

Arrêt

n° 325 021 du 14 avril 2025
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. RAMBOUX
Rue Emile Claus 4
1000 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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 05 janvier 2024, X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 28 avril 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 19 mars 2025 convoquant les parties à l'audience du 9 avril 2025.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me L. RAMBOUX, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Mes S. MATRAY, C. PIRONT et S. ARKOULIS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

La requérante, de nationalité congolaise, a déclaré être arrivée en Belgique le 15 juin 2009.

Le 16 juin 2009, elle a introduit une demande de protection internationale. Le 31 août 2009, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt n° 42 531 du 28 avril 2010. Le 7 novembre 2011, un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale (annexe 13quinquies) a été délivré à la requérante. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 77 115 du 13 mars 2012.

Par un courrier du 15 décembre 2009, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter 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 »), complétée à plusieurs reprises par la suite. Le 17 octobre 2011, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette

demande non fondée. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n°77 172 du 13 mars 2012.

Par un courrier du 26 juin 2012, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, complétée à plusieurs reprises par la suite. Le 10 octobre 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Le 11 mars 2014 ces décisions ont été retirées. Le 12 mars 2014, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n°130 608 du 30 septembre 2014.

Par un courrier du 10 mars 2015, la requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, complétée à plusieurs reprises par la suite. Le 25 juin 2015, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande et a pris un ordre de quitter de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n°162 041 du 15 février 2016.

Par un courrier du 17 janvier 2022, la requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 28 avril 2023, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui ont été notifiées à la partie requérante le 6 décembre 2023, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

• S'agissant du premier acte attaqué :

« Motif :

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

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'intéressée 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 24.04.2023, (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. ..).

Vu que le requérant a déjà été radié d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour. »

• S'agissant du second acte attaqué :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

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

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 "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 :

L'intérêt supérieur de l'enfant : pas d'enfant

La vie familiale : personne seule

L'état de santé : 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.

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 des moyens d'annulation

La partie requérante prend un premier moyen, tiré de la violation « des articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...] et [...] 62 [de] la même loi », « des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs » et tiré « de l'erreur manifeste d'appréciation ».

La partie requérante estime que « l'avis du Médecin Conseiller, auquel il est fait référence, comporte des erreurs tant en fait qu'en droit de telle sorte que ledit avis ne répond aux exigences de motivation formelle instaurées par la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ». Elle rappelle le contenu de l'avis médical du médecin-conseil de la partie défenderesse, énonce des considérations théoriques et jurisprudentielles concernant l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et précise que « l'Office des Etrangers est tenu de se livrer à un examen individualisé de la situation du requérant, qui doit porter tant sur l'existence des soins que sur la disponibilité effective de ceux-ci, c'est-à-dire la possibilité d'y avoir accès. Ainsi, des éléments tels que l'âge du requérant, sa possibilité de travailler ou de bénéficier d'un régime d'assurance de soins de santé, les moyens financiers dont il dispose, la localisation des hôpitaux susceptibles de le traiter, l'état des stocks disponibles de médicaments, leur prix ... doivent être examinés ». La partie requérante considère qu'« en l'espèce, ils sont évoqués théoriquement par le Médecin Conseiller mais ne sont nullement examinés à l'aune de la situation de la partie requérante. En effet, l'examen auquel se livre le Médecin Conseiller - et auquel se réfère la partie adverse - est approximatif et imprécis ».

La partie requérante souligne, s'agissant de la disponibilité des soins, que « la demande de séjour introduite par la partie requérante est datée du 17 janvier 2022 alors qu'à la troisième page du rapport du Médecin Conseiller, certaines requêtes effectuées sur MEDCOI sont antérieures à l'introduction de la demande de séjour (requête MEDCOI du 07.05.2021, du 20.07.2021 et du 11.12.2021). Il est particulièrement interpellant que le Médecin Conseiller et ensuite la partie adverse se basent sur la consultation d'une banque de

données avant l'introduction de la demande de séjour de la requérante. En effet, comment une recherche antérieure à celle-ci pourrait-elle permettre d'affirmer que le traitement est actuellement disponible ? ». Elle « s'interroge quant à savoir si un véritable examen individualisé de sa situation a été réalisé ou si la partie adverse s'est contentée de reprendre des informations qu'elle avait recherchées dans des dossiers introduits par d'autres personnes ». La partie requérante ajoute que « vu les disparités entre les dates de requêtes auprès de MEDCOI (entre le 07.05.2021 et le 23.11.2023), il est impossible, pour la partie adverse d'affirmer qu'au jour où la décision est prise le traitement est disponible ce qu'elle fait pourtant ».

