

Arrêt

n° 228 075 du 28 octobre 2019
dans l'affaire X / III

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. LYDAKIS
Place Saint-Paul 7/B
4000 LIÈGE**

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 5 novembre 2018, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation de la décision prise le 11 septembre 2018 déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 11 avril 2019 convoquant les parties à l'audience du 3 mai 2019.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. KIWAKANA *loco* Me P. LYDAKIS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Mes D. MATRAY et J. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Par un courrier recommandé daté du 29 avril 2017, confié à la poste le 4 mai 2017, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 4 septembre 2017, la partie défenderesse a déclaré ladite demande recevable.

Le 20 mars 2018, la partie défenderesse a déclaré la demande non fondée, par une décision qui sera ensuite retirée consécutivement à l'introduction d'un recours à son encontre.

Le 19 juin 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande « recevable mais non fondée ». Le 6 août 2018, la partie défenderesse a de nouveau décidé de retirer la décision de non fondement à la suite d'un recours introduit par la partie requérante à son encontre.

Le 3 septembre 2018, le fonctionnaire médecin a rendu un avis suite à la demande d'évaluation du dossier médical de la partie requérante, formulée par la partie défenderesse.

Le 11 septembre 2018, la partie défenderesse a déclaré la demande d'autorisation de séjour du 4 mai 2017 « recevable mais non fondée », par une décision motivée comme suit :

« MOTIF :

L'intéressée invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon elle, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 (R.D.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 03.09.2018, le médecin de l'O.E. atteste que la requérante présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que 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 que 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'existe pas de preuve qu'un retour au pays de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif de la requérante ».

Il s'agit de l'acte attaqué.

Cette décision constitue l'acte attaqué, lequel a été notifié le 5 octobre 2018.

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique, articulé en deux branches, et libellé comme suit :

« a. Quant au fait que la décision de non fondement de la demande 9ter sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.80 prise par l'Office des Etrangers en date du 11 septembre 2018 notifiée le 5 octobre 2018 viole et ne respecte pas les prescrits d'une motivation adéquate des actes formelles prises par les autorités administratives et ce, au regard des articles 1, 2 et 3 et suivants de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, les articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.80, l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et le principe d'erreur manifeste d'appréciation.

Ainsi, la requérante rappellera que dans le cadre de sa demande de séjour introduite sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.80 en date du 4 mai 2017 a fait valoir les pathologies suivantes:

- Diabète de type 2 avec traitement par insuline;
- Hypertension artérielle avec traitement médicamenteux, en l'espèce la prise du Coversyl +.

Toujours dans le cadre de cette demande de séjour de plus de trois mois dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15.12.80, la requérante a fait également valoir le fait que selon les certificats médicaux du Docteur Lhoest tout arrêt du traitement entraînerait des complications cardiovasculaires dans le chef de la requérante et donc par la même occasion une aggravation de son état de santé.

Toujours dans le cadre de cette demande sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.80 la requérante va également produire des documents qui permettent de dire qu'elle ne pourra avoir une accessibilité et une disponibilité des soins nécessités par son état de santé en République Démocratique du Congo en produisant tout d'abord une attestation médicale de plusieurs docteurs de l'Hôpital général de Matete dans le district sanitaire de Kalamu ainsi qu'un rapport de la convention de l'éthique du 3 décembre 2014 sur la situation sanitaire en République Démocratique du Congo.

Dans le cadre de sa décision querellée et sur base de l'avis de son médecin conseil du 18 juin 2018, l'Office des Etrangers va donc estimer que la requérante ne risque pas d'être exposée à un traitement inhumain et dégradant en raison du fait que les soins, les traitements nécessités par son état de santé sont accessibles et disponibles en République Démocratique du Congo.

A cet égard, la requérante ne peut marquer son accord sur la motivation de la décision querellée de l'Office des Etrangers se fondant sur l'avis de son médecin conseil du 18 juin 2018 et ce, pour les raisons suivantes:

a. Quant à la disponibilité des soins et traitements nécessités par l'état de santé de [la partie requérante]

Dans le cadre de son avis médical du 18 juin 2018 concernant la disponibilité des soins, le médecin conseil de l'Office des Etrangers précise:

" Pour le suivi d'une obésité morbide (elle pèse 140 kg) d'un diabète de type II et d'une hypertension artérielle, il y a suffisamment de possibilités dans le pays d'origine. Des internistes et des endocrinologues sont disponibles en RDC.

Les références ci-dessus, ajoutées au dossier administratif de l'intéressé, démontrent la disponibilité des soins requis. Les sources suivantes ont été utilisées provenant de la base de données non publique Med COI.

Request number: BMA 1004S & 10531&BMA 11746

Unidamicron= glicazide = BMA 11476

Inpatient treatment by an internal specialist (internist) - Available, Centre Hospitalier Monkole, Quartier Masanga-Mbila Commune de Mont-Ngafula, Kinshasa, (Public Facility). "
BMA 10259 & BMA 11476

Pour l'hypertension artérielle et l'endocrinologie (diabète, amaigrissements) le pays dispose de spécialistes, y compris des cardiologues in-and outpatient treatment and follow up by a cardiologist and endocrinologist, available centre hospitalie Monkole 4804 Avenue Ngafani Kinshasa (public family).

En ce qui concerne les médicaments évoqués.

D'après le BMA 10158 le coversyl (perindopril) est disponible ».

