

Arrêt

n°322 104 du 20 février 2024
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. BERNARD
Avenue Louise, 2
1050 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 10 juin 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 24 avril 2024 et notifiés le 10 mai 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, dite « la Loi ».

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 17 juin 2024 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 3 octobre 2024 convoquant les parties à l'audience du 5 novembre 2024.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. KIWAKANA *loco* Me A. BERNARD, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me S. MATRAY, 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 a déclaré être arrivé en Belgique le 8 octobre 2013.

1.2. Le 16 octobre 2013, il a introduit une demande de protection internationale, laquelle n'a pas eu une issue positive.

1.3. Le 29 octobre 2019, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée fondée le 10 février 2020. Il a été mis en possession d'une carte A qui a été prolongée jusqu'au 16 avril 2024.

1.4. Il a ensuite introduit une nouvelle demande de prorogation de son autorisation de séjour.

1.5. Le 24 avril 2024, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.6. En date du 24 avril 2024 également, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision de rejet de la demande visée au point 1.4. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« MOTIF:

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 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le médecin de l'Office des Étrangers (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 24.04.2024 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'O.E. indique que les doutes émis précédemment quant à la [disponibilité] du traitement dans le pays d'origine ne sont plus d'actualité. En effet, tant le médicament pris par le requérant que les suivis et analyses requis sont effectivement disponibles (et accessibles) dans le pays d'origine.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, le requérant 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.

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

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...).

Veillez procéder au retrait du Certificat d'Inscription dans le Registre des Etrangers, délivré à l'intéressé et veuillez radier l'intéressé du Registre des Etrangers pour perte de droit au séjour ».

1.7. A la même date, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant une décision d'ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION :**

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

En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 24.04.2024.

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 [...] :

- [de] l'article 9 ter de la [Loi]

- [d]es articles 13§3,2° et 74/13 de la [Loi]

- [de] l'article 62 de la [Loi]

- [d]es articles 8 et 3 de la CEDH

- des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'obligation de faire reposer tout acte administratif sur des motifs matériellement exacts, pertinents et légalement admissibles, du principe de bonne administration ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation et du devoir de précaution et de minutie ».

