

Arrêt

n° 248 666 du 3 février 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : chez Me A. BELAMRI, avocat,
Rue des Poulées, 11
1400 NIVELLES,

Contre :

l'Etat belge, représenté par le secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et, désormais, par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

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

Vu la requête introduite le 1^{er} septembre 2016 par X, de nationalité congolaise, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision déclarant non-fondée une demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, décision prise en date du 14 mars 2016 et notifiée en date du 1^{er} août 2016* ».

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 5 janvier 2021 convoquant les parties à comparaître le 27 janvier 2021.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. LIBERT *loco* Me A. BELAMRI, avocat, qui compareît pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui compareît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 15 octobre 2007, la requérante est arrivée sur le territoire belge et a sollicité la protection internationale le lendemain. Cette procédure s'est clôturée par une décision de refus du statut de réfugié et d'octroi de la protection subsidiaire prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 23 janvier 2008, laquelle a été confirmée par l'arrêt n° 19.282 du 26 novembre 2008.

1.2. Le 16 décembre 2008, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 26 mars 2009.

1.3. Le 22 janvier 2009, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile a été pris à l'encontre de la requérante. Le recours contre cet ordre a été rejeté par l'arrêt n° 26.854 du 30 avril 2009.

1.4. Le 19 juillet 2010, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable mais non fondée le 12 janvier 2012 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours en extrême urgence introduit contre ces décisions a donné lieu à la suspension de l'exécution de ces décisions par l'arrêt n° 140.195 du 4 mars 2015. Le 5 mars 2015, les décisions du 12 janvier 2012 ont été retirées. Le recours contre ces décisions a donc été rejeté par l'arrêt n° 153.505 du 29 septembre 2015. Une nouvelle décision rejetant la demande d'autorisation de séjour a été prise le 6 mars 2015, laquelle a été annulée par l'arrêt n° 153.489 du 29 septembre 2015.

1.5. Le 23 juillet 2014, elle a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 3 novembre 2014 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours contre ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 146.187 du 26 mai 2015.

1.6. Le 22 décembre 2014, elle a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980.

1.7. Le 24 février 2015, elle a fait l'objet d'un rapport administratif de contrôle d'un étranger. Le jour même, un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement et une interdiction d'entrée ont été pris à son encontre, lesquels ont été annulés par les arrêts n° 153.490 et 153.491 du 29 septembre 2015.

1.8. Le 2 novembre 2015, elle a sollicité la délivrance d'un titre de séjour illimité.

1.9. Le 11 mars 2016, un avis médical a été rendu par le médecin conseil de la partie défenderesse.

1.10. En date du 14 mars 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision rejetant la demande d'autorisation de séjour du 19 juillet 2010.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

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

Madame N. L., M. invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical du 11.03.2016 (remis à la requérante sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

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

Dès lors, le dossier 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 ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La requérante prend un moyen unique de « *la violation des articles 9ter, 13 et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, au séjour et à l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et du principe général de bonne administration, du devoir de minutie et de l'erreur manifeste d'appréciation, du principe de la foi due aux actes* ».

2.2. Concernant l'accessibilité et la disponibilité des soins et traitements, elle déclare que ses pathologies sont établies par des pièces médicales dont rien ne permet de remettre en question la valeur et la crédibilité. Dès lors, elle estime ne pas pouvoir se rallier à la motivation de l'acte attaqué, compte tenu de la situation de « *l'appareil médical congolais* ».

Elle s'interroge sur la pertinence des informations fournies par la partie défenderesse.

*« Ainsi, les sites internet auxquels il est renvoyé ne donnent aucune véritable information quant à la disponibilité effective des soins. Les sites internet auxquels il est fait référence ne révèlent en rien un examen *in concreto* de la disponibilité des soins; il s'agit notamment simplement des pages d'accueil des sites internet d'hôpitaux; aucune information concrète et de terrain n'est fournie. Les sites ne constituent que des sites de présentation ou de listes de médecins, dont nul ne sait si elles sont actualisées ou non; l'information qui y est dispensée est théorique ; aucune donnée concrète n'y est donnée.*

Ainsi, notamment, le site (www.pagewebcongo.com) n'est qu'un annuaire et n'apporte concrètement aucune information pertinente.

