



Arrêt

**n° 209 620 du 19 septembre 2018
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. KADIMA
Rue Hoyoux 135
4040 HERSTAL**

Contre :

**l'Etat belge, représenté par la Ministre de la Justice, chargé de l'Asile et la Migration,
de l'Intégration sociale et de la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire
d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 29 novembre 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 30 septembre 2014.

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 juillet 2018 convoquant les parties à l'audience du 14 août 2018.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. KADIMA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante a déclaré être entrée sur le territoire belge le 26 juin 2010. Le 28 juin 2010, elle a introduit une demande de protection internationale, clôturée négativement par le Conseil de céans dans un arrêt n° 93 719 du 17 décembre 2012 (affaire 103 831).

1.2. Le 25 avril 2012, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur 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 »), complétée le 21 novembre 2012 et déclarée irrecevable par la partie défenderesse en date du 26 novembre 2012.

1.3. Le 8 janvier 2013, la partie défenderesse a délivré à la requérante un ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile (annexe 13 *quinquies*).

1.4. Le 8 février 2013, la requérante a introduit une deuxième demande d’autorisation de séjour sur base de l’article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, complétée le 29 avril 2013.

Le 30 septembre 2014, la partie défenderesse a déclarée non fondée cette demande.

Cette décision, qui constitue la décision attaquée, est motivée comme suit :

« 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.

Madame [U. O., M.], de nationalité Congo(RDC), invoque l'application de l'article 9 ter en raison d'un problème de santé empêchant tout retour au pays d'origine.

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son rapport médical du 17.09.2014 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'Office des Etrangers indique que l'ensemble des traitements médicaux, du suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine (le Congo RDC), que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager; il conclut enfin, du point de vue médical, qu'il n'y a pas de contre-indication au retour au pays d'origine.

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

Dès lors,

- 1) *le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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) *le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre 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, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.

L'intéressée invoque également, à l'appui de sa demande, la situation au pays d'origine - l'absence du traitement adéquat. Signalons toutefois que « la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, V./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68). » Or l'intéressée n'apporte aucun élément, tant soit peu circonstancié, pour corroborer ses affirmations, alors que la tâche de preuve lui incombe (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866).

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressée du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ». »

2. Recevabilité du recours.

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse estime que l'avis du fonctionnaire médecin du 17 septembre 2014 ne constitue pas un acte attaquant, et que, partant, le recours est irrecevable en ce qu'il vise ledit avis.

2.2. Le Conseil rappelle que le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse ne constitue qu'un avis, tel que requis par l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980, et n'est donc pas une décision attaquable au sens de l'article 39/1, § 1^{er}, de la même loi, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Partant, ce rapport ne constitue nullement un acte susceptible de recours devant le Conseil.

A titre de précision, le Conseil souligne que la motivation de la décision entreprise se réfère explicitement à l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse et qu'il peut dès lors être considéré que, ce faisant, la partie défenderesse a fait siennes les considérations exprimées par ce médecin.

3. Exposé des moyens d'annulation

3.1. La partie requérante prend un premier moyen « pris de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ainsi des principes généraux de bonne administration (tenant à l'obligation pour une bonne administration de considérer tous les éléments utiles de la cause avant de prendre une décision), de proportionnalité ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation ».

