

Arrêt

n° 319 431 du 7 janvier 2025
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ANDRIEN
Mont Saint-Martin, 22
4000 LIÈGE

contre:

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

LA PRÉSIDENTE DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 9 août 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour, et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 21 novembre 2023.

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 12 novembre 2024 convoquant les parties à l'audience du 5 décembre 2024.

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

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me J. BYL *loco* 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 5 avril 2011, la requérante a introduit une 1ère demande d'autorisation de séjour de plus de 3 mois, sur la base de 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Le 12 avril 2011, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

Le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision¹.

1.2. Le 29 août 2011, la requérante a introduit une 2ème demande d'autorisation de séjour de plus de 3 mois, sur la même base.

¹ CCE, arrêt n°137 522 du 29 janvier 2015.

Le 28 novembre 2011, la partie défenderesse a
- déclaré cette demande irrecevable,
- et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre.

Le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour².

1.3. Le 24 octobre 2013, la requérante a introduit une 3ème demande d'autorisation de séjour de plus de 3 mois, sur la même base.

Le 29 juillet 2015, elle a été autorisée au séjour temporaire en Belgique et, le 6 novembre 2015, mise en possession d'un certificat d'inscription au registre des étrangers.

1.4. Le 28 septembre 2016, la requérante a sollicité la prolongation de son autorisation de séjour temporaire.

Le 19 octobre 2016, la partie défenderesse
- a refusé cette prolongation,
- et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre.

Le Conseil a annulé ces décisions³.

1.5. Le 2 août 2022, la partie défenderesse a, à nouveau,
- refusé la prolongation de l'autorisation de séjour temporaire,
- et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante.

Le Conseil a annulé ces décisions⁴.

1.5. Le 6 mars 2023, la partie défenderesse a, une 3ème fois,
- refusé la prolongation de l'autorisation de séjour temporaire,
- et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante.

Le Conseil a à nouveau annulé ces décisions⁵.

1.6. Le 21 novembre 2023, la partie défenderesse a, une 4ème fois,
- refusé la prolongation de l'autorisation de séjour temporaire,
- et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante.

Ces décisions, qui lui ont été notifiées, le 15 juillet 2024, constituent les actes attaqués, et sont motivées comme suit:

- S'agissant de la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour (ci-après: le 1er acte attaqué):

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la prolongation du titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 [...].

Le médecin de l'Office des Étrangers (O.E.), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Congo (R-D.)

Dans son avis médical rendu le 20.11.2023, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'O.E. indique que les traitements et les suivi nécessaires sont maintenant requérante ce qui constitue un changement radical et durable. disponibles et accessibles à la Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

² CCE, arrêt n°137 523 du 29 janvier 2015.

³ CCE, arrêt n°244 336 du 18 novembre 2020.

⁴ CCE, arrêt n°282 190 du 21 décembre 2022.

⁵ CCE, arrêt n°296 348 du 26 octobre 2023.

Que dès lors, vu les constatations, faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.
Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après: le second acte attaqué):

« En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980; l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 21.11.2023. [...]

Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné. La situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire, Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :

- Unité familiale :

L'intéressée est seule en Belgique. 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 de l'unité familiale et la vie de famille.

- Intérêt supérieur de l'enfant:

Pas d'enfant connu en Belgique.

- État de santé (retour) :

Pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine.

Par conséquent, il n'y a pas d'éléments qui posent problème pour prendre un ordre de quitter le territoire».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend **un moyen unique** de la violation

- des articles 3 et 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH),
- de l'article 5 de la directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier (ci-après : la directive 2008/115/CE),
- des articles 8.4 et 8.5 du livre VIII du Code civil "(et du principe qui s'en déduit, imposant à celui qui invoque une preuve de la rapporter avec un degré suffisant de certitude)",
- des articles 7, 9ter, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980,
- de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant les modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 (ci-après : l'arrêté royal du 17 mai 2007),
- « du devoir de minutie »,
- et de « l'autorité de choses jugées [des] arrêts 244336, 282190 et 296348 », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. La partie requérante fait notamment valoir ce qui suit :

« En l'espèce, l'accessibilité des soins [n'est pas] démontré[e] à l'exclusion de tout doute par le défendeur, pas plus le changement radical et définitif.

Le défendeur statue sept ans et demi après la demande de renouvellement. Aucun changement radical n'est survenu dans l'état de santé [...] de la requérante [...]. La décision n'expose pas en quoi [...] l'accessibilité de ces soins aurai[t] radicalement évolué entre le jour de la demande, le jour de la dernière prolongation et la dernière décision. Ce qui suffit à en affecter la légalité au regard des dispositions précitées ».