2.2. Elle argumente « En ce que l'Office des Étrangers se réfère à l'avis médical de son médecin-conseil daté du 24 avril 2024 qui indique que les doutes émis précédemment quant à la disponibilité du traitement dans le pays d'origine ne sont plus d'actualité : « Tant le médicament pris par le requérant que les suivis et analyses requis sont effectivement disponibles (et accessibles) dans le pays d'origine. Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, le requérant 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. » Attendu que le médecin-conseil indique dans les conclusions de son rapport que : « cette année, une recherche par des agents MedCOI situés au Congo-RDC a été réalisée pour son cas particulier et démontre la disponibilité effective du Tasigna ainsi que des alternatives au pays d'origine, le Congo-RDC. » Que l'on ne comprend pas la motivation du médecin conseil qui fait une recherche spécifiquement cette année sur le cas particulier du requérant alors que cela fait 4 ans que l'OE examine chaque année la prolongation de son titre de séjour. Les visites médicales et le traitement médical n'ont pas changé depuis l'introduction de la demande 9ter. Attendu que pour apprécier la disponibilité des médicaments et du suivi médical, le médecin se réfère à la banque de données non-publique MedCOI à laquelle la partie requérante ne peut avoir accès. Que cela oblige la partie requérante à prendre pour argent comptant les résultats figurant sur cette banque de données, ou à devoir faire des recherches par elle-même pour vérifier si ces résultats sont confirmés par d'autres sources. Que dans son avis médical, le médecin conseil se réfère à sa requête unique portant le numéro AVA17984 datée du 18 mars 2024. Les résultats de la recherche spécifique des agents MedCOI situés au Congo-RDC sont rapidement arrivés puisque la réponse est reçue le 26 mars 2024. Que le médecin-conseil a « copié-collé » les résultats de sa requête qui concluent à la disponibilité du suivi médical en hématologie et du traitement dont a besoin la partie requérante : Il est mentionné « Available ». Qu'il est indiqué le nom d'un hôpital qui dispense les soins ou le nom d'une pharmacie qui disposerait du traitement médicamenteux. Que sous les recherches, il est précisé que : « un traitement médical est considéré comme disponible lorsqu'il est, lors de la recherche, suffisamment présent dans le pays d'origine dans au moins un établissement médical particulier (public ou privé) Un médicament est considéré comme disponible lorsqu'il est, en principe, enregistré dans le pays d'origine et y est distribué dans les pharmacies, les drogueries ou autres lieux où les médicaments peuvent être vendus. Le médicament est soit produit, soit importé dans le pays d'origine et il n'y a pas de problème d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche. Qu'il ressort de la lecture de l'avis médical qu'en ce qui concerne le suivi médical, la motivation de l'acte attaqué procède d'une double motivation par référence dès lors que, d'une part, la partie adverse se réfère à l'avis médical du médecin, et d'autre part, celui-ci se réfère à des informations provenant de la base de données non publique MedCOI. Il a déjà été jugé par le Conseil que la question qui se pose est celle de savoir si cette double motivation par référence satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle découle de la loi du 29 juillet 1991, dont la violation des articles 2 et 3 est invoquée par la partie requérante. En l'espèce, l'avis du médecin ne satisfait pas aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité du suivi médical requis au Congo. En effet, en ce qui concerne le suivi médical et le traitement, le fonctionnaire médecin se réfère, uniquement à des informations provenant de la base de données non publique MedCOI. Les réponses à ces requêtes MedCOI sont toutes formalisées dans des tableaux « copiercoller » renseignant les informations suivantes lorsqu'elles portent sur le suivi médical : « Available » et le nom d'un établissement hospitalier ou d'une pharmacie. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. En effet, le simple « copier-coller » du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du suivi requis. (C.E., 6 février 2020, n° 246.984). Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles se fonde exclusivement le fonctionnaire médecin dans son avis en ce qui concerne le suivi médical nécessaire,