En cas de nécessité, le pays dispose d'insuline. BMA 11746.

Le Glucophage (metformine) insuline et metformine BMA 11746.

Unimdiamicron = gliclazide BMA 11476.

Le Neurotin= gabapentine n 'y est pas disponible mais peut être remplacé par de la carbamazepine (équivalent) qui y est disponible carbamazepine is avaible BMA 11180. »

Le Conseil sera tout d'abord attentif sur le fait que le diabète de type 2 dont souffre la requérante est toujours selon les certificats médicaux du Docteur Lhoest traité par insuline.

En effet, dans le cadre de diabète de type 2 l'insulinothérapie devient nécessaire après une certaine évolution de la maladie lorsque l'insuline n'est plus produite en quantité suffisante par le pancréas et ce, malgré les traitements oraux et les mesures hygiéno-diététiques, ce qu'est le cas de la requérante au contraire de ce qu'indique le médecin conseil de l'Office des Etrangers dans le cadre de son avis médical du 18 juin 2018.

Ainsi, à partir du moment où les certificats médicaux déposés à l'appui de la demande de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.80 faisait état d'un traitement du diabète dont souffre la requérante par injection d'insuline, il appartenait au médecin conseil de vérifier si ce type d'injection par insuline était disponible en République Démocratique du Congo.

Or, à la lecture de l'avis du médecin conseil de l'Office des Etrangers, on peut constater que ce dernier indique uniquement que l'insuline est disponible en cas de nécessité sans autre précision.

Ainsi, il n'apparaît donc pas en quelle quantité l'insuline est disponible ni surtout si elle est utilisée si il y a une prise en charge du coût de celle-ci ou une partie.

Rien ne permet donc de dire que l'insuline nécessaire au traitement de la requérante est disponible.

De plus, concernant la disponibilité des praticiens (cardiologues et endocrinologues) nécessités par l'état de santé de la requérante en République Démocratique du Congo, le médecin conseil de l'Office des Etrangers se borne à faire référence à deux sites référencés concernant deux hôpitaux à Kinshasa, en l'espèce tout d'abord la Clinique Privée (centre médical de Kinshasa CPU).

Or, à la lecture du site référencé par le médecin conseil de l'Office des Etrangers le CPU est une branche du CMK qui propose une couverture à 100% des soins d'urgence et uniquement des soins d'urgence, les pathologies chroniques ou préexistantes, les pathologies de la grossesse et la néonatalogie ne sont pas incluses dans l'abonnement.

Or, il n'est pas contesté que la requérante souffre d'une maladie chronique, en l'espèce le diabète.

Au vue du site référencé par le médecin conseil de l'Office des Etrangers concernant ce centre médical de Kinshasa, cette maladie chronique ne sera donc pas prise en charge à 100%.

Ainsi, la requérante devra donc débourser une certaine somme d'argent vu qu'il s'agit d'une clinique privée.

De plus, toujours à la lecture du site référencé de cette clinique privée, en l'espèce CMK, il apparaît clairement que, et ceci est d'ailleurs confirmé par un autre site Internet répertorié dans le cadre de l'avis médical du médecin conseil, en l'espèce le projet SRI - Fiches pays – République Démocratique du Congo juin 2009 qui indique que dans le cadre de cliniques privées, les médicaments, le coût des consultations médicales et le coût des traitements, sont pris en charge intégralement par le patient.

Or, toujours à la lecture de ce site, il n'est nulle précisé le coût des consultations tant de médecine générale que d'un spécialiste ni l'intervention ou non d'une assurance ou d'une convention signée entre l'Etat congolais et cette clinique.

Ceci étant logique puisqu'il s'agit d'une clinique privée.

De plus, toujours à la lecture de ce site référencié, il n'apparaît nulle part que cette clinique ouvre ou donne accès à différents types de soins aux indigents.

En ce qui concerne le second site référencié par le médecin conseil de l'Office des Etrangers qui concerne le Centre Hospitalier Monkole à Kinshasa, il apparaît que cet hôpital met en place un système de tarification qui rend possible l'accessibilité aux soins médicaux de qualité sans les conditions socio-économiques de chaque personne.

Ainsi, cet hôpital mettant également la mise en place d'un paquet de programmes sociaux de santé qui vise à résoudre les priorités en santé publique de la population démunie et qui prend en charge les maladies chroniques comme le diabète.

Or, ce site du Centre Hospitalier Monkole n'indique en aucun cas quelles sont les personnes qui seraient considérées comme faibles socio-économiquement ou démunies et qui pourraient donc bénéficier de ce type de prestation.

En effet, à cet égard, le médecin conseil de l'Office des Etrangers dans le cadre de son avis médical ne semble pas avoir tenu compte de la situation particulière de la requérante qui vu son obésité de plus de 140 Kg éprouvera de grandes difficultés à pouvoir trouver un travail et donc d'avoir des revenus suffisants.

Néanmoins, cette dernière sera-t-elle considérée également comme une personne indigente pouvant bénéficier des interventions de cet Hôpital Monkole ce qui n'est absolument pas prouvé.