La partie requérante précise, quant à l'accessibilité des soins, que « le Médecin Conseiller consacre de longs développements à la couverture mutuelle qui existe en RDC en précisant que celle-ci vise les travailleurs ». Elle rappelle que dans sa demande d'autorisation de séjour « qu'en ce qui concerne la requérante, si celle-ci devait retourner au Congo, faute de disposer d'un contrat de travail, elle n'aurait pas accès à une mutuelle et par conséquent, à la prise en charge des soins de santé qui sont nécessaires à sa survie. En outre, elle n'est plus en âge de travailler étant âgée de 70 ans ». La partie requérante estime que « par conséquent, les longs développements du Médecin Conseiller par rapport à l'existence d'une mutuelle en RDC sont inopérants dans le cas de la requérante qui n'aura pas accès à la couverture par celle-ci à défaut de disposer d'un contrat de travail ou d'être encore en âge de travailler ».

La partie requérante souligne que « quand bien même la requérante s'y affilierait, elle n'aura pas les moyens de payer les cotisations y relatives. Dans cette perspective, le Médecin Conseiller souligne qu'elle pourrait toujours faire appel au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales » et précise, à cet égard, que « Médecin Conseiller cite le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales sans préciser en quoi ni comment, concrètement, il pourrait venir en aide à la requérante se contentant d'affirmer qu'il est identifié comme 'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés en terme de couverture territoriale' en se référant à la consultation d'un site internet le 23 mai 2018 soit 4 ans avant l'introduction de la demande de séjour par la requérante qui est datée du 17 janvier 2022. Site internet qui n'existe même plus[...] ». Elle considère qu'« il est clair que, que ce soit dans le cadre de l'examen de la disponibilité du traitement que de l'accessibilité de celui-ci, le rapport du Médecin Conseiller n'est pas adéquatement motivé. En effet, comme évoqué supra certaines requêtes MEDCOI sont antérieures à l'introduction de la demande tandis que la démonstration que la requérante pourrait bénéficier de l'aide du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales se fondent sur un rapport qui est daté de 2018 et inaccessible » « et ne permet donc pas d'affirmer comme le fait pourtant la partie adverse que le traitement est disponible et accessible ». La partie requérante en conclut qu'« en indiquant que le traitement est accessible et disponible en RDC, de manière tout à fait générale, sans se livrer à un examen individualisé de la requérante et en s'appuyant sur des sources qui ne sont plus actuelles, la partie adverse méconnaît » les dispositions visées au moyen, ainsi que le « devoir de prudence et de minutie, [qui] oblige [...] l'autorité à effectuer une recherche minutieuse des faits, à recueillir tous les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin de pouvoir prendre la décision en pleine connaissance de cause, après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce ».

La partie requérante prend un second moyen, tiré de la violation des articles 62§2 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 », « des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, du devoir de prudence et de minutie, de l'article 41 de la charte des droits fondamentaux de l'union européenne et du principe audi alteram partem » et tiré « de l'erreur manifeste d'appréciation ».