Aucune information n'est donnée quant à l'effectivité des services éventuellement répertoriés. Aucune information n'est donnée quant à l'accessibilité effective de la requérante aux services répertoriés ».

S'agissant des possibilités de prise en charge adéquate, elle relève que l'acte attaqué ne révèle pas un examen *in concreto* de la situation sur place.

De la même manière, elle souligne que « *le site MedCOI ne donne pas d'informations concrètes et pertinentes dans la mesure où il est précisé qu'il n'y a pas d'informations au sujet de l'accessibilité aux soins. De même, International SOS ne fournit d'informations que quant à la disponibilité mais pas l'accessibilité.*

La troisième référence à des « médecins locaux travaillant dans le pays d'origine ...» n'est pas plus pertinente; ainsi, la source n'est pas suffisamment identifiée et vérifiable outre le fait qu'à nouveau elle ne fournit d'information que quant à la disponibilité des soins ».

Elle prétend qu'aucune réelle investigation n'a été menée par la partie défenderesse tant au niveau de la disponibilité que de l'accessibilité aux soins, alors que des rapports OSAR pertinents établissent des soucis tant de disponibilité que d'accessibilité concrète aux soins. Elle précise que ces trois rapports de l'OSAR ont été produits notamment dans le cadre du premier recours dirigé contre la première décision de refus de séjour pour raisons médicales datant de 2012.

Elle relève que ces rapports précités contredisent les affirmations de la partie défenderesse selon lesquelles les soins seraient disponibles et accessibles. En effet, aucun élément dans l'acte attaqué ne permet de remettre en question la pertinence des informations produites.

Ainsi, ni l'acte attaqué, ni le rapport médical ne contiennent un mot sur ces rapports, la partie défenderesse n'y a manifestement pas confronté ses informations. Elle constate que les quelques informations contenues dans l'acte attaqué quant à l'existence d'assurances maladie ou mutuelle ne sont plus pertinentes dès lors qu'il s'agit d'assurance privée, de mutuelle de cadres,

Dès lors, elle estime que les affirmations du médecin de la partie défenderesse quant aux possibilités de soins et l'accès aux médicaments apparaissent bien théoriques au regard des informations disponibles quant à l'état de l'appareil de santé en République démocratique du Congo et notamment contenues dans le rapport MSF de novembre 2005 ainsi que dans un rapport réalisé en juin 2009 dans le cadre du Projet CRI (Country of return Information) financé par l'Union européenne.

Par ailleurs, elle souligne qu'un rapport de l'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés du 14 décembre 2010 fait également état d'une toute autre réalité que celle relayée par la partie défenderesse. Ainsi, il est d'abord rappelé que la République démocratique du Congo est classée parmi les pays les plus pauvres du monde, avec des services sociaux et des infrastructures sociales délabrés. Il y est fait mention selon un rapport de l'OIM, de l'impossibilité de prise en charge ou de soutien psycho-social à la population. « *Le rapport précise encore qu'étant donné la quasi inexistence des services de l'Etat, quasiment tous les services sociaux en RDC sont offerts par les ONG, les églises et leurs partenaires extérieurs, mais que ces organisations et institutions n'ont que des capacités limitées et que seule une infime proportion de la population réussit à bénéficier de leurs interventions* ».

De plus, le rapport de l'OSAR précise, quant à lui, qu'il n'existe aucun système d'assurance sociale prenant en charge les coûts, ce qui contredit les affirmations contenues dans la décision attaquée. Elle ajoute que :

« *Par ailleurs, compter sur la solidarité sociale n'est pas évident quand on sait que la population est extrêmement pauvre même lorsqu'elle dispose d'un travail* ».