De plus, il est intéressant de noter que le médecin conseil de l'Office des Etrangers dans le cadre de son avis médical du 11 septembre 2018 n'a toujours en aucun cas rencontré les arguments développés par la requérante dans le cadre de son recours et plus particulièrement l'attestation médicale des Docteurs Mukala Mukala, Ngoyi Mucoko et Mukuna Muka de l'Hôpital général de Matete, qui sont totalement en contradiction avec les informations présentées par le médecin conseil de l'Office des Etrangers comme de quoi le traitement médicamenteux et médical concernant le diabète, n'est pas disponible en RCD ou en tout cas très cher.

Or, à la lecture des deux sites référenciés concernant les deux hôpitaux visés à Kinshasa, rien ne permet de dire que la requérante aura bien une disponibilité garantie des soins nécessités par son état de santé tant au niveau de son hypertension artérielle que de son diabète.

Enfin concernant la disponibilité du traitement médicamenteux nécessités par l'état de santé de la requérante, le médecin conseil de l'Office des Etrangers s'est basé sur la base de données MEDCOI pour justifier la disponibilité de ce dernier.

Ainsi suivant la demande MEDCOI BMA 10158, le médecin conseil de l'Office des Etrangers précise que le Coversyl est disponible.

Néanmoins, le Conseil sera attentif sur le fait qu'il n'y a aucune information sur la quantité disponible de ce médicament, le coût de celui-ci et encore moins l'intervention par une mutuelle d'une partie de ce coût et à quelles conditions.

De plus, le Conseil sera attentif au rapport médical du Docteur DELMOTTE du 10 novembre 2017 qui précise : »Etant donné la persistance d'une tension artérielle élevée, le traitement par Coversyl a été remplacé par du Coversyl + 10/2,5 1 comprimé par jour. »

Or à la lecture de son avis médical, on peut constater que le médecin conseil de l'Office des Etrangers a omis de vérifier la disponibilité du COVERSYL + en RDC.

Quant à la disponibilité du glucophage et de l'Unidiamicron , de nouveau le Conseil sera attentif sur le fait qu'il n'y a aucune information sur la quantité disponible de ce médicament, le coût de celui-ci et encore moins l'intervention par une mutuelle d'une partie de ce coût et à quelles conditions.

Enfin, concernant le NEUROTIN qui est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques telles que la neuropathie diabétique et la névralgie post-zostérienne chez l'adulte, dans son avis médical, le médecin conseil de l'Office confirme que ce derniers n'est pas disponible en RDC mais qu'il peut être remplacé par un équivalent en l'espèce de la CARBAMAZEPINE.

Or, le Conseil sera attentif sur le fait que la CARBAMAZEPINE est utilisée pour des crises épileptiques et des douleurs neuropathiques sans plus.

Ainsi, ce médicament n'est pas adéquat dans le cadre de la neuropathie diabétique.

De plus, ce médicament ne doit pas être prescrite aux patients présentant des problèmes de conduction cardiaque auriculo-ventriculaire ou d'anomalie de la moelle osseuse.

Il doit être utilisée avec précaution chez les patients présentant des troubles hématologiques, cardiaques, hépatiques ou rénaux.

Or, il convient de noter que l'intéressé souffre de diabète et d'hypertension artérielle.

On peut dès lors se poser légitimement la question si ce médicament est adéquat à l'état de santé de la requérante.

En effet, il appartenait au médecin conseil de l'Office des Etrangers en tenant compte de la situation de la requérante qui souffre de problèmes de diabète et d'hypertension artérielle.

Or, ces éléments médicaux auraient dû être pris en compte par le médecin conseil de l'Office des Etrangers dans le cadre de son avis médical à partir du moment où il estimait de manière unilatérale de modifier le traitement médicamenteux dont fait l'objet le requérant.

En ne procédant pas à cet examen, le requérant estime que cet avis médical du médecin conseil de l'Office des Etrangers n'est pas motivé de manière adéquate.

C'est d'ailleurs en ce sens que s'est exprimé le Conseil du Contentieux des Etrangers dans un arrêt 151051 du 20 août 2015 qui précisait:

"5.3. En l'espèce, dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4.1. du présent arrêt, la première partie requérante a insisté sur les différentes pathologies dont elle souffrait, sur le traitement médicamenteux qu'elle suivait et plus particulièrement sur le fait que le médicament Baraclude 0,5 mg (dont la principale composante est la molécule d'Entécavir) prescrit pour son hépatite B n'était pas substituable. Elle a encore précisé les complications qu'engendrerait un arrêt de son traitement, soit une cirrhose ou encore une hépatocarcinome (cancer du foie). Cette information se retrouve en outre également sur le certificat médical type du 1er juillet 2012 qu'elle a joint à cette demande. Il ressort par ailleurs de l'attestation du centre hospitalier universitaire de Tivoli du 13 juin 2012 que le Baraclude a été identifié comme le traitement le plus adéquat pour le patient et susceptible d'entraîner une stabilisation de la maladie et d'éviter toutes complications. La première partie requérante a enfin joint à sa demande d'autorisation de séjour, un document duquel il ressort que le Baraclude n'est pas disponible en République de Macédoine.

Par complément du 7 mars 2013, la première partie requérante a fait parvenir à la partie défenderesse un rapport médical daté du 20 février 2013 faisant état de l'évolution de son hépatite B chronique et soulignant l'efficacité du traitement par le Baraclude.

Par complément du 5 juillet 2013, elle a fait parvenir un nouveau rapport médical daté du 20 juin 2013 soulignant à nouveau l'efficacité du Baraclude, l'indisponibilité de ce médicament en Macédoine et les

complications qu 'entraînerait un arrêt du traitement, informations confirmées par les rapports ultérieurs des 10 juillet et 22 octobre 2013.