3.2. Elle se livre à des considérations théoriques et jurisprudentielles sur l'obligation de motivation formelle des actes administratifs et sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Elle fait notamment valoir que « [...] la décision attaquée ainsi que le rapport médical litigieux se bornent à indiquer que les soins sont disponibles et pourraient être accessibles au Congo sans préciser ni à quelles conditions ils le seraient concrètement pour la requérante eu égard à son âge, son handicap et sa situation de financière, ni dans quel mesure le système de mutuelles de santé organisée au Congo est effectif lorsque la corruption qui y règne est de notoriété publique. Que par ailleurs, vu l'âge de la requérante et sa situation d'indigence, le bénéfice de ce système de mutuelles de santé ne lui serait manifestement pas accessible. Et il est prématuré et absurde de compter sur une hypothétique aide financière de son entourage social sans s'interroger sur la capacité contributive financière actuelle de cet entourage social ! [...] Qu'il ressort du rapport médical annexé à la décision attaquée, que le médecin conseil de la partie adverse a tenté de démontrer la disponibilité des soins dans le pays d'origine et partant, a précipitamment conclu à leur accessibilité par la requérante. Alors qu'en l'espèce, à considérer même que la requérante est en état de voyager, *quod non*, les éléments de la cause démontrent à suffisance les difficultés d'accès auxquelles la requérante devrait faire face une fois arrivée au Congo. [...] Que s'agissant de la disponibilité et de l'accessibilité des soins nécessaires à la poursuite de la prise en charge de la requérante dans son pays d'origine, plusieurs documents démontrent à suffisance que la prise en charge initiée en Belgique ne pourrait être poursuivie dans les mêmes conditions sur place. Qu'ainsi, contrairement à ce que prétend la partie adverse, la requérante ne pourrait pas avoir accès au Congo à la prise en charge dont elle bénéficie actuellement en Belgique. [...] Qu'en l'espèce, même dans l'hypothèse où les soins médicaux seraient disponibles au Congo, *quod non*, la requérante n'y aurait pas, *in concreto*, accès en raison notamment de son indigence. Qu'en effet, il est de notoriété publique qu'au Congo, une grande majorité de la population vit dans des conditions précaires et que le secteur des soins de santé est dans un état de grand délabrement en République Démocratique du Congo. Que, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO), tant l'espérance de vie et l'indice du développement humain que le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé, pour ne citer que ces grands indicateurs, y sont parmi les plus faibles au monde. [...] Qu'en introduction d'un rapport sur le secteur des soins de santé en RDC publié par la Représentation économique et commerciale des trois Régions du Royaume de Belgique en RDC (BELTRADE), on peut lire que : « Les questions de santé sont au cœur des enjeux du développement de la RDC. Dans un contexte marqué par la présence d'un grand nombre de maladies endémiques, les indicateurs sociaux sont parmi les plus bas du monde et beaucoup de chemin reste à parcourir pour atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire » [...]. [...] Que le même rapport décrit la situation générale actuelle du secteur des soins de santé en ces termes : « Les années de conflit ont laissé des cicatrices durables sur le système de santé qui était déjà sensiblement affaibli : destructions et dégradations des bâtiments et matériels (du fait des combats, des pillages, du manque d'entretien et du non-remplacement des équipements), cruel manque de consommables (en particulier de médicaments qui ne sont pas disponibles à proximité pour un tiers de la population et pas accessibles financièrement pour les deux-tiers de la population), perte ou la fuite de personnel médical et infirmier (ceux qui restent n'étant plus payés que par intermittence avec des conséquences importantes sur leur motivation et disponibilité), important retard technologique

(avec des protocoles médicaux et pharmaceutiques dépassés, parfois dangereux). La situation est aggravée par l'appauvrissement de la population et la détérioration des conditions de vie – notamment en ce qui concerne l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la promiscuité dans laquelle vit une grande partie de la population, ainsi que la propagation du VIH/SIDA (...) » [...] [...] Qu'à tout bien considérer [*sic*], pour que l'on puisse prétendre que la requérante aurait accès à un traitement ou à des soins adéquats en cas de retour en RDC, il est requis que ceux-ci soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité, et ce au sens du commentaire général n°14 relatif à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Il faut donc que la continuité du traitement lui soit garantie. Qu'il faut en outre tenir compte de la possibilité concrète pour le malade de pouvoir bénéficier d'un traitement, compte tenu de sa situation personnelle et financière. Or, il est à souligner que la pauvreté qui règne au Congo a également des conséquences sur la circulation de médicaments de mauvaise qualité et surtout des médicaments contrefaits dans, car l'accès au médicament de bonne qualité, rarement disponible, est difficile voir [*sic*] impossible pour la souche pauvre de la population congolaise. [...] Qu'en l'espèce, la requérante est affaiblie et sans ressources et n'aurait pas facilement accès au traitement dans le pays d'origine. Qu'ainsi, il existe à tout le moins un doute quant au fait que la requérante puisse bénéficier au Togo [*sic*] de soins de qualité en raison de son incapacité financière, de sa situation sociale et de son incapacité de travail. Que dans ces circonstances, il convient de considérer que la requérante se trouve dans une situation d'impossibilité absolue de retourner dans son pays, ce retour l'exposant à un risque de dégradation de son état de santé qui pourrait entraîner des conséquences graves pour sa vie ou son intégrité physique. [...] »

4. Discussion

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

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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 du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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 9^{ter} de la loi 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.

