

Arrêt

n°243 227 du 28 octobre 2020
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NIMAL
Rue des Coteaux 41
1210 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par la Ministre de la Justice, chargée de l'Asile et la Migration, de l'Intégration sociale et de la Lutte contre la Pauvreté 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^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 18 septembre 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation du refus de prolongation du 9ter et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 7 août 2014.

Vu le titre Ier 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 16 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 21 août 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. GAMMAR *locum tenens* Me C. NIMAL, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et M. DE SOUSA *locum tenens* 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 est entrée sur le territoire belge le 29 novembre 2010, accompagnée de sa fille et munie de son passeport revêtu d'un visa de type C. Elles ont introduit plusieurs demandes d'autorisation de séjour sur 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 (ci-après la « loi du 15 décembre 1980 »), qui n'ont pas abouti, avant d'être finalement autorisées au séjour temporaire, sur ce fondement, en date du 15 juillet 2013.

1.2. Le 14 juillet 2014, la requérante a introduit une demande de prorogation de son autorisation de séjour. Le 7 août 2014, la partie défenderesse a pris à son encontre une décision de refus de prorogation de séjour, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

Ces décisions constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

S'agissant du premier acte attaqué :

« Motifs :

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

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

Dans son avis médical rendu le 06.08.2014 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique qu'une des pathologies est actuellement guérie. Pour l'autre pathologie il y a une stabilisation de sa situation clinique. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles au Congo.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

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

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH. »

S'agissant du deuxième 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 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 07.08.2014. »*

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1. La partie requérante invoque un premier moyen pris de la « Violation de l'article 9 Ter et 62 de la loi du 15.12.1980, des articles 1,2,3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs, violation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, violation de l'article 118 de l'Arrêté Royal du 8 octobre 1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, violation du principe général de bonne administration en ce qu'il y a erreur dans l'appréciation des faits et violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause, excès de pouvoir, violation des articles 10, 11 et 191 de la Constitution et de l'article 14 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme ».

2.1.1. Dans une première branche, la partie requérante soutient que « *Dans le cadre de renouvellement de son titre de séjour temporaire, la requérante a déposé à l'administration communale, et adressé par courrier fax du 19.06.2014 à la partie adverse, 9 pièces pour étayer sa demande. Elle joignait notamment : - un certificat médical type du 10.06.2014 en pièce 2, - une attestation « d'une affection chronique » du Dr [V. B.] établi le 21.05.2014 mentionnant une inaptitude au travail. Le certificat médical type reprenait au point « B » diagnostic : hépatite C en cours de traitement et sous la rubrique C traitement actuel : l'indication « très important, doit revenir pour le détail ». Ce certificat indiquait également et notamment, à titre de risque de complications en cas d'arrêt de traitement, le risque d'un cancer du foie. En annexe ce médecin précisait que les traitements n'étaient ni disponibles ni accessibles au pays et que la patiente était inapte à travailler dans son pays d'origine en vue de pouvoir financer une assurance soins de santé et qu'elle souffre d'une maladie comportant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique. L'avis médical du médecin conseil de la partie adverse fait l'impasse sur ces divers documents, ne s'attachant qu'aux documents complémentaires transmis par fax du 14.07.2014 mais non sur ceux adressés le 19/6/14. La décision litigieuse n'est dès lors pas prise sur la base d'un examen complet des pièces versées au dossier et de l'ensemble des éléments précis et pertinents portés à la connaissance de la partie adverse ».*

