

Arrêt

n° 253 232 du 21 avril 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître R.-M. SUKENNIK
Rue de Florence 13
1000 BRUXELLES

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 3 mai 2017, par X, qui déclare être de nationalité congolaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 27 février 2017.

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 22 décembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 25 janvier 2021.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. TOUNGOUZ NEVESSIGNSKY *loco* Me R.-M. SUKENNIK, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique en 2003.

1.2. Le 19 mai 2009, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : loi du 15 décembre 1980).

Le 23 octobre 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et un ordre de quitter le territoire est pris à l'encontre de la requérante. Ces décisions n'apparaissent pas avoir été entreprises de recours devant le Conseil de céans.

1.3. Le 13 août 2014, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 2 septembre 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire.

Le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 169 523 du 10 juin 2016, les décisions attaquées ayant été retirées par l'administration communale le 7 avril 2016.

1.4. Le 10 juin 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et un ordre de quitter le territoire est pris à l'encontre de la requérante.

Le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 177 035 du 27 octobre 2016, les décisions attaquées ayant été retirées par l'administration communale.

1.5. Le 17 octobre 2016, la partie défenderesse a alors déclaré cette demande non-fondée et un ordre de quitter le territoire est pris à l'encontre de la requérante.

Le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 183 463 du 7 mars 2017, les décisions attaquées ayant été retirées par l'administration communale le 23 décembre 2016.

1.6. Le 27 février 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée et un ordre de quitter le territoire est pris à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 4 avril 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclaration non-fondée la demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« 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 [M.P.] a introduit une demande sur base de l'article 9ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine.

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 ou de séjour a été saisi afin de remettre un avis à propos d'un retour possible en Rép. Pop. du Congo.

Dans son avis médical rendu le 23.02.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que d'après les informations médicales fournies, il n'apparaît pas que la maladie dont souffre l'intéressée entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ni 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.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en République Populaire du Congo

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif

Dès lors,

1) Le certificat médical et les pièces médicales fournis ne permettent 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 car les soins médicaux requis existent au pays d'origine

2) *Du point de vue médical, nous pouvons conclure que ces pathologies n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible dans son pays d'origine*

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.»

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le deuxième acte attaqué) :

« 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:

O *En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :
L'intéressée n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable. »*

2. Examen du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, 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 (ci-après : CEDH), des articles 11, 35 et 136 du code de déontologie médicale, de la contrariété et l'insuffisance des causes et des motifs, des principes généraux du droit et notamment du principe de bonne administration qui impose à l'autorité de statuer en tenant compte de l'ensemble des éléments du dossier, du principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, du principe de motivation matérielle, de l'obligation de motivation exacte, pertinente et adéquate, du principe de collaboration procédurale, du principe de légitime confiance ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. La partie requérante prend, entre autres, une deuxième branche, dans laquelle elle développe, notamment, une argumentation relative à l'accessibilité des soins que nécessite l'état de santé de la requérante et dans laquelle elle fait valoir que « partie défenderesse reprend elle-même une source provenant d'internet qui fait état de ce que « la dose journalière d'insuline a un coût de 18000 FCFA soit l'équivalent de 27.359 euros », qu' « un simple calcul permet de constater que pour sa seule dose d'insuline quotidienne, la partie requérante devrait débourser 810€ », que « le salaire moyen au Congo est de 213\$ », qu' « à côté de l'insuline, la partie requérante doit prendre 4 autres médicaments » et qu' « il faut encore compter les visites chez les médecins, généralistes et spécialistes ». Elle estime, dès lors, que « les traitements et suivis que l'état de santé de la requérante requiert sont donc hors de prix ». Relevant ensuite que « le médecin-Conseiller de [la partie défenderesse] reprend alors des articles provenant d'internet à propos d'une association « diabaction-congo » et à propos de la « Maison Bleue », la partie requérante soutient qu' « outre le fait qu'elle ne produit pas ses articles dans son dossier administratif et qu'elle indique en avoir consulté certains il y a plus de 4 ans (« consulté en date du [05].10.2012 ! »), la littérature qu'elle reprend à leur propos ne permet pas de contredire les informations quant à l'inaccessibilité des traitements et suivis au pays d'origine postulée par la partie requérante » et que « rien n'indique que les soins qui y sont dispensés ou les médicaments qui y seraient fournis seraient en nombre suffisants, et surtout seraient gratuits ou proposés à un prix accessible aux démunis ». Elle soutient alors que « rien dans la motivation de la décision de la partie [défenderesse] ne permet de contredire les constations faites par la partie requérante dans sa demande, pièces à l'appui, en particuliers à propos de ce type d'association » en s'appuyant sur la reproduction de l'article qu'elle avait fait valoir lors de sa demande d'autorisation de séjour et que, dès lors, « la partie défenderesse ne répond pas aux arguments de la partie requérante quant à la disponibilité et l'accessibilité des traitements et suivis dans le pays d'origine ».