La partie requérante souligne que « l'ordre de quitter le territoire notifié à la partie requérante n'a absolument pas tenu compte des critères de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980. Cela s'explique par le fait que le droit d'être entendu, tel que consacré à l'article 41 de la Charte des droits Fondamentaux de l'UE en tant que principe général du droit de l'UE et le principe audi alteram partem n'ont pas été respectés ». Elle souligne qu'« en l'espèce, la requérante n'a pas été entendue préalablement à la prise de l'ordre de quitter le territoire. Si tel avait été le cas, la requérante aurait pu exposer le traitement médical qu'elle suit et la nécessité de celui-ci (bien que l'Office disposait déjà de ces éléments qui ont été explicités dans le cadre de la demande 9ter) ». La partie requérante estime que « la partie adverse aurait donc dû entendre la requérante préalablement à l'ordre de quitter le territoire et prendre en considération les données médicales dont elle disposait afin de respecter le prescrit de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980. A cet égard, il sera rappelé que la requérante, dans le cadre de la demande de séjour qu'elle a introduite, informait spécifiquement la partie adverse des conséquences d'un arrêt de traitement (risque une aggravation de sa fibrose pouvant donner lieu à un cancer du foie, un[e] cécité et une désaturation nocturne sévère avec trouble cardiaque) qui se réaliseraient inévitablement si l'ordre de quitter le territoire était mis à exécution ». Elle précise que « la partie adverse aurait dû en tenir compte et ne pouvait, sans méconnaître les dispositions visées au moyen, se contenter d'affirmer qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine. En effet, quoi qu'en pense la partie adverse, indépendamment de l'octroi ou non d'une autorisation de séjour l'état de santé de la requérante est critique en ce qu'elle a besoin d'un suivi médical régulier et d'un traitement quotidien ». La partie requérante considère que « l'Office des Etrangers n'a pas invité le requérant à faire valoir des éléments relatifs à son état de santé d'une part et d'autre part, si elle était

au courant, n'en a manifestement pas tenu compte » et en conclut que la décision viole les dispositions et principes invoqués au moyen.

3. Discussion

3.1.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« 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. »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (voir CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, nos 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil 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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 24 avril 2023, établi sur la base des documents médicaux

produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite le 17 janvier 2022, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre de

« Fibrose hépatique
Glaucome bilatéral
Apnées de sommeil
HTA.
[...]

Sur base des données médicales fournies, il peut être affirmé que l'intéressée peut voyager et qu'il n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne, d'un point de vue médical. »

et que le traitement de cette dernière se compose de

« Maviret® (glécaprévir +pibrentasvir)
Lumigan® (bimatoprost)
Geltin® (timolol)
Simbrinza® (brinzoiamide +brimonidine)
Bisoprolol
Tardyferon® (fer(II) (sulfate)
Burinex® (Bumétanide)
Escitalopram
Coveram® (perindopril + amlodipine)
Asaflow® (acide acétylsalicylique)
L-thyroxine® (lévothyroxine).

Suivi en médecine générale, gastroentérologie, pneumologie, cardiologie, ophtalmologie.

Rappelons que l'Objectif d'une procédure 9ter n'est pas de digresser quant à une hypothétique future modification de la thérapeutique actuelle et/ou une indisponibilité future présumée de certaines classes thérapeutiques au pays d'origine, mais bien d'évaluer la disponibilité actuelle au pays d'origine de la thérapeutique actuellement requise. Aussi des considérations issues de supputations n'ont aucune raison d'être prises en compte dans le cadre de cette procédure. »

3.2. En termes de requête, la partie requérante reproche notamment au médecin-conseil de la partie défenderesse d'avoir estimé que le traitement nécessaire à la requérante était accessible au pays d'origine en évoquant l'existence d'une couverture mutuelle visant les travailleurs et qu'en cas d'impossibilité pour la requérante de payer les cotisations y relatives, elle pourrait se tourner vers le « Bureau Diocésain des Œuvres Médicales ». La partie requérante considère que la première décision entreprise est motivée « de manière tout à fait générale, sans [que la partie défenderesse se soit livrée] à un examen individualisé de la [situation de la] requérante ».