2.1.2. Dans une deuxième branche, la partie requérante fait valoir que « *La décision dont on rappelle qu'il s'agit d'une prolongation de séjour temporaire, ce qui signifie que dans un premier temps déjà la demande était fondée et l'état de santé de la requérante suffisamment grave pour justifier l'octroi d'un titre de séjour repose sur un avis rendu le 06.08.2014. Le médecin expert de la partie adverse fait état d'une hospitalisation annoncée dans le cadre des pièces produites pour le renouvellement de la demande de séjour « à partir du 01.07.2014 dans le service de psychiatrie de l'hôpital Brugmann » et précise que l'hospitalisation est prévue jusqu'au 09.07.2014. Cet élément est évidemment exact. Néanmoins, on ne peut manquer de s'étonner de ce que le médecin en question, dans son avis du 6/8/14, ne s'interroge en aucune manière sur la gravité de l'état de patiente, alors qu'il justifie une hospitalisation psychiatrique, et sur le traitement subséquent ainsi que sur l'état de la patiente après hospitalisation. Cette absence de questionnement est d'autant plus contraire à la bonne pratique médicale que le dossier de la requérante contient un certificat établi par le psychiatre [V. D.] du CHU Brugmann le 27.06.2014 parlant d'un trouble dépressif majeur dans le chef de la requérante. L'avis du médecin conseil ne cite que partiellement ledit certificat. Il néglige le fait que le médecin écrit également ce qui suit : après un arrêt de la médication aux alentours du mois de mars 2014, cet « arrêt a provoqué une résurgence progressive de la symptomatologie, la patiente est revenue me consulter récemment et le traitement anti dépresseur a été repris. Cette reprise sera probablement pour une longue durée (plus de 6 mois certainement) afin de consolider les effets. Cette patiente nécessitera un suivi mensuel de sa pathologie psychiatrique actuellement, ou plus fréquent voire une hospitalisation si la réponse au traitement n'est pas satisfaisante ». Et hospitalisation il y a eu à partir du 01.07 et cela a été porté à la connaissance de la partie adverse le 14.07.2014. L'avis médical repose sur une prise en compte partielle des éléments qui lui ont été fournis et ne prend pas en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier, violant ainsi l'obligation de motivation et le principe général de bonne administration ».*

2.1.3. Dans une troisième branche, la partie requérante allègue que « *Sur la base de l'examen d'un dossier incomplet, le médecin expert de la partie adverse considère sans plus que l'hépatite C peut être considérée comme guérie alors que le certificat médical type du 18.06.2014 énonce le contraire. La pathologie dépressive est énoncée en une seule ligne et, ainsi qu'il a été dit à la branche précédente sans tenir compte d'une part de l'hospitalisation en psychiatrie toute récente au mois de juillet 2014 de la requérante ni de l'entièreté de la motivation du certificat du 27.06.2014 du Dr [V. D.]. Sont également balayés d'un trait de plume les pathologies mentionnées par le généraliste, le problème touchant au genou gauche et ulcère touchant l'estomac, sans examiner ces pathologies dans un cadre plus global ni recourir à une demande de plus ample informé. Tant la motivation que le principe de soins, application du principe de bonne administration sont clairement violés dans cette motivation lapidaire. ».*

2.2. La partie requérante invoque un second moyen, pris de la « *Violation de l'article 9 Ter et 62 de la loi du 15.12.1980, des articles 1,2,3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs, violation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, violation de l'article 118 de l'Arrêté Royal du 8 octobre 1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, violation du principe général de bonne administration en ce qu'il y a erreur dans l'appréciation des faits et violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause, excès de pouvoir, violation*

des articles 10, 11 et 191 de la Constitution et de l'article 14 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme ».

2.2.1. Dans une première branche, relative à la disponibilité des soins et traitements au pays d'origine, la partie requérante affirme que « *L'avis du médecin conseil en ce qui concerne la disponibilité des soins nécessaires, qu'il commence d'ailleurs par ne pas décrire, est particulièrement laconique et non circonstancié. Si le médecin fait référence à une liste des médicaments essentiels 2010, ceci ne nous renseigne nullement sur la disponibilité des médicaments par ailleurs non cités dans l'avis* ».

