effectués (pièce 6) et ajoute :

- que le contexte socio-économique est particulièrement compliqué
- que l'infrastructure médicale est défaillante
- que la disponibilité des médicaments est aléatoire
- que la Covid 19 a encore aggravé la situation
- qu'il y a d'importants problèmes de corruption
- qu'il n'y a pas de couverture médicale suffisante
- que particulièrement concernant les problèmes de santé de la requérante, les soins et l'accès à ceux-ci n'est pas réaliste

Cela ressort encore de la pièce 5 particulièrement concernant les personnes atteintes du HIV.

3.6

Il y a donc lieu de considérer que la partie adverse ne s'est pas livrée à un examen adéquat de l'accessibilité des soins à la partie requérante et qu'elle a violé les principes relatifs à la motivation des actes administratifs (violation des art. 62 de la loi du 15.12.1980 ainsi que des art. 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et les principes généraux rappelés au moyen (bonne administration, devoir de minutie et du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, du principe de motivation matérielle, de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate).

Il y a lieu de considérer que la décision litigieuse viole l'art.9ter de la loi du 15.12.1980.

Rappelons, qu'il incombe à la partie adverse sur base de cette disposition de vérifier si l'intéressée pourrait bénéficier d'une couverture publique ou privée de ses frais médicaux, eu égard à son état de fortune (C.E. n° 79.364, arrêt du 19 mars 1999 ; C.E. n° 72.594. arrêt du 18 mars 1998, arrêt du Conseil d'Etat du 22 juillet 1998 n° 75389).

L'administration doit en effet s'assurer que les soins disponibles dans le pays de destination seront financièrement accessibles à l'intéressé, l'indigence de l'étranger rendant « aléatoire » « l'accès effectif » aux soins requis. (C.E., n° 80.553 du 1er juin 1999. cité dans RDE 2002, n° 119, p. 395).

Il appartient dès lors à l'autorité de démontrer à suffisance que le requérant pourra bénéficier, dans son pays d'origine, d'un accès satisfaisant à des soins médicaux convenables (C.E. n° 95.175, arrêt du 7 mai 2001) compte tenu de ses moyens financiers (C.E., n° 72.594. arrêt du 18 mars 1998 ; C.E. n° 83.760, arrêt du 30 novembre 1999) ».

Elle renvoie à de la jurisprudence du Conseil (arrêt n° 49 781 du 19 octobre 2020).

Elle estime qu'en l'espèce, « la partie adverse s'est contentée de relever une série de données théoriques, sans tenir compte de l'accès concret de la partie requérante à ces soins.

La décision litigieuse viole également l'art. 3 de la CEDH ».

Elle renvoie à l'arrêt du 13 décembre 2016 PAPOSHVILI c. Belgique rendu par la Cour européenne des droits de l'homme et conclut que « la partie adverse n'a nullement pris en considération la possibilité effective

pour la partie requérant d'avoir accès aux soins et n'a nullement obtenu de l'Etat de destination des assurances individuelles ».

4. Discussion.

4.1. Le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-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.

Il 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).

4.2. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 14 février 2024, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre « *de l'infection au VIH et de l'hypertension artérielle dans un état tel que sa santé et son intégrité physique ne sont pas mises en danger en cas d'un retour au pays d'origine vu que les soins et les médicaments sont disponibles. (...) il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressée ne serait pas en état de voyager. Il ne peut également être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible* ».

4.3.1. Sur le **second grief, relatif à l'accessibilité aux soins**, s'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le fonctionnaire médecin indique que « *L'article 178 du code du travail congolais stipule que, en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, l'employeur est tenu de fournir*

des soins médicaux au travailleur et à sa famille. Cet article répertorie inventorie les services de santé couverts, notamment : les soins médicaux, dentaires, chirurgicaux, les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, les frais de transport, les lunettes ainsi que les appareils d'orthopédie et de prothèse. La volonté pour la RDC de progresser vers la couverture sante universelle est fortement affirmée depuis plus d'une décennie. Le pays a opté pour un système de protection sociale basé sur l'assurance maladie dans lequel les mutuelles de santé ont un rôle prépondérant. Le nombre de mutuelles de santé a considérablement augmenté au cours des quinze dernières années.