ne sont pas accessibles au public. En conséquence, entendant motiver son avis en ce qui concerne le suivi médical par référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis. A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi en vérifier la pertinence. Cela oblige la partie requérante à réaliser une recherche, sur les sites publics, sur les hôpitaux et les pharmacies cités dans MedCOI afin de vérifier la véracité des tableaux « copier-coller » du médecin conseil, qui par ailleurs, sont rédigés en anglais, ce qui représente une complication supplémentaire pour la partie requérante qui n'est pas issu d'un pays anglophone. Ainsi, en ce qui concerne la disponibilité du suivi médical, l'on constate que deux hôpitaux à Kinshasa sont cités par MedCOI. L'on ignore s'il s'agit d'hôpitaux publics ou privés : 1°- Kinshasa University Clinics à Kinshasa : Il est uniquement fait référence à son site internet et la partie adverse indique qu'il existe un service de traitement par un oncologue et un hématologue et la possibilité de réaliser des prises de sang. Or en consultant le site de cet hôpital, l'on ne voit pas de service oncologique ni d'hématologie. Il y a dans le service pédiatrique et dermatologique, une unité oncologique mais cela ne s'applique pas au cancer de la partie requérante : ANESTHESIE ET REANIMATION • ANATOMIE PATHOLOGIQUE • BIOLOGIE MEDICALE (Biologie clinique et Microbiologie) • CHIRURGIE • GYNECOLOGIE ET OBSETRIQUE • MEDECINE INTERNE • MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION • MEDECINE TROPICALE • ODONTOSTOMATOLOGIE • RADIOLOGIE • PEDIATRIE • SPECIALITES (Dermato, ORL et Ophtalmologie) <https://www.cliniquesuniversitairekinshasa.net/departement/> <https://www.cliniquesuniversitairekinshasa.net/cliniques-universitaires-de-kinshasa-2/> 2°-Le Diamond Medical Center est référencé par MedCOI pour les tests laboratoires concernant le marqueur tumoral BCR-ABL de la leucémie et la cytométrie de flux. Le site internet de ce centre énumère les appareils utilisés dans leur service laboratoire. Il n'est pas fait mention d'un appareillage qui détecte la cytométrie de flux en lien avec la leucémie, ni les marqueurs tumoraux BCR-ABL de la leucémie: cf <https://cmd.cd/services/centre-de-diagnostique-et-pharmacie/> De plus, bien que le site de cet hôpital ne l'indique pas expressément, il semble que cela soit un hôpital privé. -Attendu qu'en ce qui concerne le traitement médicamenteux, il s'avère que le requérant répond positivement au Tassigna, traitement de 2ème génération depuis plusieurs années. Ainsi, dans le rapport médical du 13 février 2024 du Dr [T.] produit par le requérant à l'appui de sa demande de prolongation de son titre de séjour, il est indiqué que le requérant est « en réponse moléculaire majeure sous inhibiteur de tyrosine kinase de 2ème génération de type Tassigna à raison de 300mg 2fois par jour. » Il prend donc 4 comprimés de Tassigna 150 par jour depuis 2019. Or, dans les recherches sur MedCOI, le médicament Nilotinib rencontre actuellement des problèmes de réapprovisionnement d'une semaine. Selon le médecin conseil, c'est au requérant de prévoir une boîte de réserve qui contient 112 comprimés. Il indique erronément que cela représente une utilisation de 56 jours alors que le requérant prend 4 comprimés par jour, ce qui fait une réserve de 28 jours. Rappelons que ce médicament est délivré sous prescription. C'est le médecin qui prescrit et délivre au requérant la quantité du traitement en fonction de la date du rendez-vous suivant et du résultat d'une prise de sang. Que l'on voit mal comment le requérant pourrait lui-même obtenir une boîte complémentaire sans prescription. Que de plus, cette difficulté d'approvisionnement actuelle est en contradiction avec la conclusion du médecin selon laquelle cette année, il n'y a plus de doute sur la disponibilité effective du traitement requis. Qu'ensuite le médecin conseil soutient que le traitement s'arrêterait dans 5 mois, en septembre 2024. Que selon lui, cela nécessiterait environ 306 comprimés (1 comprimé de 150mg 2x Jour) et que cela correspond à 3 boîtes (1 boîte contient 112 comprimés). Que cela est en contradiction avec le rapport du 13 février 2024 du Dr [T.], pourtant en sa possession, qui précise que le requérant prend Tassigna 150 à raison de 2 comprimés 2 fois par jour. Soit le double de ce qu'indique le médecin-conseil, il faudrait 6 boîtes. Or rappelons, que le requérant voit son hématologue tous les 3 mois. Celui-ci ne lui prescrit une quantité de médicaments que pour 3 mois, afin de réévaluer les quantités sur base d'une prise de sang. Que vu la décision prise en avril 2024 avec ordre de quitter le territoire, le requérant manquera de traitement durant 2 mois au minimum jusqu'en septembre 2024, ce qui aurait des conséquences dramatiques sur la santé du requérant, dont le décès selon le certificat médical. Que la partie adverse n'a pas correctement évalué le besoin de protection garanti par l'article 9ter de la loi du 15/12/80 jusqu'au retour dans le pays d'origine. Elle doit dans chaque cas individuel procéder à un examen minutieux de l'incidence de l'exécution de la décision de refus de séjour sur la continuité des soins médicaux en cas de retour dans le pays d'origine, a fortiori si le pronostic vital du demandeur est engagé à court terme. Qu'il y a clairement une mauvaise lecture du dossier et une erreur d'appréciation dans le chef de la partie adverse. Attendu qu'en ce qui concerne la disponibilité soudaine en 2024 du Tassigna au Congo, la famille du requérant a interrogé un médecin de Kinshasa sur l'existence de ce traitement. Le Dr [M.] écrit le 22 mai 2024 : « Le traitement aux ITK de 1ère génération est rendu disponible par le centre national de lutte contre le cancer et ce gratuitement. Concernant le patient [O.D.J.] sous ITK de 2ème génération, l'imatinib seule alternative localement risquerait de faire perdre le bénéfice obtenu avec les ITK 2ème génération dont il bénéficie en Belgique, »(pièce 6) Que curieusement, l'Imatinib est l'alternative suggérée par le médecin-conseil mais il s'agit d'un traitement de 1ère génération et qui n'est pas celui que le requérant prend. Qu'en effet, le médecin conseil de la partie adverse soutient que le médicament que le