Ce rapport évoque également un élément méconnu par la partie défenderesse, à savoir « *les risques spécifiques encourus par la requérante en tant que femme, ce qui accroît encore sa vulnérabilité ; ainsi, le rapport explique que « les femmes et les enfants constituent une catégorie particulièrement vulnérable en RDC. Etant donné la précarité de leur situation et l'absence de mécanismes de soutien de la part de l'Etat, les personnes appartenant à des groupes vulnérables sont souvent obligées de se tourner vers des stratégies de survie, en tombant dans la toxicomanie, l'alcoolisme, l'endettement, ou la prostitution de survie. Beaucoup de jeunes femmes et d'enfants sans ressources sont ainsi contraints, parfois même par leurs familles, de se tourner vers la prostitution, problème très répandu et croissant en RDC*

. Quant à la violence envers les femmes, le rapport précise encore que la ville de Kinshasa, où pourtant aucun conflit armé n'est relevé, constitue une région à risque et un lieu d'insécurité physique et sociale, particulièrement pour les femmes, les enfants et les personnes âgées ».

Dès lors, elle estime que, dans un tel contexte de pauvreté, de non-emploi, d'insécurité, la partie défenderesse ne peut se contenter de dire qu'elle a des membres de sa famille au Congo qui pourrait la prendre en charge ou qu'elle-même pourrait décrocher un emploi. A cet égard, elle cite un article de Caritas International intitulé « Qu'en est-il des soins de santé en RD Congo ? » ainsi que deux rapports de l'OSAR des 6 octobre 2011 et 22 décembre 2010.

Elle déclare que les patients et leurs familles doivent subvenir eux-mêmes au coût des médicaments, des traitements, de la nourriture,..., une hospitalisation n'entre pas en ligne de compte pour la grande majorité de la population. Elle fait également référence à un rapport de l'OSAR de mai 2013.

Dès lors, au vu des éléments soulignés par ces différents rapports, il lui semble difficile de prétendre qu'elle pourra bénéficier adéquatement des médicaments et soins dont elle a besoin dans son pays d'origine. En effet, elle relève que les médicaments et soins nécessaires n'apparaissent pas accessibles et disponibles concrètement, et ce au vu des problèmes d'approvisionnement, du manque de structures médicales, du coût des soins et du fait que ses traitements ne peuvent être interrompus au risque de mettre sa vie en danger.

Elle ajoute que la partie défenderesse estime qu'elle pourra s'appuyer sur sa famille restée au pays d'origine en se basant sur ses déclarations dans le cadre de la procédure de protection internationale. Or,

elle estime que cette façon de procéder est plus que douteuse dans la mesure où, lors de ces auditions, il est précisé au candidat réfugié que ses déclarations restent confidentielles et ne sortent pas du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides.

En outre, elle relève que la partie défenderesse ne tient nullement compte des sept années qui se sont écoulées depuis son départ du pays d'origine de sorte que le soutien dont elle pouvait bénéficier à l'époque ne peut plus être considéré comme étant toujours acquis. Il convient également d'ajouter que les membres de sa famille n'ont pas de revenus élevés et qu'elle-même n'est pas dans un état qui lui permet de travailler.

Enfin, elle constate que la manière dont l'avis médical est rédigé par le médecin conseil de la partie défenderesse viole le code de déontologie médicale, lequel lui est applicable et est contraignant. Dès lors, elle prétend que ce dernier ne peut pas rédiger un avis sans avoir égard à ce code, ce qui est le cas en l'espèce de sorte que l'acte attaqué ne peut pas se fonder sur l'avis du médecin conseil. Elle ajoute que l'article 9ter de la loi précitée, l'obligation de motivation adéquate ainsi que les articles 123 et 124 du code de déontologie sont méconnus. Elle souligne ne pas avoir été ni contactée, ni rencontrée par le médecin conseil.

3. Examen du moyen d'annulation.

3.1. S'agissant du moyen unique en ce qu'il met en cause l'accessibilité des soins au pays d'origine, l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980 stipule que « *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.* »

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

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 prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédent le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.

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 ».

Par ailleurs, l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la 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'intéressée.

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. En l'espèce, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 en date du 19 juillet 2010 en invoquant souffrir de fibromes utérins, d'arthrose cervicale et radiculagie gauche, de dépression, de gastropathie et de périarthrite scapulohumérale pour lesquelles un traitement à base de pantomed, de xanax, sipralexa, trazolan, d'antidouleurs et de kiné s'avère nécessaire.