Le cadre légal des mutuelles de santé a été voté au parlement en 2017 et 2018 et des dispositifs d'opérationnalisation de la CSU ont été élaborés. La loi de 2017 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. Les cotisations, le stage d'attente, le paquet de prestations de santé et le taux de couverture varient d'une mutuelle à l'autre. Le prix des contributions peut osciller entre USD 5 et 52 par assuré. Un Conseil supérieur des mutuelles charge de superviser l'ensemble a également été créé.

Citons à titre d'exemple deux mutuelles de santé: la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (MUSQUAP) et la Mutuelle de santé Lisinga. La MUSQUAP, 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. La Mutuelle de santé Lisinga couvre quant à elle surtout les travailleurs du secteur informel ainsi qu'à certains travailleurs du secteur privé. Cette mutuelle assure les consultations médicales (médecine générale et spécialistes), les hospitalisations (jusqu'à 10 jours), les examens de laboratoire, d'imagerie médicale, transfusion sanguines, les accouchements et les médicaments. Le taux de couverture pour les traitements et médicaments est de 90%. Les médicaments de marque et les traitements coûteux sont couverts à un taux de 60%.

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 a été créée en septembre 1978, pour répondre aux besoins de santé de la population des quartiers périphériques qui était confrontée aux problèmes d'inaccessibilité financière et géographique aux soins de santé. 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 Kinshasa intervient dans la lutte contre certaines maladies telles que : le SIDA, le Paludisme, la Tuberculose, le Diabète, la Drépanocytose, le Rachitisme, les maladies cardiovasculaires, les maladies mentales, la santé maternelle et infantile, la vaccination et le suivi de la croissance, la lutte contre les violences sexuelles et le planning familial. Les 69 structures de santé forment un réseau pyramidal composé de 20 centres de santé (CS), 35 centres de sante référence(CSR) contenant une maternité, 13 centres hospitaliers (CH), un centre de santé mentale de Matete nommé « Telema » et un hôpital général nommé « Saint Joseph » qui se situe dans la commune de Limete.

Concernant la maladie de l'intéressée, selon les lignes directrices de 2016, le traitement antirétroviral (TAR) est initié chez tous les patients séropositifs, quel que soit le nombre de cellules CD4 ou le stade clinique. En RDC, le traitement du VIH est gratuit. Les donateurs internationaux tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan présidentiel d'urgence de lutte contre le sida (PEPFAR) fournissent des fonds pour améliorer le contrôle de l'épidémie de VIH en RDC.

Selon la personne de contact MedCOI CD4, le Fonds mondial fournit gratuitement un traitement anti-VIH (y compris TAR, examens biologiques et de laboratoire) à un nombre fixe de patients par le biais du Programme National de lutte contre le Sida -PNLS.

L'interlocuteur MedCOI CD4 précise que l'employeur doit orienter le salarié atteint du VIH vers une structure de santé proposant un programme VIH.

La requérante a déclaré lors de sa demande d'asile, être caissière dans un restaurant puis commerçante. De plus, aucune contre-indication formelle pour un travail adapté ne figure dans le dossier médical apporté. Par ailleurs, la requérante ne démontre pas qu'elle serait esseulée dans son pays d'origine alors qu'elle y a vécu de nombreuses années. Ainsi, il n'est nullement démontré que la requérante ne pourrait pas, avec l'aide de ses proches et un travail, payer ses soins grâce notamment aux aides proposés par son pays, décrites supra.

Rappelons enfin qu'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'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Ce qui est le cas en l'espèce.

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Congo (Rep. dem.). 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 Unis du 06 février 2001, §38).

Des lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

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

4.3.2.1. La partie défenderesse fait tout d'abord référence à l'article 178 du code du travail congolais qui précise qu'en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, l'employeur est tenu de fournir des soins médicaux au travailleur et à sa famille. Or, comme le rappelle la partie requérante en termes de recours, elle se trouve sur le territoire belge depuis plusieurs années et ne pourra pas prétendre à la protection précitée, en tout cas dès son retour en République Démocratique du Congo (ci-après : RDC), puisqu'elle n'est pas engagée par un employeur.