5.4. Dans la décision entreprise, la partie défenderesse précise 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... ». Ce faisant, la partie défenderesse s'est basée sur le rapport de son médecin conseil qui après avoir examiné l'intérêt de traiter l'hépatite B au stade A1F1, fait état des traitements disponibles en Suisse tels que l'interféron, le lamivudine ou l'adéfor dipivoxil ainsi que de la future disponibilité de molécules plus efficaces soit l'entécavir (principal composant du Baraclude) et le telbivudine, pour en conclure que le traitement de la première partie requérante pouvait être remplacé par le lamivudine et le ténofovif.

A ce sujet, le Conseil ne peut que constater, à l'instar de la partie requérante, que non seulement la partie défenderesse ne rencontre pas valablement les arguments qu 'elle a fait valoir et qui concluaient au caractère non substituable de son traitement - en effet, la partie défenderesse n'explique pas les raisons pour lesquelles elle arrive à une conclusion différente de celles des médecins de la première partie requérante - mais en outre, qu'elle fait usage d'une motivation tout à fait contradictoire par laquelle elle annonce la prochaine disponibilité (en Suisse !) de la molécule de l'entécavir, souligne l'efficacité de cette molécule par rapport aux traitements existants, pour ensuite en conclure que la première partie requérante, actuellement sous entécavir, pourrait être soumise à un autre traitement. "

Au vue de tous ces éléments, la requérante estime que la disponibilité des soins nécessités par son état n'est pas établie.

b. Quant à l'accessibilité des soins

Dans le cadre de sa décision querellée l'Office des Etrangers se fond donc sur l'avis de son médecin conseil du 3 septembre 2018 qui précisait:

"Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

L'intéressé apporte différents documents en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine dues à un contexte général difficile par rapport à la situation sanitaire (rapport du 03.12.2014 de la Confédération Helvétique sur la situation sanitaire en RDC et article de presse de 2013/2015 sur la situation des diabétiques en RDC). Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante.

En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Congo. 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.

En outre, 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 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.

Rappelons aussi que «(...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire.

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Congo. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention.

Par ailleurs, il existe en RDC plusieurs mutuelles de santé permettant d'obtenir des soins médicaux à prix réduit par le paiement d'une cotisation. Des assurances privées existent également: plusieurs groupements du genre existant actuellement au Congo (plus ou moins 200).

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif: Caritas, OMS, Enabel sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les

grandes épidémies ou dans le but de mettre en oeuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

L'intéressée peut également s'adresser au Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix.

Soulignons que la requérante, âgée de 47 ans, est arrivée en Belgique le 08.10.2013. Force est de constater que celle-ci a ainsi passé de nombreuses années dans son pays d'origine. Il est aussi raisonnable de penser qu'elle a développé tout au long de ces années des liens sociaux privilégiés avec des citoyens de son pays. Rien n'indique non plus qu'elle n'aurait pas de la famille dans le pays d'origine. Par conséquent, la requérante pourrait faire appel à ses proches en vue d'obtenir une aide financière ou matérielle dans le pays d'origine.

De plus, l'intéressée est en âge de travailler et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine. "

A nouveau, la requérante ne peut marquer son accord sur la motivation de la décision de l'Office des Etrangers se fondant sur l'avis de son médecin conseil.

Tout d'abord, concernant les documents produits par la requérante dans le cadre de sa demande de séjour 9ter et plus particulièrement le rapport de la Convention de la Suisse de 2014 sur l'accessibilité des soins et le système de santé en RDC datant de 2014, il est intéressant de noter que les informations dont fait état le médecin conseil dans le cadre de son avis médical sont antérieures et ne répondent donc en aucun cas aux éléments produits par la requérante à l'appui de sa demande.

Quand bien même le Conseil estimerait que ces éléments doivent être pris en compte, il convient de constater les éléments suivants:

> Concernant l'existence de mutuelles de santé en RDC permettant d'obtenir des soins médicaux à prix réduit par le paiement d'une cotisation, des assurances privées existent également plusieurs groupements du genre existent actuellement au Congo plus ou moins 200

Le médecin conseil de l'Office des Etrangers dans son avis médical du 18 juin 2018 se fonde sur deux sites référencés: http://lipsinternational.org/fr/_note.asp et le Projet CRI.

Concernant le site référencé lipsinternational, le Conseil sera attentif qu'il s'agit d'un témoignage d'une personne d'origine congolaise qui informe les consultants de ce site de la situation sanitaire en République Démocratique du Congo.

Or, aucune information n'est précisée concernant la prise en charge de ces mutuelles vantées par cette personne dans le cadre de son témoignage des maladies chroniques dont souffre la requérante, en l'espèce le diabète et l'hypertension artérielle.

Rien n'est prévu également concernant le coût exact des cotisations des mutuelles congolaises ni également l'existence ou non d'un délai de carence qui pourra entraîner une aggravation de l'état de santé de la requérante comme en atteste les certificats médicaux déposés à l'appui de la présente demande sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.80 qui confirme bien que tout arrêt de traitement entraînerait une dégradation et des problèmes cardio-vasculaires dans le chef de la requérante.

Aucune information n'est également donnée sur les personnes qui pourraient être considérées comme vulnérables.