2.2.2. Dans une deuxième branche, également relative à la disponibilité des soins et traitements au pays d'origine, la partie requérante allègue que « *l'avis fait référence à plusieurs sites sans expliciter ce qu'on peut en retirer. La consultation de ces sites est édifiante : Le site CONGOMOJA est en réalité un répertoire ou annuaire d'entreprise avec un « onglet neuropsychiatrie » qui répertorie un certain nombre de médecins sans autre explication. Le site de l'hôpital MONKOCOLE nous indique que cet hôpital, « fondé par l'Opus Dei, a une capacité de 55 lits au total, tous services confondus » et 2 médecins assurant la consultation de neuropsychiatrie l'un le mardi matin et l'autre le jeudi toute la journée. Pour autant que de besoin, on rappelle que la population de Kinshasa dépasse actuellement les 10 millions d'habitants et que la RDC est selon Wikipédia « l'un des pays les plus pauvres au monde avec 87,7% de la population en-dessous du seuil de pauvreté. » Le site ELIMO.POPULUS, mentionne l'existence du département de psychiatrie de l'université de Kinshasa mais ce site nous indique lui-même que « ce centre avait la capacité d'accueil de 450 patients. Mais vu la conjoncture actuelle qui sévit dans l'environnement national, ce centre tourne à peine à 10% de sa capacité ». Enfin le site TELEMA nous renseigne quant à l'existence d'un centre de santé mentale de sœurs hospitalières. Il s'agit uniquement de consultations. Fondée « en 89 pour répondre au charisme de la congrégation et à l'invitation de l'église locale qui, lors du synode diocésain des évêques, à l'ancien appel aux congrégations religieuses spécialistes en santé mentale et à toute personne dotée d'un charisme particulier envers les personnes qui souffrent de troubles psychiques ». Ce centre dit dispenser une centaine de consultations par jour. C'est certainement appréciable et louable, mais il est douteux que cela puisse couvrir les besoins d'une population de 10 millions d'habitants. Enfin le site MED COI renseigné ensuite est uniquement un projet du gouvernement néerlandais quant à l'information sur les soins. Outre qu'on ne voit pas les renseignements qui auraient été communiqués par ce site ou ce projet, on lit en note infrapaginale dans l'avis du médecin une clause de non responsabilité quant aux informations délivrées par MED COI. [...] C'est pour le moins léger pour affirmer l'existence de soins et de dispensateurs non autrement précisés ».*

2.2.3. Dans une troisième branche, relative à l'accessibilité des soins et traitements au pays d'origine, la partie requérante fait valoir que « *le médecin indique d'une part que « étant donné qu'aucun élément médical au dossier n'indique que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler ... ». Cette prémissse est totalement erronée. L'annexe au certificat médical type joint au fax du 19.06.2014 adressé par Me [N.] à la partie adverse reprenait en pièce 2' la mention remplie par le médecin, au point 3, selon laquelle celle-ci était incapable de travailler. La pièce 4 établie par le même médecin indiquait ce qui suit : « a besoin régulièrement de soins médicaux et de médicaments consécutivement à une affection chronique qui n'est pas censée se terminer par une guérison qui la rend inapte au travail. » Si l'on sait en outre que le médecin est parfaitement au courant d'une hospitalisation psychiatrique durant une dizaine de jour début juillet et que l'avis est rendu le 06 août. On reste perplexe face à la motivation concernant la capacité de travail de la requérante. D'autre part ce médecin fait référence à différents sites qui selon lui assurerait l'accessibilité des soins via une mutuelle. Il faudrait déjà éclairer le débat sur la notion même de mutuelle en RDC. Il semblerait en effet qu'il s'agisse le plus souvent d'une sorte de mutualisation du risque sous l'égide d'associations caritatives, souvent religieuses, et comme telle fort éloignée de la notion que nous connaissons en Belgique. La présentation de la partie adverse vise à tort à faire penser qu'il s'agirait d'une organisation réglée au niveau de l'Etat comme chez nous alors qu'il n'en est rien. Dès l'instant où l'on est dans le caritatif, il faudrait à tout le moins disposer d'éléments sérieux qui permettent de penser que le système pourrait être considéré comme satisfaisant aux besoins de la population dans son ensemble et en particulier pourrait trouver à s'appliquer à la requérante. Aucune explication n'est donnée à ce niveau par la partie adverse qui n'organise pas un débat loyal concernant la situation réelle à laquelle elle entend faire référence et ne permet pas à votre Conseil de statuer en connaissance de cause. La requérante est âgée de 50 ans et n'a jamais travaillé. Dans sa demande d'autorisation de séjour du 25.05.2012 déjà, la requérante avait expressément mentionné le fait qu'elle ne disposait pas de ressources au pays (elle écrivait en page 4 « la famille a vendu tous ses biens au Congo en vue de venir trouver une solution adéquate pour sa fille et n'a plus à ce jour de moyens au pays, ni d'aucune sécurité sociale comme le confirme le rapport social du CPAS*