requérant utilise sous surveillance depuis 4 ans pourrait être remplacé par d'autres inhibiteurs de BCR-ABL (cfr infra : Imatinib, bosutinib, ponatinib, dacomitinib) et les recherches sur la base de données medCOI indiquent « Avalaible »

our ces alternatives. Or il ne ressort nullement des certificats médicaux produits par le requérant durant ces 4 dernières années, qu'une alternative au Tassigna par d'autres inhibiteurs, est possible. Que l'on comprend mal l'initiative du médecin conseil de proposer d'autres médicaments que celui prescrit par l'hématologue du requérant, pour ensuite avancer que le traitement médicamenteux du requérant est disponible. Que l'Imatinib est en réalité le traitement qui existe au Congo comme l'indique le Dr [M.], mais le requérant ne peut pas prendre un médicament alternatif et encore moins de 1ère génération. Le médecin-conseil ne peut pas ignorer cela ! Que l'article 126, § 4, du Code de déontologie médicale prescrit que « le médecin contrôleur s'abstient de toute ingérence directe dans le traitement » et qu'il doit prendre « contact avec le médecin traitant préalablement à toute décision modifiant celle de ce dernier ». Que le médiateur fédéral s'est déjà interrogé sur la valeur déontologique d'un avis rendu par un médecin-conseiller de l'Office des étrangers qui, sans contacter préalablement le médecin traitant, considère qu'une pathologie peut être soignée selon un autre traitement que celui prescrit par le médecin traitant et existant dans le pays d'origine ou de retour. Que d'ailleurs, suite au rapport du médecin conseil, l'hématologue du requérant, le Dr [T.], a tenu à rédiger une attestation concernant la nécessité pour le requérant de ne pas prendre un autre médicament que le Tassigna qui a toujours présenté une réponse positive pour le requérant : « Je soussignée, Docteur en médecine, certifie que Mr [O.] est suivi pour une leucémie myéloïde chronique traitée par inhibiteur de la tyrosine kinase de 2° génération, traitement recommandé selon les guidelines ENL. L'utilisation d'inhibiteur de tyrosine kinase de 1° génération, soit imatinib, n'est pas recommandé en 1° intention chez un jeune patient. » (Pièce 7) Qu'en conclusion, l'on constate qu'il y a toujours des doutes sur la disponibilité (difficulté d'approvisionnement) voir[fe] sur l'existence du Tassigna en 2024 au Congo (cf le témoignage du Dr [M.]) et que les alternatives suggérées par le médecin-conseil qui sont disponibles au Congo ne sont pas le traitement suivi par le requérant et ne lui conviennent pas. Qu'à nouveau, il y a une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie adverse. Que la partie adverse ne s'est pas assurée, de manière concrète, que l'éloignement du requérant pourrait, en dépit de l'avis contraire de son hématologue, s'effectuer sans mettre la vie et la santé, du requérant, en danger. -Attendu que le médecin-conseil a également interprété erronément les certificats médicaux que le requérant a produits pour l'évaluation de la prolongation de son séjour en concluant un peu rapidement que le traitement du requérant s'arrêtait en septembre 2024. Que d'une part, la décision est prise en avril 2024, dès lors le requérant est encore sous traitement pour 5 mois et d'autre part, il est bien mentionné qu'en septembre 2024, le requérant devrait faire l'objet d'une réévaluation après