Il s'agit donc d'informations purement générales qui ne tiennent en aucun cas compte de la situation personnelle de la requérante.

De plus, toujours dans le cadre de son avis médical du 18 juin 2018 le médecin conseil de l'Office des Etrangers fait état de l'existence de différentes associations, en l'espèce Caritas, OMS et Enabel qui sont présentes en RDC dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies au Congo.

À nouveau, le Conseil sera attentif qu'il s'agit de sites purement généraux qui n'indique en aucun cas si la situation personnelle médicale de la requérante qui souffre d'une obésité morbide, (plus de 140 kg) et d'un diabète de type 2 traité par insuline et d'un traitement médicamenteux pour son hypertension artérielle pourraient être pris en charge.

Ces sites ne permettent donc en aucun cas de dire que la requérante au vue de sa situation personnelle pourra avoir une accessibilité aux soins nécessités par son état de santé.

C'est d'ailleurs en ce sens que s'est exprimé le Conseil du Contentieux des Etrangers dans un arrêt numéro 181747 du 3 février 2017 qui précisait:

"A cet égard, le Conseil relève que le requérant a mis plusieurs fois en évidence, dans sa demande d'autorisation de séjour ainsi que dans les différents pièces médicales produites, des éléments ayant trait à sa situation individuelle, à savoir qu'il avait déjà 62 ans, qu'il avait une mobilité réduite ou encore qu'il avait des moyens financiers limités ne lui permettant pas de faire face aux dépenses en telle sorte qu'il ne pourrait pas financer ses soins de santé au pays d'origine.

A la lecture de l'avis médical du 8 juin 2016, le Conseil constate que le médecin conseil de la partie défenderesse ne semble pas tenir compte de ces éléments. En effet, tout d'abord, ce dernier fait état de l'existence de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance au pays d'origine, tel que notamment la MUSU. Or, le Conseil constate que cette mutuelle exige le paiement d'un droit d'adhésion, de cotisations mensuelles et ne couvre pas le malade avant une période de trois mois. A ce sujet, il convient de rappeler, à nouveau, que les éléments contenus au dossier administratif mettent en évidence le fait que le requérant a des moyens financiers limités, ne pourra financer une assurance soins de santé ou encore le fait qu'il a déjà 62 ans. De plus, il ressort également des éléments contenus dans les certificats médicaux le fait que le traitement du requérant ne peut être interrompu. Dès lors, il apparaît que ces éléments particuliers auraient dû être pris en considération par la partie défenderesse, ce qui n'a pas été le cas in specie. En outre, concernant la référence au Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales offrant des soins à un bon rapport qualité/prix, le Conseil constate, à la lecture des sources citées par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis, que l'appel à ce bureau exige également le paiement d'une cotisation. Or, à nouveau, il convient de s'en référer aux éléments avancés par le requérant dans sa demande et dans les différents documents médicaux faisant état de sa situation individuelle, lesquels n'ont, à nouveau, pas été pris en considération par la partie défenderesse. De plus, comme le souligne à juste titre le requérant dans le cadre de son recours, la source faisant état du Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales date de 2007 en telle sorte que rien ne démontre que les soins sont réellement accessibles à l'heure de la prise de la décision attaquée.

Par ailleurs, quant aux organisations, tels que Caritas, OMS et CTB, le Conseil relève que les sources faisant état de ces organisations ne démontrent nullement l'accessibilité des soins nécessaires au requérant mais font uniquement état d'informations générales sur la prévention ou des projets en prévention dans la lutte contre le HIV en telle sorte que le Conseil estime que ces informations ne sont pas pertinentes pour juger de l'accessibilité effective des soins nécessaires au requérant.

Par ailleurs, comme le souligne à juste titre le requérant dans le présent recours, il apparaît que ces organisations offrent des soins de santé primaires en telle sorte que rien ne permet d'affirmer avec certitude que les soins qui lui sont nécessaires seront effectivement pris en charge.

S'agissant de la présence de plusieurs hôpitaux et cliniques du secteur privé et public de Kinshasa proposant des traitements contre le VIH ou encore le fait que des ONG offrent le même type d'assistance, le Conseil ne peut que constater que le médecin conseil de la partie défenderesse ne démontre, d'aucune manière, que le requérant y aurait effectivement accès. De plus, concernant les informations relatives aux ONG, le Conseil est dans l'impossibilité de vérifier les informations issues du site <http://irrco.belgium.iom.int/images/stories/documents/congo%20fr.pdf> dans la mesure où il n'est nullement accessible.

D'autre part, il ressort des documents produits par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ainsi que de son complément, que les conditions d'accès aux soins sont catastrophiques et que le taux de couverture en antirétroviraux sont de moins de 15% (Document MSF intitulé « 85% des malades du sida

privés de traitement en RDC ». En outre, il ressort également de l'article intitulé « Lutte contre le VIH/SIDA en RDC : L'urgence ignorée » que « Plus d'un million de personnes sont séropositives en RDC et on estime le nombre de patients qui devraient bénéficier d'ARV en 2011 à 350.000. Or actuellement seulement 44.000 patients sont effectivement sous traitement, ce qui représente un taux de couverture en ARV de 14%. Ce taux de couverture est parmi les plus bas du monde [...] » ou encore que « La mortalité due au Sida et la transmission du VIH vont augmenter dans les prochaines années si aucun engagement n'est pris de la part des autorités et/ou des bailleurs de fonds pour remédier à cette situation ». Enfin, il apparaît également à la lecture de l'article émanant de MSF intitulé « VIH sida des avancées en péril » que « Malgré les progrès considérables réalisés dans la lutte contre le VIH/sida ces dernières années, les pays les plus touchés par la pandémie peinent encore à offrir un traitement aux patients et sont dans l'incapacité d'appliquer les dernières avancées scientifiques et stratégiques pour lutter contre la maladie ».