4.2. En l'espèce, le Conseil relève que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse daté du 19 septembre 2014, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une hémiparésie droite suite à un AVC, ce qui lui cause un handicap physique important et une perte d'autonomie, et qu'elle suit un traitement dont l'arrêt entraînerait un risque important de récurrence d'AVC.

S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi en République démocratique du Congo (ci-après : RDC), le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué dans son rapport du 19 septembre 2014 ce qui suit :

« Quant à l'accessibilité, notons que le ministère de la santé de la République Démocratique du Congo (RDC) et ses partenaires ont adopté, en février 2006, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Cette stratégie est mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) avec le concours et le financement de tous les partenaires au développement afin de répondre aux préoccupations liées à l'amélioration de la qualité des services et soins de santé offerts aux populations. La SRSS a fait du financement l'une des priorités pour une offre de soins de santé de qualité à l'ensemble de la population. Plusieurs approches du financement de la santé se développent en RDC. Il s'agit notamment du financement des services et soins de santé à travers la tarification forfaitaire, les mutuelles de santé, les Fonds d'Achat de services, le financement basé sur les performances et de multiples initiatives de couverture universelle. Ces approches sont couplées à une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins dans les structures de santé. Le Ministère de Santé Publique de la RDC a initié la réforme du financement du secteur de la santé afin de parvenir à une meilleure coordination des appuis et promouvoir la synergie des interventions avec comme soucis l'accessibilité financière de tous les congolais à un paquet de services et de soins essentiels de qualité [...].

Le site www.sonasrdc.com indique l'existence, en République Démocratique du Congo, d'une société nationale d'assurances qui garantit principalement les consultations médicales, les frais pharmaceutiques, la chirurgie, les examens médicaux (labo, radiographie, échographie), le transfert d'un centre hospitalier de la République Démocratique du Congo vers un autre pays, les frais dentaires d'urgence, la maternité, les chaises roulantes, les béquilles, les prothèses dentaires, les lunettes médicales et, à titre complémentaire, la grossesse, la consultation gynécologique, la consultation prénatale.

En outre, la RDC développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale (cfr. Article 1 de l'Ordonnance n° 07/018 du 16 mai 2007 fixant les attributions des ministères, [...]). Citons à titre d'exemple la « Museckin » (cfr. mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, République démocratique du Congo, <http://museckin.org/index.html>) et la « MUSU » (cfr. Fédération Nationale des Cadres, Une mutuelle de santé à Kinshasa <http://www.africaefuture.org/fnc/html/326.html>). La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, ophtalmologie, la dentisterie, petite et moyenne chirurgie, et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RD Congo. L'intéressée invoque la situation au pays d'origine qui ne peut lui fournir les soins dont elle a besoin. Toutefois, signalons que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir : CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Mûslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Notons aussi que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009 - OE 4.520.538).

En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette pathologie vivant au Congo (Rép. dém.). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23,771 du 26.02.2009 - OE 5.141.464). Si l'Intéressée est dans

l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix. De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre d'exemple : Caritas, OMS, CTB 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 œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé. D'après sa demande d'asile du 13.07.2010, l'intéressée affirme avoir bénéficié de l'aide d'une connaissance pour payer son voyage en Belgique. Dès lors, il est raisonnable de penser qu'elle y a tissé des liens sociaux et rien ne démontre que son entourage social ne pourrait l'aider si nécessaire. Les soins sont donc accessibles au Congo (Rép. dém.). Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins médicaux au pays d'origine ».

4.3. Le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante, que cette évaluation de l'accessibilité en RDC du traitement et du suivi nécessaires à la requérante ne permet pas de comprendre pour quelles raisons le médecin conseil a estimé, sur la base des documents cités figurant au dossier administratif et de la situation individuelle de la requérante, que les soins et le traitement dont elle a besoin sont accessibles dans son pays d'origine.

4.4.1. S'agissant de la société nationale d'assurances mentionnée, le Conseil observe que la partie défenderesse se limite à dresser une liste des prestations garanties par cette assurance, sans fournir la moindre information quant aux conditions d'accès à cet assurance.