Elle considère ensuite que « la partie défenderesse ne peut se contenter de déclarer que la partie requérante peut solliciter l'aide de son réseau social, quel[le] que soit la durée de sa vie au Congo, pour assurer des traitements médicaux quotidiens et un suivi médical lourd et onéreux » et qu' « elle ne peut pas non plus soutenir qu'il appartient à sa sœur, qui a très peu de moyens ici en Belgique déjà pour elle-même de prendre en charge plus de 1000€ par mois pour l'état de santé de sa sœur ». Elle conclut alors à la violation des obligations de motivation de la partie défenderesse et à la commission d'une erreur manifeste d'appréciation.

2.3. Dans une troisième branche, la partie requérante reproche au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir considéré que « [...] ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.12.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo-Brazzaville. 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 ses arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009) », alors que, dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4., « après avoir décrit la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé au Congo, catastrophique du reste, elle s'est attaché[e] à examiner la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé en fonction de la requérante , de ses pathologies, des traitements médicamenteux et suivis que son état requiert, de son âge, de sa situation sociale, professionnelle et familiale ». Elle explique que « c'est ainsi que la partie requérante a parlé en particulier dans sa demande des malades atteints du diabète en République du Congo, du coût de l'un de ses médicaments à savoir l'insuline, des associations qui agissent à propos du diabète, des mutuelles qui pourraient correspondre à la situation de [la requérante] » et que « par ailleurs une description de l'état des hôpitaux est utile étant donné que [la requérante] devrait s'y rendre ». Elle soutient donc que « le reproche formulé par la partie défenderesse dans le cadre de l'avis du médecin-conseiller est stéréotypé, infondé et malvenu » en s'appuyant sur l'arrêt Paposhvili de la Cour européenne des droits de l'Homme.

2.4. Sur les deuxième et troisième branches réunies du moyen unique, ainsi circonscrites, 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 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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants 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 prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant 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 1er, 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* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *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, les traitements existants 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.

Le Conseil rappelle également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où le requérant – qui a été assisté d'un conseil lors de l'introduction de sa demande – doit être tenu pour complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application, il

lui incombait de transmettre à l'appui de la demande tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs. 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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

2.5. En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est fondée sur le rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 23 février 2017, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'un « *diabète de type 2 compliqué de rétinopathie, cardiomyopathie ischémique versus hypertrophique et hypertensive, polyneuropathie* », pathologie pour laquelle le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de « *Novorapid* », « *Lantis* », « *Loortan* », « *Simvastatine* », « *D-cure* » et « *Glucophage* » et que la requérante aura besoin d'un « *autocontrôle du diabète par glucomètre et tigettes* ».