3.3.1. A cet égard, le Conseil observe que concernant l'accessibilité du traitement en République Démocratique du Congo, l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse du 24 avril 2023 est motivé comme suit :

« Concernant l'accessibilité, un rapport du Fonds monétaire international indique que les autorités de la RDC ont développé une politique nationale de protection sociale (PPS) qui se concentre sur quatre dimensions de la protection sociale, y compris la protection des personnes âgées, 'en particulier les personnes âgées indigentes'. Les autorités de la RDC ont également mis en place plusieurs mécanismes d'assistance sociale, qui font partie du PPS. Ces [...] mécanismes comprennent les régimes d'assurance sociale, notamment la pension de vieillesse (voir ci-dessous), le filet de sécurité sociale et des programmes d'assistance sociale. Les principaux mécanismes de protection sociale fournissent une aide conditionnelle ou des transferts. Il s'agit notamment d'exemptions de frais pour l'accès à certains services de santé et d'éducation, sur la base du "certificat d'indigence" délivré par le ministère des affaires sociales. Ces certificats visent les enfants et les femmes vulnérables, les personnes âgées, les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les réfugiés.

La protection de la sécurité sociale au Congo RDC couvre le risque d'accident du travail, les allocations familiales, la vieillesse, l'invalidité et les survivants.

La sécurité sociale protège les travailleurs du secteur formel contre le risque vieillesse. L'affiliation volontaire des travailleurs indépendants est également possible. Elle est financée par la contribution de l'employeur (5 % de la masse salariale mensuelle) et de l'assuré (5 % du salaire mensuel pour les salariés et 10 % du salaire annuel moyen déclaré pour les assurés volontaires). Pour avoir droit à la pension de vieillesse, l'assuré doit : avoir au moins 60 ans (maximum 65 ans), avoir au moins 180 mois de cotisation ; et cesser toute activité rémunérée. La pension de vieillesse est égale à 40 % du salaire mensuel moyen de l'assuré au cours des 60 derniers mois, plus 2 % du salaire mensuel moyen pour chaque période de 12 mois de couverture dépassant 180 mois de cotisation. La pension de vieillesse mensuelle minimale est égale à 50 % du salaire minimum mensuel légal. Le salaire minimum journalier légal est de 7 075 CDF. Les assurés âgés de 60 à 65 ans ayant moins de 180 mois de couverture ont droit au règlement de vieillesse. Il s'agit d'une somme forfaitaire égale à deux fois le dernier salaire mensuel assuré de l'assuré, qui est versée pour chaque période de 12 mois de couverture. Le montant minimum de l'indemnité de vieillesse est de 50 % du montant mensuel minimum de vieillesse de retraite. La sécurité sociale ne couvre pas le risque de maladie.

Toutefois, le code du travail de 2002 stipule qu'en cas de maladie ou de maternité, l'employeur doit payer les prestations médicales de l'employé qui comprennent : les frais de soins médicaux, de soins dentaires, de chirurgie, d'hospitalisation, de médicaments, de lunettes, de prothèses et de transport. Les personnes à charge des employés ont également droit aux mêmes prestations médicales. En cas de maladie de l'employé, l'employeur doit également payer les deux tiers du salaire de l'employé pendant une période maximale de six mois. L'employeur peut résilier le contrat de travail en cas d'incapacité de travail continue de six mois pour cause de maladie ou d'accident, à l'exception des maladies professionnelles et des accidents du travail. Selon un rapport publié en 2016, les prestations médicales fournies par l'employeur représentent 3,1 % de la couverture maladie du pays.

Sur la voie de la couverture maladie universelle, la RDC a opté pour un système de protection sociale basé sur l'assurance maladie, dans lequel les mutuelles de santé (MHO) ont un rôle prédominant. Le nombre de mutuelles de santé a considérablement augmenté au cours des quinze dernières années. Cependant, avec un taux de couverture de 1,4 %, les taux de pénétration et d'inscription des mutuelles de santé restent faibles. La loi 17/002 fixe les principes fondamentaux des MHO : La MHO est une association à but non lucratif qui cherche, par le biais des cotisations de ses membres, à mener des interventions de protection, de solidarité et d'assistance mutuelle pour ses membres et leurs dépendants (article 4.4), en offrant aux personnes la possibilité d'accéder à des soins de santé de qualité à des prix décents. La loi prévoit deux options : (1) l'affiliation obligatoire pour toute personne dont la cotisation peut être prélevée à la source dans les mutuelles de santé d'entreprise, d'établissement, d'école et d'étudiant ; et (2) l'inscription volontaire dans les mutuelles de santé communautaires pour les travailleurs du secteur informel (article 70)".