de Bruxelles [...] : « une attestation du chef de division urbaine confirme que le père de l'enfant est insolvable et dépourvu de tout appui vital. » [...] Il faut savoir qu'ultérieurement, et cela a été communiqué à la partie adverse, le père de l'enfant est décédé et que dès lors elle ne peut plus espérer aucun appui au pays. Il est donc largement prouvé par le dossier que la requérante est dans l'incapacité de se procurer par elle-même des ressources et que donc l'accès aux soins est totalement compromis en ce qui la concerne. L'existence de mutuelle, c'est-à-dire d'une protection liée au travail ne lui est pas assurée ; moins encore l'accès à des assurances privées et les œuvres charitables telles le « bureau diocésain des œuvres médicales » citées par la partie adverse fait référence à une pièce datée d'avril 2007 et en toute hypothèse ne peut servir à assurer une protection à l'ensemble de la population démunie de Kinshasa. La MUSECKIN est, selon le site cité par la partie adverse, site daté d'avril 2007, « une petite mutuelle d'environ 550 membres et 2000 bénéficiaires ; elle signale par ailleurs être « la mutuelle des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa ». Il n'est pas vraisemblable que la requérante qui n'a jamais travaillé, moins encore dans l'enseignement, puisse en bénéficier. ».

3. Discussion.

3.1.1. A titre liminaire, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n° 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, n° 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 (ci-après : la 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, n° 229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écartez du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 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, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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, n° 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.

3.1.2. Le Conseil rappelle par ailleurs 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, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

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.

3.2. Le Conseil constate que la décision entreprise est fondée sur un rapport établi par le fonctionnaire médecin en date du 6 août 2014 sur la base des certificats médicaux produits par la requérante, dont il ressort, d'une part, que le fonctionnaire médecin a estimé que l'hépatite C dont souffrait la requérante est guérie, et que le problèmes au genou et les ulcères dont elle souffre « *ne constituent pas de risque vital ni de risque pour l'intégrité physique, dans le sens de l'article 9ter* » ; d'autre part, que la requérante souffre actuellement de « *dépression réactionnelle aux décès successifs de son mari et de sa fille cadette* » et que les suivis et traitements nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

3.3.1. Sur le premier moyen, pris en sa première branche, le Conseil relève que la partie requérante n'a pas intérêt à son argumentation dès lors qu'il ressort de l'avis médical que le fonctionnaire médecin a conclu à la disponibilité des soins et traitements nécessaires pour soigner une hépatite C, notamment au vu de la présence d'internistes, d'infectiologues et de tests hépatiques en R.D.C.

3.3.2. Sur la deuxième branche du premier moyen, le Conseil observe que, d'après les documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, l'hospitalisation dont la partie requérante se prévaut devait prendre fin le 9 juillet 2014, c'est-à-dire un mois avant la rédaction de l'avis médical. Si l'état de la requérante ou une modification du traitement le requéraient, le Conseil estime qu'il incombaît à la partie requérante d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. En effet, le Conseil rappelle qu'il est de jurisprudence administrative constante que « *s'il incombe le cas échéant à l'administration de permettre à l'administré de compléter son dossier, cette obligation doit s'interpréter de manière raisonnable, sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie* » (voir, notamment, C.E., n°109.684 du 7 août 2002 et C.C.E., n° 10.156 du 18 avril 2008).