Dès lors, ces informations, lesquelles ne constituent que quelques exemples parmi les nombreux documents produits par le requérant, démontrent que des doutes sérieux existent quant une réelle accessibilité des soins qui sont nécessaires au requérant. Les affirmations du médecin conseil de la partie défenderesse, dans son avis du 8 juin 2016, selon lesquelles les informations provenant de ces documents seraient dénués de pertinence au vu de leur caractère général ne peut suffire à justifier le peu d'importance qui leur a été accordé.

Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse n'apporte aucun élément de nature à renverser les constats relevés supra.

Dès lors, le motif de l'acte attaqué portant sur le fait que les soins nécessaires au requérant sont accessibles au pays d'origine ne peut être considéré comme adéquatement motivé au vu de l'absence de prise en considération des éléments particuliers avancés par le requérant quant à sa situation particulière et quant à une prise en considération inadéquate des documents produits concernant la situation d'accessibilité des soins médicaux au Congo.

En effet, force est de constater qu'il ne peut aucunement être déduit des informations reprises dans le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse du 8 juin 2016 que le traitement nécessaire requis en vue de soigner la pathologie du requérant est accessible au Congo, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée.

Par conséquent, il convient de constater que la partie défenderesse ne pouvait, en se basant sur des informations contenues au dossier administratif affirmer que l'ensemble du traitement nécessaire au requérant est accessible au pays d'origine.

Il résulte de ce qui précède que la seconde branche du deuxième moyen est fondée et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres moyens ou encore la première branche du deuxième moyen qui, à le supposer fondé, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus. "

Enfin, toujours dans le cadre de son avis médical du 18 juin 2018 le médecin conseil de l'Office des Etrangers fait état de l'existence du Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales BDOM qui couvre l'ensemble du territoire congolais hors des soins à un bon rapport qualité/prix.

Or, à la lecture du site référencé par le médecin conseil, le Conseil du Contentieux des Etrangers sera attentif sur le fait que le BDOM ne concerne que la région du Sud-Kivu.

Or, la requérante est originaire de Kinshasa et il n'y a donc aucune information sur l'intervention du BDOM dans la région de Kinshasa.

Quand bien même le Conseil du Contentieux des Etrangers estimerait que les informations permettent de vérifier si oui ou non il y a une accessibilité des soins nécessités par l'état de santé de la requérante grâce à l'intervention du BDOM à Kinshasa, il conviendra à nouveau de constater qu'il s'agit d'informations générales qui ne couvre en rien la situation personnelle de la requérante concernant son état de santé, (hypertension artérielle, obésité morbide et diabète de type 2 nécessitant un traitement par insuline).

De plus, le Conseil sera attentif sur le fait que l'intervention du Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales exige le paiement d'une cotisation et rien ne permet d'indiquer les conditions exactes d'intervention de ce Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales dans le cadre des pathologies dont souffre la requérante.

C'est d'ailleurs en ces termes que s'est exprimé le Conseil du Contentieux des Etrangers dans un arrêt numéro 181747 du 3 février 2017 qui précisait:

"A cet égard, le Conseil relève que le requérant a mis plusieurs fois en évidence, dans sa demande d'autorisation de séjour ainsi que dans les différents pièces médicales produites, des éléments ayant trait à sa situation individuelle, à savoir qu'il avait déjà 62 ans, qu'il avait une mobilité réduite ou encore qu'il avait des moyens financiers limités ne lui permettant pas de faire face aux dépenses en telle sorte qu'il ne pourrait pas financer ses soins de santé au pays d'origine.

A la lecture de l'avis médical du 8 juin 2016, le Conseil constate que le médecin conseil de la partie défenderesse ne semble pas tenir compte de ces éléments. En effet, tout d'abord, ce dernier fait état de l'existence de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance au pays d'origine, tel que notamment la MUSU. Or, le Conseil constate que cette mutuelle exige le paiement d'un droit d'adhésion, de cotisations mensuelles et ne couvre pas le malade avant une période de trois mois. A ce sujet, il convient de rappeler, à nouveau, que les éléments contenus au dossier administratif mettent en évidence le fait que le requérant a des moyens financiers limités, ne pourra financer une assurance soins de santé ou encore le fait qu'il a déjà 62 ans. De plus, il ressort également des éléments contenus dans les certificats médicaux le fait que le traitement du requérant ne peut être interrompu. Dès lors, il apparaît que ces éléments particuliers auraient dû être pris en considération par la partie défenderesse, ce qui n'a pas été le cas in specie.