L'inscription à une MHO peut être individuelle ou collective, mais le paiement de la prime (cotisation) annuelle est toujours individuel. Les primes annuelles, les délais d'attente, les forfaits de prestations de santé et le taux de couverture varient d'une MHO à l'autre.

Le MHO Lisanga a été créé en 2012. Elle est située à Kinshasa et compte actuellement 28 892 personnes inscrites. Lisanga MHO se concentre principalement sur les travailleurs du secteur informel et sur certains syndicats de travailleurs du secteur privé. Il n'y a pas de limite d'âge pour l'inscription. La prime annuelle est fixée à 55 USD par an et par personne, y compris pour les personnes de plus de 60 ans, qui peuvent ajouter Lisanga MHO à la même prime annuelle. À l'exception de la chirurgie et de l'accouchement, pour lesquels il existe un délai de carence de trois mois, il n'y a pas de délai de carence avant d'accéder à la couverture médicale. Lisanga MHO couvre les consultations médicales générales et spécialisées

(y compris les soins pédiatriques, dentaires, ophtalmologiques, obstétriques, psychiatriques, etc.), l'hospitalisation (jusqu'à 10 jours), les examens de laboratoire, l'imagerie médicale, la transfusion sanguine, les accidents de la circulation, les soins d'urgence, la chirurgie, l'accouchement et les médicaments. Un rapport publié en 2016 indique que Lisanga couvre les 140 médicaments essentiels recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le traitement des maladies courantes. Le taux de couverture pour les traitements et les médicaments génériques est de 90 %. Les médicaments de marque et certains traitements onéreux ont un taux de couverture de 60 %. Le traitement et les médicaments sont fournis dans les hôpitaux qui ont un accord avec la MHO Lisanga, où le patient ne paie que les 10 ou 40 % restants. Si le médicament (de marque ou générique) n'est pas disponible à l'hôpital, le patient doit l'acheter dans une pharmacie privée et en demander le remboursement au MHO Lisanga (en fournissant une copie de l'ordonnance médicale et de la facture de la pharmacie). Le taux de remboursement est le même que le taux de couverture (90% pour les médicaments génériques/60% pour les médicaments de marque).

Un article d'IPS nous apprend qu'en septembre 2012 a été lancé le Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé. Suite à cela, de plus en plus de Congolais ont adhéré aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisations sont menées, notamment auprès des familles pauvres, pour susciter davantage d'adhésions. Les cotisations mensuelles données en exemple sont de l'ordre de 4,5 dollars.

A titre d'exemple, la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa® créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts.

Afin de mieux réglementer le système de mutuelles, la loi 'déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité' a été promulguée le 9 février 2017. 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 est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, il peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale. 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.

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine. »

Cependant, le Conseil constate, à la suite de la partie requérante, que ces éléments ne démontrent pas, à suffisance, l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires à l'état de santé de la requérante dans son pays d'origine.

3.3.2. En effet, s'agissant des mutuelles de santé, le Conseil relève que le médecin-conseil de la partie défenderesse se borne à constater leur existence et à citer certains d'entre eux, comme la « MHO Lisanga »

et la « MUSQUAP », mais reste en défaut de démontrer que, par leur biais, l'ensemble des traitements médicamenteux ainsi que, notamment, les suivis en gastroentérologie, pneumologie et cardiologie seraient effectivement accessibles à la requérante.

Le Conseil constate ainsi qu'il ressort des informations contenues dans l'avis médical du 24 avril 2023 que la prise en charge garantie par ces mutuelles est conditionnée au paiement d'une cotisation, alors qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, la requérante avait fait valoir son absence de contrat de travail, son impossibilité à travailler en raison de son âge avancé, son absence de ressources financières et l'absence de famille, connaissance et relations sociales dans son pays d'origine pouvant lui venir en aide financièrement.

3.3.3. S'agissant de la référence au « Bureau Diocésain des Œuvres médicales », le Conseil observe qu'il est présenté comme « l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés », précision dont il peut être déduit que les prestations offertes ne seraient pas gratuites et ne serait dès lors pas, comme l'avance le médecin-conseil de la partie défenderesse, une solution si la requérante « est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées ».