3.3.3. Sur la troisième branche, en ce qui concerne l'hépatite C, le Conseil renvoie aux considérations exposées au point 3.3.1 du présent arrêt. Il en va de même de la dépression dont souffre la requérante, dès lors que le fonctionnaire médecin a examiné la disponibilité et l'accessibilité au pays d'origine des soins psychiatriques nécessaires.

Enfin, s'agissant du problème de genou et de l'ulcère mentionnés dans les documents médicaux joints à la demande, le fonctionnaire médecin a estimé que « *ces problèmes médicaux ne sont pas étayés par des examens spécialisés et aucun traitement n'est d'ailleurs spécifié ; on peut donc considérer qu'ils ne constituent pas de risque vital ni de risque pour l'intégrité physique, dans le sens de l'article 9ter* », constats qui se vérifient à la lecture du dossier administratif et ne sont nullement contestés par la partie requérante. En tout état de cause, cette dernière reste en défaut de préciser de quel soins, suivis ou traitements relatifs à ces pathologies le fonctionnaire médecin aurait dû, selon elle, examiner la disponibilité et l'accessibilité au pays d'origine.

3.3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen n'est pas fondé.

3.4.1. Sur la première branche du second moyen, force est de constater que la partie requérante n'a pas intérêt à son argumentation dès lors que la motivation de l'avis médical repose, en ce qui concerne la disponibilité du suivi au pays d'origine, sur d'autres sources que la liste des médicaments essentiels en question, sources que la partie requérante ne remet pas utilement en question.

3.4.2. En effet, sur la deuxième branche du second moyen, le Conseil observe que les critiques de la partie requérante relatives aux établissements psychiatriques visent essentiellement la capacité de ceux-ci. Toutefois, le fonctionnaire médecin ne prétend nullement être exhaustif sur ce point, dès lors qu'il n'est pas exigé de lui de recenser l'ensemble des endroits où des soins psychiatriques sont prodigués, mais de prouver que ces soins existent et sont disponibles au pays d'origine, ce qui est le cas.

Par ailleurs, le Conseil observe que la partie requérante semble critiquer le fait que le fonctionnaire médecin ait tiré ses informations de la base de données MedCOI, sans toutefois préciser en quoi les informations en question seraient erronées.

3.4.3. Enfin, sur la troisième branche du second moyen, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin, en ce qui concerne l'accessibilité des soins et suivis au pays d'origine, a motivé son avis comme suit : « *La République Démocratique du Congo développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale. Citons à titre d'exemple la « MUSU ». La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, petite et moyenne chirurgie, et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au République Démocratique du Congo. 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. Étant donné qu'aucun élément médical au dossier n'indique que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler, qu'elle est en âge de travailler et que rien ne démontre qu'elle serait exclue du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressée peut trouver un emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressée ne peut pas subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie. [...] ».*

Force est de constater que la partie requérante ne remet pas utilement en cause l'existence de mutuelles dont la requérante pourrait bénéficier afin de financer ses frais médicaux. En effet, la partie requérante ne précise pas pourquoi la requérante ne pourrait en bénéficier, et se borne à affirmer que ces mutuelles sont incapables d'assurer « *l'ensemble de la population démunie de Kinshasa* », sans toutefois démontrer cette allégation.

Enfin, dès lors qu'il n'est pas utilement contesté que la requérante pourrait bénéficier de l'aide desdites mutuelles, la partie requérante n'a pas intérêt à son argumentation relative à sa capacité de travailler.

3.4.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen n'est pas fondé.

3.5. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la partie requérante, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue le second acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen spécifique à son encontre.

Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que, d'autre part, la motivation du second acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut 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.

4.2. La requête en annulation étant rejetée 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 requête en suspension et annulation est rejetée.

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

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

M. E. MICHEL, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

E.MICHEL J. MAHIELS