En termes de requête, la requérante remet notamment en cause l'accessibilité des soins au vu des différents rapports qui ont été produits.

Le médecin conseil de la partie défenderesse a motivé la question de l'accessibilité des soins au pays d'origine en stipulant que « *Notons que le Congo (RÉP. DÉM.) 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, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (RÉP.DÉM.). Il existe également un système d'assurance privée en République Démocratique du Congo, tel que la SONAS qui dispose d'une assurance-maladie. Celle-ci garantit les consultations médicales, les frais pharmaceutiques, la chirurgie et les examens médicaux. Son prix est fixé en fonction des garanties et montants d'intervention proposés.*

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 non exhaustif: OMS et 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.

Madame M. N. L. nous informe, lors de l'introduction de sa demande d'asile, que sa famille se trouve au Congo (RÉP.DÉM.). Aucun élément ne nous permet dès lors de mettre en doute la présence de membres de la famille de l'intéressée au pays d'origine. Membres qui pourraient lui venir en aide pour financer ses soins de santé et/ou s'affilier à une des mutuelles de santé en cas de retour. Toujours dans sa demande d'asile, elle nous affirme également que son frère et un ami ont organisé et financé son séjour illégal en Belgique. Rien ne démontre qu'ils ne pourraient à nouveau l'aider à financer ses soins de santé.

Enfin, la requérante est en âge de travailler et ne démontre par une éventuelle incapacité de travailler par une attestation d'un médecin du travail. Dès lors, en absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. D'autant que, selon ses déclarations lors de l'étude de sa demande d'asile, la requérante a déclaré avoir travaillé comme commerçante au Congo (RÉP.DÉM.).

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013).

Les soins sont accessibles au Congo (RÉP.DÉM.).».

Or, contrairement aux propos du médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis du 11 mars 2016, il existe de sérieux doutes quant à une accessibilité réelle et effective des soins nécessaires à la requérante dans son pays d'origine. En effet, il apparaît, à la lecture des différentes sources citées par le médecin conseil, que l'accessibilité ne peut être garantie. Ainsi, s'agissant de l'existence de mutuelles de santé, ces dernières offrent des soins médicaux en contrepartie d'un droit d'adhésion et du paiement de cotisations. Or, à ce jour, la partie défenderesse n'est pas assurée que la requérante puisse payer les cotisations y afférentes au vu de son état de santé.

En ce que le médecin conseil relève également que si la requérante est dans l'impossibilité de payer les cotisations, cette dernière 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* », rien ne permet de s'assurer que la requérante aurait accès à cette organisation et qu'elle lui offrait les soins qui lui sont nécessaires. Il en est d'autant plus ainsi qu'il ressort de la source intitulée « *Museckin : premières données issues du nouveau système de suivi des prestations de soins* » provenant du Programme BIT/STEP que le montant élevés des cotisations constituent la barrière principale à l'adhésion à cette mutuelle, ce qui ne permet nullement d'assurer l'accessibilité des soins à la requérante.

Par ailleurs, le médecin conseil fait également état de l'existence de nombreuses organisations qui peuvent offrir des soins primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies. Toutefois, une fois encore, rien ne permet de garantir que les soins de santé primaires couvrent les soins qui sont nécessaires à la requérante. L'O.M.S. indique même dans son rapport intitulé « *Stratégies de coopération avec les pays 2009-2013* » que de grands défis sont encore à réaliser en matière de soins de santé.

D'autre part, le médecin conseil de la partie défenderesse fait également état de la possibilité pour la requérante de faire appel à sa famille, laquelle pourrait lui venir en aide financièrement pour ses soins de santé. Cependant, les propos du médecin conseil de la partie défenderesse constituent de pures hypothèses qui ne s'appuient pas sur des éléments concrets. En effet, la partie défenderesse ne peut se borner à faire des suppositions alors que l'état de santé de la requérante nécessite des soins continus et que l'absence de soins pourrait être dangereux pour sa santé.