Au vu de ces constats, le Conseil relève que 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, le 9 février 2017, ne peuvent suffire.

3.4. Partant, le Conseil constate qu'il ne peut être raisonnablement déduit des informations figurant dans l'avis médical du 24 avril 2024, que la prise en charge médicale des pathologies dont souffre la requérante est suffisamment accessible dans son pays d'origine. Dès lors, le Conseil constate que la motivation de la décision attaquée est insuffisante à cet égard.

3.5.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse précise que « la partie requérante soutient que les longs développements du médecin conseil sur l'existence d'une mutuelle en RDC sont inopérants dans son cas, puisqu'elle n'aurait pas accès la couverture à défaut de disposer d'un contrat de travail ou d'être encore en âge de travailler. Or, il appert que le système de sécurité sociale ne vise pas que les travailleurs, mais couvre également la vieillesse. En ce qu'elle prétend qu'elle n'aura pas les moyens de payer la cotisation, outre le fait que cette allégation n'est pas démontrée, force est de constater que le médecin conseil relève qu'elle pourra faire appel au BDOM. »

3.5.2. S'agissant de l'impossibilité pour la requérante de payer les cotisations et de la référence au Bureau Diocésain des œuvres médicales, le Conseil renvoie aux développements des points 3.3. ci-avant.

3.5.3. S'agissant de l'allégation selon laquelle la sécurité sociale couvre également la vieillesse, et serait dès lors accessible à la requérante qui ne dispose pas d'un contrat de travail et n'est plus en âge de travailler, le Conseil observe à cet égard qu'elle ressort d'une lecture erronée des informations contenues dans l'avis médical du 24 avril 2023. Le Conseil constate ainsi que « la pension de vieillesse », à laquelle semble faire référence la partie défenderesse lorsqu'elle affirme que « le système de sécurité sociale ne vise pas que les travailleurs, mais couvre également la vieillesse », ne serait pas accessible à la requérante en raison de son âge, à savoir plus de 70 ans. En effet, le Conseil relève qu'il ressort des informations contenues dans l'avis médical susmentionné que

« Pour avoir droit à la pension de vieillesse, l'assuré doit : avoir au moins 60 ans (maximum 65 ans), avoir au moins 180 mois de cotisation ; et cesser toute activité rémunérée. [...] Les assurés âgés de 60 à 65 ans ayant moins de 180 mois de couverture ont droit au règlement de vieillesse. »

3.5.4. Partant, le Conseil constate que les observations formulées dans la note d'observations ne sont pas de nature à énerver les considérations qui précèdent.

3.6. Le premier moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.7. S'agissant du second acte attaqué, le Conseil rappelle que l'annulation d'un acte administratif (par le Conseil d'Etat) fait disparaître cet acte de l'ordonnancement juridique, avec effet rétroactif et que cette annulation vaut *erga omnes* (sur la portée rétroactive de l'arrêt d'annulation : P. LEWALLE, Contentieux administratif, 2ème éd., 2002, Larcier, p. 935 et ss., n° 518 et ss - P. SOMERE, « L'exécution des décisions du juge administratif », Adm. Pub., T1/2005, p.1 et ss.).

Il y a, par conséquent, lieu de considérer que la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante est à nouveau pendante suite à l'annulation par le présent arrêt, du premier acte attaqué. Or, si l'introduction

d'une demande d'autorisation de séjour n'a pas pour effet d'entraver la mise en œuvre des pouvoirs de police conférés par l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, la partie défenderesse reste tenue, au titre des obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent lorsqu'elle prend une décision quelle qu'elle soit, de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue.

Par conséquent, afin de garantir la sécurité juridique, il s'impose d'annuler également le second acte attaqué, pour permettre un nouvel examen de la situation par la partie défenderesse.

4. Débats succincts

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 28 avril 2023, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

J.-C. WERENNE, Président f.f., juge au contentieux des étrangers,

E. TREFOIS, Greffière.

La Greffière, Le Président,

E. TREFOIS

J.-C. WERENNE