En outre, concernant la référence au Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales offrant des soins à un bon rapport qualité/prix, le Conseil constate, à la lecture des sources citées par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis, que l'appel à ce bureau exige également le paiement d'une cotisation. Or, à nouveau, il convient de s'en référer aux éléments avancés par le requérant dans sa demande et dans les différents documents médicaux faisant état de sa situation individuelle, lesquels n'ont, à nouveau, pas été pris en considération par la partie défenderesse. De plus, comme le souligne à juste titre le requérant dans le cadre de son recours, la source faisant état du Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales date de 2007 en telle sorte que rien ne démontre que les soins sont réellement accessibles à l'heure de la prise de la décision attaquée.

Par ailleurs, quant aux organisations, tels que Caritas, OMS et CTB, le Conseil relève que les sources faisant état de ces organisations ne démontrent nullement l'accessibilité des soins nécessaires au requérant mais font uniquement état d'informations générales sur la prévention ou des projets en prévention dans la lutte contre le HIV en telle sorte que le Conseil estime que ces informations ne sont pas pertinentes pour juger de l'accessibilité effective des soins nécessaires au requérant.

Par ailleurs, comme le souligne à juste titre le requérant dans le présent recours, il apparaît que ces organisations offrent des soins de santé primaires en telle sorte que rien ne permet d'affirmer avec certitude que les soins qui lui sont nécessaires seront effectivement pris en charge. S'agissant de la présence de plusieurs hôpitaux et cliniques du secteur privé et public de Kinshasa proposant des traitements contre le VIH ou encore le fait que des ONG offrent le même type d'assistance, le Conseil ne peut que constater que le médecin conseil de la partie défenderesse ne démontre, d'aucune manière, que le requérant y aurait effectivement accès. De plus, concernant les informations relatives aux ONG, le Conseil est dans l'impossibilité de vérifier les informations issues du site <http://irrco.belgium.iom.int/images/stories/documents/congo%20fr.pdf> dans la mesure où il n'est nullement accessible.

D'autre part, il ressort des documents produits par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ainsi que de son complément, que les conditions d'accès aux soins sont catastrophiques et que le taux de couverture en antirétroviraux sont de moins de 15% (Document MSF intitulé « 85% des malades du sida privés de traitement en RDC ». En outre, il ressort également de l'article intitulé « Lutte contre le VIH/SIDA en RDC : L'urgence ignorée » que « Plus d'un million de personnes sont séropositives en RDC et on estime le nombre de patients qui devraient bénéficier d'ARV en 2011 à 350.000. Or actuellement seulement 44.000 patients sont effectivement sous traitement, ce qui représente un taux de couverture en ARV de 14%. Ce taux de couverture est parmi les plus bas du monde [...] » ou encore que « La mortalité due au Sida et la transmission du VIH vont augmenter dans les prochaines années si aucun engagement n'est pris de la part des autorités et/ou des bailleurs de fonds pour remédier à cette situation ». Enfin, il apparaît également à la lecture de l'article émanant de MSF intitulé « VIH sida des avancées en péril » que « Malgré les progrès considérables réalisés dans la lutte contre le VIH/sida ces dernières années, les pays les plus touchés par la pandémie peinent encore à offrir un traitement aux patients et sont dans l'incapacité d'appliquer les dernières avancées scientifiques et stratégiques pour lutter contre la maladie ».

Dès lors, ces informations, lesquelles ne constituent que quelques exemples parmi les nombreux documents produits par le requérant, démontrent que des doutes sérieux existent quant une réelle accessibilité des soins qui sont nécessaires au requérant. Les affirmations du médecin conseil de la partie défenderesse, dans son avis du 8 juin 2016, selon lesquelles les informations provenant de ces documents seraient dénués de pertinence au vu de leur caractère général ne peut suffire à justifier le peu d'importance qui leur a été accordé.

Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse n'apporte aucun élément de nature à renverser les constats relevés supra.

Dès lors, le motif de l'acte attaqué portant sur le fait que les soins nécessaires au requérant sont accessibles au pays d'origine ne peut être considéré comme adéquatement motivé au vu de l'absence de prise en considération des éléments particuliers avancés par le requérant quant à sa situation particulière et quant à une prise en considération inadéquate des documents produits concernant la situation d'accessibilité des soins médicaux au Congo.

En effet, force est de constater qu'il ne peut aucunement être déduit des informations reprises dans le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse du 8 juin 2016 que le traitement nécessaire requis en vue de soigner la pathologie du requérant est accessible au Congo, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée.

Par conséquent, il convient de constater que la partie défenderesse ne pouvait, en se basant sur des informations contenues au dossier administratif, affirmer que l'ensemble du traitement nécessaire au requérant est accessible au pays d'origine.

Il résulte de ce qui précède que la seconde branche du deuxième moyen est fondée et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres moyens ou encore la première branche du deuxième moyen qui, à le supposer fondé, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus. "

Qu'au vue de tous ces éléments, rien ne permet de dire qu'il y aura donc une accessibilité garantie en RDC pour la requérante en raison de ses différentes pathologies.

Au vue de ces éléments la décision apparaît donc comme inadéquatement motivée et devra donc être annulée ».

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ». Le cinquième alinéa indique 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 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 estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers,

Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Enfin, l'obligation de motivation formelle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

3.2. En l'espèce, le fonctionnaire médecin a conclu, dans son avis sur lequel la partie défenderesse s'est fondée pour prendre la décision attaquée, à l'accessibilité des soins requis par l'état de santé de la partie requérante, qui présente outre une obésité morbide, un diabète de type 2, ainsi qu'une hypertension artérielle, requérant un traitement médicamenteux et un suivi médical approprié, en se fondant en premier lieu, sur l'existence en R.D.C. de mutuelles de santé, ainsi que d'assurances privées, ensuite, sur le fait que la partie requérante peut s'adresser au Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales (BDOM), en troisième lieu sur sa possibilité de faire appel à des proches pour obtenir une aide financière ou matérielle et enfin, sur le fait que rien ne démontre qu'elle ne pourrait faire avoir accès au marché du travail au pays d'origine.