avoir été sous traitement durant 5 ans, soit jusqu'en septembre 2024. Ainsi, le médecin-conseil a considéré que le requérant était en rémission complète et que son traitement s'arrêtait en septembre 2024. Il s'est basé sur le rapport du 13 février 2024 du Dr [T.] et en copie un extrait : rémission complète, le patient va bien, Conclusions : évolution favorable, poursuivre Tassigna jusqu'en septembre 2024. (cf la première page du rapport du médecin conseil : « documents reçus depuis l'avis précédent ») Or le rapport du 13 février ne s'arrête pas là. Le Dr [T.] poursuit en indiquant que le requérant : « sera revu en consultation pour suivi de manière itérative. » Que le médecin-conseil passe complètement sous silence ce paragraphe. Que le certificat médical du Dr [T.] du 13 février 2024 indiquait bien : traitement nécessaire à vie et décès en cas d'arrêt du traitement. Qu'à la suite du rapport du médecin-conseil, le Dr [T.] a rédigé un rapport le 14 mai 2024 qui précise que : Selon les recommandations internationales, le traitement doit être poursuivi pendant 5 ans minimum, soit jusqu'en septembre 2024. Au terme de ces 5 ans, le bilan biologique réalisé permet l'arrêt de la médication seulement en cas de réponse moléculaire majeure, réponse non obtenue jusqu'à présent. Dans le contexte actuel, vu la non réponse optimale, le traitement doit être obligatoirement poursuivi et ce, à vie. Un arrêt de la médication entraînerait le décès du patient .(pièce 8) Que de plus, cette information selon laquelle la médication ne peut s'arrêter en cas de réponse moléculaire majeure ne peut être méconnue du médecin-conseil qui peut avoir accès à la brochure d'informations sur les caractéristiques du Tassigna, qui est accessible au public, quant à elle : « Patients adultes atteints de LMC chromosome Philadelphie positive en phase chronique qui ont été traités par du nilotinib en traitement de première ligne et qui ont obtenu le maintien d'une réponse moléculaire profonde (RM4.5) L'arrêt du traitement peut être envisagé chez les patients adultes atteints de LMC chromosome Philadelphie positive (Ph+) en phase chronique, éligibles, qui ont été traités par le nilotinib à la posologie de 300 mg deux fois par jour pendant 3 ans minimum si une réponse moléculaire profonde est maintenue pendant un an minimum juste avant l'arrêt du traitement. L'arrêt du nilotinib doit être initié par un médecin expérimenté dans le traitement des patients atteints de LMC » (https://ec.europa.eu/health/documents/communityregister2019/20191114146112anx_146112_fr.pdf) Qu'il ne ressort pas des certificats médicaux du requérant que celui-ci avait obtenu une réponse moléculaire profonde maintenue pendant un an minimum avant l'arrêt du traitement. Que l'arrêt du nilotinib doit être initié par un médecin expérimenté dans le traitement des patients atteints de LMC. Que de plus, cette brochure indique aussi les recommandations à appliquer lors de l'arrêt du Tassigna : « Les patients éligibles qui arrêtent le nilotinib doivent faire l'objet d'une surveillance de leurs taux de transcrit BCR-ABL et de leur formule sanguine complète avec numération différentielle tous les mois pendant un an, puis toutes les 6 semaines la deuxième année, et ensuite toutes les 12 semaines. La surveillance des taux de transcrit BCR-ABL doit être effectuée avec un test de