Enfin, quant à la possibilité de travailler de la requérante, le médecin conseil formule des hypothèses mais sans s'assurer que cette possibilité offrirait à la requérante des revenus suffisants et garantirait l'accessibilité des soins dans son pays d'origine.

Par ailleurs, la requérante a cité différents documents afin de remettre en cause l'accessibilité des soins qui lui sont nécessaires. Or, il n'apparaît pas que le médecin conseil de la partie défenderesse en ait tenu compte dans la mesure où ce dernier les rejette simplement au vu de leur caractère général et du fait qu'ils ne visent pas personnellement la requérante. Toutefois, ces documents contiennent des informations importantes, à savoir notamment, en référence à un rapport de l'OSAR de 2013, le fait qu'en République démocratique du Congo, les malades psychiatriques sont souvent stigmatisés, que leur prise en charge n'est pas garantie, qu'il existe une forte pénurie de personnel qualifié et un manque d'institutions sanitaires spécialisées, une faible qualité et un accès restreint aux soins psychiatriques dans les provinces ainsi que les coûts élevés et l'absence d'assurance publique ce qui implique que la majorité de la population n'a pas accès aux soins. En outre, le rapport de l'OSAR du 14 décembre 2010 met également en avant le fait qu'il n'existe aucun système d'assurance sociale et que le fait que la requérante soit une femme implique qu'elle fait partie des personnes vulnérables. D'autres rapports contenus au dossier administratif confirme le manque d'accès aux soins de santé dès lors que les soins sont payants et très chers (Caritas international, « *Qu'en est-il des soins de santé en RD Congo ?* ») et que le pays est extrêmement pauvre.

Dès lors, c'est à juste titre que la requérante estime que la partie défenderesse se contente de faire état de considérations théoriques quant à l'accès aux soins de santé au Congo mais sans confronter les informations aux réalités sur le terrain telles que relevées par la requérante.

Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse fait grief à la requérante de faire état de rapports généraux « *sans préciser son propos au vu de sa situation particulière* », que « *la requérante ne peut reprocher à la partie adverse de ne pas avoir examiné l'accessibilité in concreto sur place des médicaments et traitements dont elle a besoin en faisant mention de l'état de l'appareil congolais dans son sens large* », que « *la requérante est en défaut de démontrer qu'elle ne pourrait travailler au pays d'origine, ni que les membres de sa famille ne pourraient l'aider et se contente de critiquer ces motifs sans aucunement étayer son propos* », allégations qui ne permettent nullement de remettre en cause les constats dressés supra.

Dès lors, au vu de ces éléments, la partie défenderesse ne pouvait motiver la décision attaquée en considérant que « *Les soins sont accessibles au Congo* » sans respecter l’obligation de motivation formelle.

3.3. Cet aspect du moyen unique est, dès lors, fondé à cet égard, et suffit à l'annulation de la décision querellée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen unique qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.4. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire, second acte attaqué, ainsi qu'il a été relevé *supra*, il y a des indications en l'espèce que l'éloignement de la requérante vers son pays d'origine pourrait donner lieu à une violation de l'article 3 de la CEDH dans la mesure où les soins n'y seraient pas accessibles. Or, l'article 7 de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne peut être appliqué que si des dispositions plus favorables contenues dans un traité international n'y font pas obstacle. En l'espèce, il est établi que les problèmes médicaux invoqués par la requérante à l'appui de sa demande introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'ont pas été correctement évalués en telle sorte qu'il convient d'annuler le second acte attaqué, lequel a été pris, sinon en exécution de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour prise le même jour, en tout cas dans un lien de dépendance étroit et ce indépendamment de la question de la légalité de ce dernier au moment où il a été pris.

4. 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. Les décisions attaquées étant annulées 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 1^{er}

La décision rejetant la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ainsi que l'ordre de quitter le territoire, pris le 14 mars 2016, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trois février deux mille vingt et un par :

M. P. HARMEL,
Mme A. KESTEMONT,
président f.f., juge au contentieux des étrangers,
greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT.

P. HARMEL.