2.3. Plus particulièrement, dans ce qui s'apparente à une seconde branche relative à l'accessibilité des soins et traitement requis, elle fait notamment valoir ce qui suit :

« Quant à la loi « déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité », 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 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 actuellement s'affilier à une des mutuelles précitées, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts. Le médecin adverse renvoie [la requérante] vers une pharmacie privée, sans s'assurer que les mutuelles prendraient en charge les médicaments vendues par cette clinique. Le médecin adverse, qui en a la charge de la preuve pour les raisons exposées supra, ne démontre pas concrètement comment [la requérante] pourra faire face à ces dépenses, alors qu'elle a quitté le Congo voici quatorze ans et que sa seule famille proche , avec qui elle vit, est établie en Belgique. L'avis « médical » relatif aux supposées conditions de délivrance du visa voici quatorze ans n'est nullement étayé et constitue autant de pétitions de

principe qui ne peuvent suffire à établir l'accessibilité actuelle des soins au pays d'origine, d'autant moins que le recours à la double négative ne correspond à la démonstration positive d'une preuve exclusive de tout doute, dans le respect des principes du code civil exposés supra. La circonstance que la requérante a satisfait aux conditions pour obtenir un visa voici 14 ans ne démontre pas qu'elle serait capable de financer actuellement son traitement au pays d'origine, d'autant moins qu'elle est née en [1945]. Un tel motif apparaît comme une simple pétition de principe, insuffisante à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivis requis par l'état de santé de la requérante. 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, 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'écarter 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 dès lors qu'il s'agit d'écarter un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH. Le médecin adverse ne se préoccupe pas du coût des médicaments vendus et des prestations fournies par ces établissements privés et ne démontre donc pas leur accessibilité financière pour [la requérante]. Qu'il renvoie vers deux mutuelles, sans démontrer concrètement ni que [la requérante] pourra y adhérer, a fortiori sans délai d'attente, ni que celles-ci couvriront notamment les prestations privées. A défaut d'informations plus détaillées, [la requérante] ne peut s'assurer qu'un stage d'attente n'est pas toujours requis ni qu'il [sic] aura directement accès aux soins. Le médecin adverse ne fournit aucune information sur les conditions d'adhésion ni sur la couverture concrète. Ainsi, [la requérante] ne peut vérifier si, dans sa situation, elle pourra effectivement adhérer et être couverte par les mutuelles en question. En ce qui concerne la Musquap, est évoqué « *le versement régulier d'une cotisation* », sans que son montant ne soit précisé ; 90% des soins seraient couverts, sans qu'il ne soit exclu que ceux dont souffre [la requérante] figurent bien parmi les 10% non pris en charge ; le site auquel renvoie le médecin adverse (sans préciser la page ni la reproduire), date de 2016, ce qui dément son actualité et il s'agit d'un simple article de « 7 sur 7 » ; aucun site de la Musquap n'est renseigné et rien n'établit qu'elle existe toujours en 2024 ; il ne ressort pas du document auquel se réfère le fonctionnaire médecin que les soins nécessaires à [la requérante] sont couverts, l'article précisant que « les prestations couvertes 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 ». L'accessibilité du traitement médicamenteux requis n'est pas démontrée à suffisance dès lors que rien n'indique que celui-ci serait constitué de « médicaments essentiels génériques » au regard des prestations couvertes par la MUSQUAP. Le même constat s'impose s'agissant de la mutuelle de santé KINCARE. En effet, le site internet auquel renvoie la partie défenderesse renseigne sommairement une « prise en charge de vos soins hospitaliers » ainsi qu'un « remboursement de vos médicaments génériques et originaux ». L'accessibilité du traitement médicamenteux requis n'est pas démontrée à suffisance dès lors que rien n'indique que celui-ci serait constitué de « médicaments génériques et originaux » au regard des prestations couvertes par cette mutuelle (arrêt 299691). Il en va de même pour le Bureau Diocésain des OEuvres Médicales (BDOM), lequel 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 [la requérante], qu'elle pourra y avoir accès, aucune certitude ne ressortant de l'avis du fonctionnaire médecin (arrêt 302834). Le fait qu'une ASBL caritative et des aides internationales doivent venir en aide aux patients confirme l'inaccessibilité des soins. En méconnaissance des dispositions et principes visés au moyen, le défendeur ne démontre pas avec un degré suffisant de certitude que la requérante bénéficiera dès son potentiel retour au Congo des soins et médications disponibles et accessibles. Vu le doute résultant des griefs développés supra, le défendeur succombe à prouver [...] l'accessibilité des soins et médicaments requis pour éviter à la requérante un traitement prohibé par l'article 3 CEDH. L'illégalité du refus de séjour induit celle de l'ordre de quitter qui en est l'exécution ».