diagnostic quantitatif validé pour mesurer les taux de réponse moléculaire sur l'échelle internationale (EI) avec une sensibilité d'au moins RM4.5 (BCR-ABL/ABL <0,0032% EI) » Or dans son évaluation sur le retour au Congo, le médecin conseil n'a pas du tout pris en compte cette surveillance nécessaire tous les mois s'il y a arrêt du Tassigna en septembre 2024 et que le requérant est au Congo. Que l'on ignore si à son retour au Congo, le requérant pourra avoir un rendez-vous chaque mois dans un laboratoire pour une surveillance alors que le Dr [M.] dit qu'il n'y a que 2 laboratoires compétents et ensuite si le requérant aura un rendez-vous chaque mois avec un médecin expérimenté dans le traitement des patients atteints de LMC. Qu'en conclusion, le médecin de l'OE ne fournit aucune garantie que les soins et le traitement seraient réellement disponibles pour la partie requérante dans son pays d'origine. Que par conséquent, la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs mais en plus les informations contenues dans son avis concernant la disponibilité des soins sont contradictoires avec le résultat des recherches de la partie requérante sur des sites accessibles aux publics de sorte que la partie requérante ne comprend pas pourquoi le médecin conclut à la disponibilité des soins au Congo Il résulte que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. -Attendu qu'en ce qui concerne l'accessibilité des soins et du traitement, il semble que le coût du Tassigna qui s'élève à un peu plus de 8.000€ pour 3 mois n'ait pas été pris en compte dans l'examen sur l'accessibilité du traitement en RDC. Le médecin-conseil n'en fait nullement état. A cela, s'ajoutent le coût des consultations avec l'hématologue et les tests en laboratoire. Compte tenu du salaire moyen en République démocratique du Congo, même en trouvant un emploi correctement rémunéré, le requérant ne pourrait pas se permettre ce type de traitement à Kinshasa. Que la partie adverse fait référence à des régimes d'assistance « générale » et qui semble être un copier-coller qui figure dans toutes les décisions qui concernent les demandeurs originaires du Congo sans indiquer si ces régimes d'assistance peuvent s'appliquer à la partie requérante. Qu'en ce qui concerne la possibilité de souscrire à une assurance santé auprès d'une mutuelle en République démocratique du Congo afin de prendre en charge les frais médicaux liés à son traitement, le médecin-conseil de l'OE a mentionné la mutuelle Kincare. Après avoir pris des renseignements auprès de cette mutuelle mais également d'autres non citées, il en ressort qu'aucune de ces mutuelles ne propose de formule d'assurance couvrant de manière substantielle les frais de santé liés à la maladie du requérant. Par exemple, la mutuelle Kincare limite le plafond des remboursements à 2.000.000 francs congolais par an, soit environ 650 €, même en optant pour leur meilleure formule d'assurance (formule C pour célibataire, avec une cotisation mensuelle de 18.500 francs congolais). Ce plafond de remboursement ne couvre même pas le coût d'un mois de traitement par Tassigna. De plus, un délai de carence d'au moins 3 mois est prévu, pendant lequel le patient ne bénéficiera d'aucune prise en charge. Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la [Loi], 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], 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). Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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.(Arrêt CCE n° 241 977 du 8 octobre 2020) Dans le cas d'espèce au vu des éléments cités ci-dessus, il n'apparaît pas que la partie adverse ait pris en compte la situation individuelle de la partie requérante pour juger de la disponibilité ni de l'accessibilité des traitements. La partie adverse n'a pas démontré, en se basant sur l'avis de son médecin-conseil, que les soins et le suivi médical dont a besoin la partie requérante sont disponibles ni qu'ils sont suffisamment accessibles au Congo et par conséquent c'est à tort qu'elle considère que la partie requérante ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle 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 elle séjourne. Par conséquent, le premier acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité des traitements nécessaires au requérant L'acte attaqué viole donc les articles 9ter de la [Loi] et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs doit entraîner son annulation ».