S'agissant de l'existence de mutuelles et d'assurances privées, le fonctionnaire médecin s'est fondé sur deux sources, la première étant issue du site « ipsinernational.org » et intitulé « les mutuelles de santé prennent en charge les malades insolubles », et la seconde étant le projet CRI pour la RDC, de juin 2009.

Le Conseil observe à la suite de la partie requérante que la première de ces sources ne donne aucune information sur la couverture des soins requis par l'état de santé de la partie requérante, en tant que diabétique. Il ne donne pas davantage d'informations sur le coût de la cotisation.

Le Conseil observe que le motif tenant au BDOM doit être rapproché de celui tenant aux mutuelles déjà examiné ci-dessus, après lecture du document y relatif figurant au dossier administratif, et force est de constater qu'il ne permet pas davantage de s'assurer que la partie requérante aura accès aux soins requis par son état de santé par ce biais.

A la suite de la partie requérante également, qui critique les sources d'informations de la partie défenderesse en raison de leur antériorité par rapport aux informations qu'elle a communiquées à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, le Conseil observe que le projet CRI daterait, selon la partie défenderesse elle-même, de juin 2009, et n'est dès lors pas de nature à répondre aux arguments de la partie requérante par lesquels celle-ci contestait l'accessibilité des soins, contenus dans sa demande d'autorisation de séjour, et étayés par des documents dont certains sont plus récents.

A ce sujet, le Conseil observe que la partie requérante avait précisément argumenté sa demande d'autorisation de séjour au regard de la disponibilité et de l'accessibilité des soins en R.D.C. reproduisant un passage du rapport du 3 décembre 2014 de la Convention helvétique et dont il ressort que les conditions économiques constituent le facteur principal de l'exclusion d'une majorité de malades des soins disponibles, quand ils le sont, mettant ainsi en évidence le caractère insuffisant des mécanismes mis en place, tels que l'assurance maladie, précisant à cet égard qu'au final, « 5% seulement des actifs, salariés et fonctionnaires, ont une assurance maladie ». L'un des passages retranscrit dudit rapport indiquait également que « les mutuelles de santé à but non lucratif couvrent en fait 0,7 % de la population [...] ».

La partie requérante avait en outre pris soin d'envisager spécifiquement la situation des personnes, qui, comme elle, souffrent du diabète de type 2, dans laquelle le manque de ressources financières est pointé comme étant la cause de l'absence de suivi thérapeutique chez certains patients.

Le Conseil observe que l'avis, qui se limite à ce sujet à reprocher en substance aux arguments susmentionnés leur caractère général, à indiquer « *Par ailleurs il existe en R.D.C. plusieurs mutuelles de santé permettant d'obtenir des soins médicaux à prix réduit par le paiement d'une cotisation* » et à se référer à l'existence de plusieurs assurances privées, sur la base de deux sources susmentionnées, ne rencontre pas suffisamment l'argumentation susmentionnée de la partie requérante et ne permet pas de s'assurer que celle-ci aura un accès aux soins requis par son état de santé et ce même dans l'hypothèse où le traitement requis ne comprendrait pas des injections par insuline.

Au vu des difficultés générales d'accès aux soins de santé, tenant à la situation socio-économique de la R.D.C., et de l'insuffisance des systèmes de mutuelles et d'assurance existant, décrite par la partie requérante dans le cadre d'une argumentation étayée de sa demande d'autorisation de séjour, et de sa situation individuelle, étant une personne souffrant notamment d'un diabète de type 2 et présentant une obésité morbide (plus de 140 kg), le Conseil estime que l'accessibilité des soins requis en l'espèce ne peut reposer sur le simple motif tenant au fait qu'étant âgée de 47 ans, elle est en âge de travailler et qu'à défaut de produire l'attestation *ad hoc*, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché du travail dans son pays d'origine.

Le Conseil ne peut dès lors suivre à cet égard la partie défenderesse lorsqu'elle soutient dans sa note d'observations que ce motif justifie à lui seul la décision à cet égard.

Ensuite, le motif selon lequel « *De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que , à titre non exhaustif Caritas, Oms Enabel 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* » ne permet pas davantage d'asseoir l'avis du fonctionnaire médecin quant à l'accessibilité des soins de santé requis par l'état de santé de la partie requérante.

Le Conseil estime également que le seul motif, par lequel la partie défenderesse revient à supposer que la partie requérante pourrait faire appel à des proches en R.D.C. pour financer ses soins de santé, n'apparaît pas davantage suffisant à cet égard, et présente quant à lui un caractère non déterminant.

3.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique est fondé, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs au regard des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, dans les limites exposées ci-dessus et qu'il doit conduire à l'annulation de l'acte attaqué.

3.4. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen unique qui, à les supposer fondés, ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

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

Article unique

La décision, prise le 11 septembre 2018, qui déclare non fondée la demande d'autorisation de séjour, est annulée.

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

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, Le président,

A. IGREK M. GERGEAY