3. Discussion.

3.1. **Sur la seconde branche du moyen**, l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er de la loi du 15 décembre 1980 dispose ce qui suit :

« *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, le 2ème alinéa de ce paragraphe précise ce qui suit :

« L'appréciation du risque précité et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne est effectuée par un fonctionnaire médecin qui rend un avis à ce sujet. Il peut, si nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

En vertu de l'article 13, § 3, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980,

« Le ministre ou son délégué peut donner l'ordre de quitter le territoire à l'étranger autorisé à séjourner dans le Royaume pour une durée limitée, fixée par la loi ou en raison de circonstances particulières propres à l'intéressé ou en rapport avec la nature ou de la durée de ses activités en Belgique, dans un des cas suivants : [...] 2° lorsqu'il ne remplit plus les conditions mises à son séjour; [...] ».

Enfin, en vertu de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007,

« L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, [alinéa 1er,] 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire ».

3.2.1. Le 1er acte attaqué est fondé sur un avis d'un fonctionnaire médecin, daté du 20 novembre 2023, et joint à cette décision.

Dans cet avis, ce fonctionnaire médecin a notamment constaté ce qui suit, quant aux «Pathologies actives actuelles avec le traitement »:

« Insuffisance rénale chronique (IRC) sur néphroangiosclérose sur HTA sévère et séquelles de pyélonéphrites.

Cardiopathie hypertensive.

Ostéoporose.

Syndrome des apnées du sommeil.

Leucopénie.

Le traitement se compose de [plusieurs médicaments]

Suivi néphrologique, cardiologique, pneumologique ».

3.2.2. S'agissant en particulier de l'accessibilité aux traitements et soins médicaux requis, le fonctionnaire médecin a indiqué ce qui suit :

« Un article d'IPS [référence à un site internet en note de bas de page] nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts 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 [référence à un site internet en note de bas de page] créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts.

Autre exemple, la mutuelle de santé KINCARE [référence à un site internet en note de bas de page] prend notamment en charge les consultations généralistes et spécialistes de même que les visites, les actes médicaux et la radiologie. Ainsi que les soins et honoraires hospitaliers, chambre, frais de séjour pour hospitalisation spécialisée. Elle s'adresse en outre « à tout le monde sans condition de revenu ». Le remboursement des frais de santé varie entre 50 à 80% en fonction de la formule souscrite. Le prix variant entre 3.8 euros à 13 euros pour un étudiant ou entre 7 et 23 euros pour une personne célibataire par exemple.

Pour mieux réglementer le système de mutuelles, la loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité» a été promulguée le 9 février 2017 [référence à un site internet en note de bas de page]. Cette loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. 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'intéressée était dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle pourrait 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 terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale [référence à un site internet en note de bas de page]. Le réseau du BDOM assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants à Kinshasa, ce qui représente un cinquième de la population kinoise. Il couvre, approximativement, 25% des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas [référence à un site internet en note de bas de page], OMS [référence à un site internet en note de bas de page], Enabel [référence à un site internet en note de bas de page] sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en oeuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

Notons que l'intéressée ne démontre pas qu'elle ne pourrait souscrire à une mutuelle ou faire appel à l'une des aides évoquées ci-dessus.

Notons aussi que l'intéressée est arrivée en Belgique munie d'un passeport revêtu d'un visa C. Or, pour obtenir ce visa l'intéressée a dû fournir des documents qui prouvent qu'elle dispose de moyens de subsistance suffisants, aussi bien pour la durée de son séjour que pour son retour; des preuves d'une assurance-voyage couvrant d'éventuels frais de rapatriement pour raisons médicales, etc. Le fait que l'intéressée ait obtenu ce visa prouve qu'elle disposait de moyens financiers en suffisance au pays d'origine et rien ne démontre qu'elle serait maintenant démunie lors de son retour.

Par ailleurs, le conseil de la requérante prétend dans la requête 9ter fournir un rapport du 13.04.2012 ainsi que d'autres documents sur la situation sanitaire dans le pays d'origine. Notons que ces documents sont absents de la demande et ne figurent pas au dossier. En outre, le requérant ne mentionne pas quels éléments il souhaite faire valoir en lien avec ces documents. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

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. 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).