2.3. Par rapport à l'ordre de quitter le territoire entrepris, elle expose « Attendu qu'en ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire, celui-ci est basé sur l'article 13§3,2° de la [Loi]: « la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée le 24.04.2024. » Que le retour du point de vue médical a été évoqué par la requérante ci-dessus. Il a déjà été jugé que « S'agissant de l'ordre de quitter le territoire, second acte querellé, ainsi qu'il a été relevé supra, il y a des indications en l'espèce que l'éloignement du requérant vers son pays d'origine pourrait donner lieu à une violation de l'article 3 de la CEDH dans la mesure où les soins n'y seraient pas disponibles. Or, l'article 7 de la [Loi] ne peut être appliqué si des dispositions plus favorables contenues dans un Traité international y font obstacle. En l'espèce, il est établi que les problèmes médicaux invoqués par le requérant à l'appui de sa demande introduite sur la base de l'article 9ter de la [Loi] n'ont pas été correctement évalués en telle sorte qu'il convient d'annuler le deuxième acte litigieux, lequel a été pris, sinon en exécution de la décision de rejet 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 la légalité de ce dernier au moment où il a été pris. » Qu'il convient d'ajouter que pour envisager le retour au Congo, la partie adverse se devait de tenir compte de l'âge du requérant, de la durée de son séjour sur le territoire et de sa vie familiale. Que l'article 62 de la loi du 15.12.80 dispose que : « [§ 1er. Lorsqu'il est envisagé de mettre fin au séjour ou de retirer le séjour d'un étranger qui est autorisé ou admis à séjourner plus de trois mois sur le territoire du Royaume ou qui a le droit d'y séjourner plus de trois mois, l'intéressé en est informé par écrit et la possibilité lui est offerte de faire valoir les éléments pertinents qui sont de nature à empêcher ou à influencer la prise de décision. L'intéressé dispose d'un délai de quinze jours, à partir de la réception de l'écrit visé à l'alinéa 1er, pour transmettre les éléments pertinents par écrit. Ce délai peut être réduit ou prolongé si cela s'avère utile ou nécessaire à la prise de décision, compte tenu des circonstances propres au cas d'espèce. » Que la partie adverse n'a pas donné au requérant l'opportunité de faire valoir les éléments pertinents qui sont de nature à empêcher ou à influencer la prise de décision. Dès lors, la partie défenderesse a porté atteinte à l'article 62 de la [Loi] ainsi qu'aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ».

3. Discussion

3.1. Durant l'audience du 5 novembre 2024, la Présidente a relevé que la décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi attaquée est signée par un expert administratif et qu'il n'y a pas de délégation spécifique à ce sujet dans le dossier administratif. La partie défenderesse s'est engagée à faire parvenir au Conseil ladite délégation avant le 13 novembre 2024 par Jbox, ce qu'elle a effectivement fait.

3.2. Sur le moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, « *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* ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « *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* ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, 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, 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 9 *ter* suscitée, 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.

Le Conseil rappelle ensuite que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité 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 (*cfr* dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n° 147 344 ; C.E., 7 déc. 2001, n° 101 624).

3.3. En l'espèce, il ressort de l'avis du 24 avril 2024 du médecin-conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière s'est référée en termes de motivation, que celui-ci a conclu à l'accessibilité des soins médicaux et du suivi requis au requérant au pays d'origine pour les raisons qui suivent : « *Le conseil du*