4.4.2. A propos des mutuelles de santé mentionnées, le Conseil observe tout d'abord, s'agissant de «l'Ordonnance n° 07/018 du 16 mai 2007», qu'il ne s'agit aucunement d'une ordonnance d'organisation et/ou de création de mutuelles de santé mais d'une ordonnance présidentielle d'attribution des compétences ministérielles, laquelle n'a donc aucune pertinence pour faire état de l'accessibilité aux soins et suivi nécessaires au pays d'origine.

Par ailleurs, les documents sur lesquels se base le médecin conseil ne permet pas de déterminer, concrètement, si la requérante pourrait s'affilier à une de ces mutuelles et, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait, et quels frais pourraient être couverts.

S'agissant des articles relatifs à la MUSU et à la MUSECKIN, outre le fait qu'ils sont anciens et ne permettent pas d'établir l'accessibilité actuelle des soins au pays d'origine, le Conseil relève que la MUSECKIN est la mutuelle des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, de sorte que l'article y relatif n'est nullement pertinent en l'espèce pour établir ladite accessibilité, la requérante n'ayant pas invoqué être enseignante dans une école catholique de Kinshasa. Partant la référence au Bureau diocésain des œuvres médicales ne semblent pas plus pertinente en l'espèce, le partie défenderesse se référant également à un rapport portant sur l'activité de la MUSECKIN.

Quant à la MUSU, le Conseil relève qu'il ressort du document figurant au dossier administratif que rien ne prouve que les soins nécessaires à la requérante seront couverts par cette mutuelle, l'article précisant que les prestations suivantes sont assurées : les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC. Force est, dès lors, de constater que rien n'indique que les médicaments nécessaires à la requérante figureraient dans cette liste des médicaments essentiels et que les suivis des troubles cardio-vasculaires feraient partie des soins de santé primaires.

4.4.3. S'agissant de l'aide extérieure consacrée à la santé qui serait « non négligeable » en RDC, le Conseil ne peut que relever que la référence à diverses organisations telles que Caritas, l'OMS, et la CTB, n'est pas pertinente, au vu des soins de santé offerts par ces organisations. Il en va d'autant plus ainsi que l'article relatif à Caritas fait état de lutte contre les endémies, le sida et la sécurité transfusionnelle, et de prévisions en matière de tuberculose, de malnutrition, de paludisme et de maladies diarrhéiques des enfants, mais ne mentionne nullement les problèmes cardio-vasculaires. De même, le rapport de l'OMS fait état d'un appui institutionnel et d'une aide pour le renforcement du système de santé que l'organisation souhaite apporter aux autorités congolaises, mais ne fait pas état d'une offre en matière de soins de santé. Le document relatif à la CTB ne mentionne quant à lui pas plus les pathologies de la requérante.

4.4.4. Quant à la mention dans l'avis médical du fait que « l'intéressée affirme avoir bénéficié de l'aide d'une connaissance pour payer son voyage en Belgique. Dès lors, il est raisonnable de penser qu'elle y a tissé des liens sociaux et rien ne démontre que son entourage social ne pourrait l'aider si nécessaire », le Conseil estime qu'outre le fait qu'elle n'est nullement étayée et s'apparente dès lors à une pétition de principe, elle ne peut suffire 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 suivi nécessaires à la requérante. En effet, la référence à la solidarité des proches ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles l'étranger serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective.

4.5. En conséquence, en se référant à ces divers éléments, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que la requérante aurait, à son retour au pays d'origine, un accès effectif aux soins et suivi requis. Partant, force est de constater que la motivation de la décision entreprise est insuffisante à cet égard, la partie défenderesse a violé l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

4.6. L'argumentation développée dans la note d'observations n'est pas de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent. En effet, la partie défenderesse se borne, s'agissant de l'accessibilité du traitement, à affirmer qu'« il est inexact de prétendre que la partie adverse n'a pas pris en compte sa situation personnelle (âge et situation financière). Les informations recueillies par la partie adverse ne sont pas valablement remises en cause par la requérante », et à citer l'avis médical.

4.7. Il résulte de ce qui précède que le premier moyen, tel que circonscrit, est fondé et suffit à l'annulation de la décision querellée. Il n'y a pas lieu d'examiner le second moyen qui, à le supposer fondé, ne pourrait entraîner une annulation de l'acte attaqué aux effets plus étendus.

5. Débats succincts.

5.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5.2. L'acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 30 septembre 2014, est annulée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-neuf septembre deux mille dix-huit par :

Mme J. MAHIELS, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J. MAHIELS