4.3.2.2. La partie défenderesse souligne ensuite que la RDC a la volonté de progresser vers la couverture santé universelle et relève le rôle prépondérant des mutuelles de santé. Il s'agit là d'informations générales dont il ne peut toutefois être raisonnablement déduit que les traitements et suivi nécessaires à l'état de santé 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 que selon les informations de la partie défenderesse, près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont couverts. Ces propos ne permettent toutefois pas à la partie requérante de comprendre si les soins et suivi dont elle doit bénéficier seraient couverts ou non par cette mutuelle. De plus, la partie défenderesse mentionne que pour bénéficier de la MUSQUAP, les membres doivent s'acquitter d'une cotisation. Or, la partie défenderesse ne donne aucune précision sur cette cotisation. Il n'est dès lors pas possible de s'assurer que la partie requérante, au vu de situation personnelle, puisse y accéder.

Quant à la référence à la mutuelle Lisinga, il y a lieu de relever que celle-ci s'adresse aux travailleurs selon les informations reprises dans l'avis médical. Partant, la partie requérante n'est pas concernée. De plus, la partie défenderesse ne donne, à nouveau, aucune information quant au montant de la cotisation pour pouvoir bénéficier de cette mutuelle. Il n'est dès lors pas possible de s'assurer, sur la base de la situation personnelle de la partie requérante, que celle-ci pourrait assumer la cotisation exigée.

4.3.2.3. Quant à la possibilité de s'adresser au BDOM, force est de constater que le fonctionnaire médecin ne fournit aucune information sur les conditions d'adhésion et la couverture concrète et que cela ne ressort pas précisément des pièces reprises au dossier administratif. Partant, le Conseil ne peut vérifier si, dans sa situation, la partie requérante, peut effectivement adhérer et être couverte par le BDOM.

4.3.2.4. Le fonctionnaire médecin, dans son avis, relève ensuite que le traitement du VIH est gratuit en RDC. Il est ensuite précisé que le Fonds mondial fournit gratuitement un traitement anti-VIH à « *un nombre fixe de patients* » et que « *l'employeur doit orienter le salarié atteint du VIH vers une structure de santé proposant un programme VIH* ». Ces informations ne permettent pas de s'assurer que la partie requérante puisse rentrer dans ce « *nombre fixe de patients* », la partie défenderesse étant en défaut de préciser les critères pour bénéficier du traitement gratuit. De plus, la partie requérante ne peut, dans le cadre de sa situation actuelle, être considérée comme une salariée que son employeur pourrait orienter vers une structure proposant un programme VIH.

Par ailleurs, ces informations émanent d'une requête MedCOI du 14 décembre 2018 (mentionnée en note de bas de page). Outre son ancienneté, il y a également lieu de constater que le contenu de ce document ne se trouve pas au dossier administratif.

4.3.2.5. Au sujet de la motivation selon laquelle « *La requérante a déclaré lors de sa demande d'asile, être caissière dans un restaurant puis commerçante. De plus, aucune contre-indication formelle pour un travail adapté ne figure dans le dossier médical apporté. Par ailleurs, la requérante ne démontre pas qu'elle serait*

esseyée dans son pays d'origine alors qu'elle y a vécu de nombreuses années. Ainsi, il n'est nullement démontré que la requérante ne pourrait pas, avec l'aide de ses proches et un travail, payer ses soins grâce notamment aux aides proposées par son pays, décrites supra », le Conseil relève qu'elle ne peut suffire à permettre d'apprécier si les soins nécessaires à la partie requérante lui sont effectivement accessibles en RDC. Le Conseil considère en effet qu'il s'agit de simples suppositions, d'une part, que l'éventuelle famille et/ou éventuel entourage social accepte d'aider la partie requérante et, d'autre part, qu'elle ou il ait les moyens financiers nécessaires pour ce faire. Le fait que la partie requérante puisse trouver un travail en RDC dès son retour et payer ainsi ses soins, en tout cas sans délai, relève également de la pure supposition.

4.3.2.6. 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 les soins et suivi nécessaires à l'état de santé de la partie requérante sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne l'accessibilité des soins et du suivi nécessaires à la partie requérante, au regard de sa situation individuelle.

4.3.3. Le moyen ainsi circonscrit est fondé et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4.3.4. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt.