requérant indiquait dans la requête que les soins dans le pays d'origine n'étaient pas disponibles en se basant sur un courrier daté du 15.10.2019 du Dr [N.Y.V.], médecin congolais, qui affirmait entre autres que le Nilotinib n'était pas présent en RDC. Or, en 2024, nous pouvons affirmer sur base d'une requête medCOI spécifique du 18.03.2024 que ce traitement et des médicaments alternatifs sont effectivement disponibles en RDC. En outre, comme indiqué plus haut, ce traitement est prévu jusqu'en septembre 2024 et le requérant pourrait aussi éventuellement se faire prescrire les médicaments nécessaires en Belgique avant de rentrer au Congo. Par ailleurs, concernant l'absence présumée des suivis qui permettraient de déceler une mauvaise réponse au traitement évoquée dans ce même courrier, notons qu'il a été constaté la très bonne réponse au traitement établi puisque le requérant est actuellement en rémission complète et que le traitement est encore prévu pour moins de 5 mois seulement. Toujours est-il que la disponibilité effective de tous les examens de suivi et d'analyses a en outre été démontrée par une requête récente et spécifique dans la base de données medCOI. Par ailleurs, 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 et 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 santé 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 chargé de superviser l'ensemble a également été créé. Citons à titre d'exemple plusieurs mutuelles en RDC : la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa (MUSQUAP), la Mutuelle de santé Lisinga et KINCARE. 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 spécialiste), 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%. Enfin, la mutuelle de santé KINCARE 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. Soulignons aussi qu'aucune incapacité de travail récente et formelle n'a été formulée par un médecin compétent en la matière. Le requérant pourrait ainsi exercer un travail, si nécessaire adapté, afin de subvenir à ses besoins et éventuellement souscrire une mutuelle de santé. Si l'intéressé était néanmoins dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, il pourrait s'adresser au Bureau Diocésain des OEuvres Médicales (BDOM), qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM a été créé 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 cardio-vasculaires, 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. Qui plus est, c'est au requérant, qui sollicite une autorisation de séjour, à apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique. C'est dès lors à lui qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui lui sont nécessaires ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine. (voir notamment Arrêts CCE n°249 900 du 25.02.2021 et n° 251 125 du 17.03.2021). En l'occurrence, le requérant ne démontre pas qu'il ne pourrait bénéficier des aides précitées dans son pays d'origine. 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'intéressé 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 le requérant peut prétendre à un traitement médical au Congo (R.D.). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire 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 ».

S'agissant de l'article 178 du Code du Travail Congolais, le Conseil relève en tout état de cause qu'il ne s'applique pas si la maladie existait déjà avant de commencer à travailler.

Par rapport aux mutuelles de santé, le Conseil observe, à l'instar de la partie requérante, que le requérant pourrait effectivement être soumis à un stage d'attente et n'aurait donc pas accès directement aux soins de santé. A défaut d'informations plus détaillées à cet égard sur les mutuelles de santé en général au dossier administratif, le Conseil ne peut s'assurer qu'un tel stage d'attente n'est pas toujours requis.

Concernant le BDOM, force est de constater que le médecin-conseil de la partie défenderesse ne fournit aucune information sur les conditions d'adhésion et la couverture concrète et que cela ne ressort pas précisément de la pièce reprise au dossier administratif. Ainsi, le Conseil ne peut pas vérifier si, dans sa situation, le requérant peut effectivement adhérer et être couvert par le BDOM.

Par rapport au fait que l'intéressé pourrait obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé, le Conseil estime que rien n'indique concrètement que les revenus qui seraient obtenus suffiraient à payer les soins et le suivi nécessaires. Le Conseil rappelle que la charge de la preuve est partagée dans le cadre de l'article 9 *ter* de la Loi et ne pèse pas exclusivement sur le demandeur.

3.4. En conséquence, en faisant état uniquement de ces divers éléments, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que le requérant aurait, à son retour au pays d'origine, un accès adéquat aux soins et suivi requis.

3.5. Au vu de ce qui précède, en se référant à l'avis de son médecin-conseil, il appert que la partie défenderesse a violé l'article 9 *ter* de la Loi et a manqué à son obligation de motivation.

3.6. Le moyen unique, ainsi circonscrit, est fondé et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué.

Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande de prorogation de l'autorisation de séjour médical redevient pendante. L'ordre de quitter le territoire attaqué n'étant pas compatible avec une telle demande, il s'impose de l'annuler également pour des raisons de sécurité juridique.

Partant, il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen unique, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner des annulations aux effets plus étendus.

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

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.

5. Dépens

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

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

Article 1.

La décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, pris le 24 avril 2024, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Article 3.

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

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt février deux mille vingt-cinq par :

Mme C. DE WREEDE,

présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY,

greffière assumée.

La greffière,

La présidente,

S. DANDOY

C. DE WREEDE