Dès 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 ».

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

3.2.3. En effet, s'agissant de l'existence de mutuelles, le fonctionnaire médecin s'est notamment fondé sur les données issues du site « ipsnews.net » et intitulé « les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles ».

Or, cette information date de 2013, se borne à présenter très brièvement le système de mutualités en RDC en 2011, et concerne l'étendue de la couverture proposée, qui ne semble viser que l'accès "aux soins de santé primaires".

Quant à la référence à la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (la MUSQUAP), le Conseil relève ce qui suit, à l'instar de la partie requérante :

- aucune précision n'est apportée quant au montant de la cotisation et aux conditions fixées pour l'affiliation à cette mutuelle,
- il ne ressort pas du document, auquel se réfère le fonctionnaire médecin, que les soins nécessaires sont couverts, l'article précisant uniquement à cet égard ce qui suit :
« 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 ».
- l'accessibilité au traitement médicamenteux requis n'est donc pas démontrée à suffisance, puisque rien n'indique que celui-ci serait constitué de « médicaments essentiels génériques », au regard des prestations couvertes par la MUSQUAP.

Le même constat s'impose s'agissant de la mutuelle de santé KINCARE.

En effet, le site internet auquel renvoie la partie défenderesse,

- s'il fait notamment état d'un "pack santé senior" avec 3 formules possibles de couverture, avec des taux de remboursement allant de 50 à 80%,
- ne renseigne que sommairement une « prise en charge de vos soins hospitaliers » ainsi qu' un « remboursement de vos médicaments génériques et originaux ».

L'accessibilité du traitement médicamenteux requis n'est pas démontrée à suffisance, puisque rien n'indique que celui-ci serait constitué de « médicaments génériques et originaux », au regard des prestations couvertes par cette mutuelle.

Quant à la loi du 9 février 2017 « 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 requérante.

En effet, ce document, qui fait état des buts et objectifs des mutuelles de santé, ne permet pas de déterminer, concrètement, si la requérante pourrait s'affilier à une de ces mutuelles, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts.

Partant, la référence au programme pour la promotion des mutuelles, lancé en 2012, ainsi qu'à la promulgation de la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, ne peuvent suffire.

3.2.4. Concernant le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales, le Conseil observe ce qui suit :

- la page internet du site « solidarco.org » à laquelle renvoie le fonctionnaire médecin n'est pas disponible,
- et la seule copie jointe au dossier administratif se borne à faire état de ce que le « BDOM assure une couverture sanitaire à deux millions d'habitants, ce qui représente un cinquième de la population kinoise. Il couvre, approximativement, 25% des besoins en soins de santé primaires à Kinshasa », sans aucune précision quant au montant de la cotisation, les conditions d'affiliation et ce qui est couvert dans le cadre de ces soins de « santé primaires ».

En conséquence, rien ne permet de s'assurer que la requérante pourra y avoir accès, aucune certitude ne ressortant de l'avis du fonctionnaire médecin.

3.2.5. Concernant l'aide extérieure des différentes organisations, telles que Caritas, Enabel, et l'OMS, ici encore, le Conseil observe que la lecture des sites mentionnés par le fonctionnaire médecin, n'établit pas que la requérante pourrait bénéficier d'une telle aide et que celle-ci lui permettrait d'avoir accès aux traitements et suivis requis.

Le fonctionnaire médecin se contente ici d'une affirmation nullement étayée et qui s'apparente dès lors à une pétition de principe, qui ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins dans le pays d'origine de la requérante.

Il en est d'autant plus, que cette aide ne concerne que les soins de santé primaires, et touche en ce qui concerne Caritas, particulièrement les domaines suivants : « Prévention et Réponses aux Urgences ; promotion de la Santé ; lutte contre les maladies (VIH/Tuberculose, Paludisme, Malnutrition, Covid19, Ebola, etc.) et projet d'immunisation ; promotion de développement durable (Amélioration de l'accès aux services sociaux, Sécurité alimentaire, Appui à la dynamique d'auto-promotion paysanne (microprojet), Appui à la réhabilitation des infrastructures sociales de base) ; Renforcement des capacités (renforcement des capacités du Réseau Caritas Congo Asbl) ».

3.2.6. Le fonctionnaire médecin relève également ce qui suit :

« l'intéressée est arrivée en Belgique munie d'un passeport revêtu d'un visa C. Or, pour obtenir ce visa l'intéressée a dû fournir des documents qui prouvent qu'elle dispose de moyens de subsistance suffisants, aussi bien pour la durée de son séjour que pour son retour; des preuves d'une assurance-voyage couvrant d'éventuels frais de rapatriement pour raisons médicales, etc. Le fait que l'intéressée ait obtenu ce visa prouve qu'elle disposait de moyens financiers en suffisance au pays d'origine et rien ne démontre qu'elle serait maintenant démunie lors de son retour ».

Ce constat ne peut être jugé suffisant, dès lors

- qu'il se fonde sur la situation personnelle et financière de la requérante, en 2010, soit 14 ans plus tôt et à une époque où la requérante était encore en âge de travailler, ayant précisé dans sa demande être commerçante,
- sans mentionner le fondement de la conclusion selon laquelle « rien ne démontre qu'elle serait maintenant démunie lors de son retour », étant donné notamment son âge.

3.2.7. Au vu de ce qui précède, la partie défenderesse ne démontre pas suffisamment que le traitement adéquat est accessible dans le pays d'origine de la requérante, violant ainsi l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

La motivation de l'avis du fonctionnaire médecin et, partant, du 1^{er} acte attaqué ne peut être considérée comme suffisante

- dans le cadre de l'analyse d'une demande de prolongation d'une autorisation de séjour, octroyée sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980,
- et alors qu'il n'est pas contesté que la requérante souffre d'une pathologie grave.

3.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait valoir, à cet égard, ce qui suit:

« à l'appui de son recours introductif d'instance, la requérante critique les observations du médecin conseil liées à l'existence de diverses mutuelles et associations en RDC, tels que la MUSQUAP, la KINCARE et le BDOM.

Or, la partie adverse s'interroge sur l'intérêt de la requérante à ses propos dès lors qu'elle ne démontre pas de manière précise qu'elle ne rentrerait pas dans les conditions pour bénéficier de ces aides.

Enfin, la partie adverse rappelle à nouveau qu'il appartenait à la requérante de faire état de tous les éléments utiles afin de démontrer qu'elle n'aurait pas accès aux soins une fois de retour au pays d'origine, notamment au vu de l'affirmation selon laquelle elle serait démunie.

Ainsi, le médecin conseil avait pu valablement déterminer que rien ne démontrait que la requérante serait démunie lors de son retour, en relevant notamment qu'elle disposait de moyens financiers suffisants au pays d'origine lors de son arrivée en Belgique munie d'un Visa C.

En termes de requête introductive d'instance, la requérante se contente de prendre le contrepied de cette analyse sans toutefois démontrer son inexactitude, de sorte qu'elle n'a pas intérêt à ses propos.

La partie adverse rappelle par ailleurs que cette affirmation du médecin conseil dans l'avis médical a été formulée à titre subsidiaire, après avoir préalablement et suffisamment démontré que la requérante aura accès à ses médicaments prescrits via les différentes mutuelles et associations existantes au pays d'origine ».

Cette argumentation n'est pas de nature à renverser les considérations qui précèdent, dès lors que, tant dans sa demande d'autorisation de séjour que dans la demande de prolongation de son autorisation de séjour, et ses différents recours, la requérante a contesté l'accessibilité concrète aux traitements et soins requis dans son pays d'origine.

Il convient de rappeler à cet égard que le fonctionnaire médecin exerce un rôle d'instruction de la demande, spécialement quant à l'examen de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine, en sorte que la charge de la preuve ne pèse pas exclusivement sur le demandeur⁶.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen est, à cet égard fondé et suffit à justifier l'annulation du 1er 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.

3.5. Le 1er acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, la demande de prolongation de l'autorisation de séjour, est à nouveau pendante.

Dès lors, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, il est approprié d'annuler également l'ordre de quitter le territoire, attaqué.

En effet, celui-ci a été pris, sinon en exécution de la décision de refus de prolongation de la demande d'autorisation de séjour, prise le même jour, en tout cas dans un lien de dépendance étroit, et ce indépendamment de la question de sa légalité 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

La décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour, et l'ordre de quitter le territoire, pris le 21 novembre 2023, sont annulés.

Article 2

⁶ En ce sens, C.E., 27 mars 2018, ordonnance n° 12.768 rendue en procédure d'admissibilité des recours en cassation.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le 7 janvier 2025, par :

N. RENIERS,	Présidente de chambre,
-------------	------------------------

E. TREFOIS,	Greffière.
-------------	------------

La greffière,	La présidente,
---------------	----------------

E. TREFOIS	N. RENIERS
------------	------------