2.6. S'agissant de l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires à la requérante, l'avis du 23 février 2017 porte que « *Concernant l'accessibilité des soins de santé en République Populaire du Congo, le conseil de Madame [M.P.] affirme que les infrastructures locales congolaises sont dépassées ou en mauvais état et que les médecins ne sont pas suffisamment compétents. Selon lui, l'accès aux médicaments est extrêmement difficile car les coûts de traitements restent élevés tant dans le secteur public que privé. Cela limite l'accessibilité financière de la majorité de la population aux médicaments. Que sa cliente devait faire l'objet d'un suivi médical régulier. Que Madame [M.] n'a jamais travaillé au Congo-Brazzaville et qu'elle ne serait pas en mesure de travailler. Il ajoute qu'elle n'a plus aucune famille ou amies capable de la prendre en charge au pays d'origine et qu'au Congo-Brazzaville, il n'existe pas de sécurité sociale. Il ajoute qu'une mutuelle centrée sur les personnes du troisième âge vient d'être inaugurée à Brazzaville mais il faudra verser une cotisation pour être membre. Comme sa cliente n'aura aucun revenu sur place, donc elle ne pourra non plus s'affilier.*

A propos du diabète, et de l'accès à l'insuline, il apparaît que les malades déplorent que son prix soit élevé. Le conseil de l'intéressée invoque aussi le problème de la création de plusieurs centres visant à lutter contre le diabète, dont notamment la maison bleue du diabète, inaugurée en 2011 à Brazzaville. Selon lui, ces projets ne s'occupent que des actions de dépistages, et des formations. Pour étayer ses allégations, il fournit plusieurs références des sites internet.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo-Brazzaville. 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 ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Par ailleurs, notons qu'il existe au Congo Brazzaville trois types de structures opérationnelles qui constituent le système de dispensation de soins: les formations sanitaires ambulatoires, les formations sanitaires d'hospitalisation et les formations sanitaires spécialisées2. Ces structures appartiennent à la fois au secteur public et au privé. Les formations sanitaires ambulatoires représentent le premier maillon du système de santé. Elles comprennent : les centres et postes de santé, les cabinets médicaux et les cabinets de soins infirmiers. En 2005 on dénombrait 690 structures sanitaires publiques, 894 privées à but lucratif, 108 à but non lucratif et 20 paraétatiques. On y trouve également le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui prévoit de développer un réseau de 266 Centres de Santé Intégrés (CSI). Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent 5 hôpitaux généraux, (y compris le

Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville et l'Hôpital Central des Années) ; 16 hôpitaux de référence des CSS et 12 cliniques. Cependant, le PNDS prévoit de développer 41 Circonscriptions Socio Sanitaires dotées chacune d'un hôpital de base ou Hôpital de référence de la CSS à travers le territoire, dont les activités doivent être structurées autour de quatre services d'hospitalisation : chirurgie, maternité, pédiatrie et médecine.

Concernant le traitement pour le diabète, signalons que Diabaction-Congo3 est! une association congolaise qui œuvre dans la lutte contre le diabète. Elle a signé le partenariat avec l'association Coup de pouce humanitaire, une association française à but non lucratif, constituée de volontaires, qui travaillent dans les domaines de la santé, de l'éducation et du développement en général. Elle apporte également une dotation financière à chaque projet. Diabaction-Congo a bénéficié de l'aide de Coup de pouce humanitaire. Gauthier Ferran, qui a conduit la mission de cette association à Brazzaville, explique : « Nous sommes venus au Congo pour apporter notre contribution à l'extension du deuxième bâtiment de Diabaction-Congo. » L'association Coup de pouce humanitaire mène quelques actions en Afrique, plus précisément au Burkina-Faso, au Congo-Brazzaville, au Congo-Kinshasa, en Côte d'Ivoire, au Mali, au Togo, et à travers le monde.

La dose journalière d'insuline a un coût de 18000 FCFA soit l'équivalent de 27,359 euros,4 La "Maison Bleue" du diabète, sur laquelle 2 missions coup de pouce ont travaillé en 2011 pour notre partenaire Diabaction-Congo, a été inauguré le 29 octobre 2011. Le site La Maison bleue est le deuxième site de l'association pour une meilleure prise en charge des diabétiques, alors que le premier continuera à fonctionner par rapport aux consultations et à l'information. Il est construit pour donner espoir : la couleur bleue correspond à un ciel bleu azuréen sans nuages et qui symbolise la sérénité. Cette maison reçoit les femmes enceintes, les enfants ou, mieux encore, certains diabétiques qui ont des problèmes aux pieds afin d'éviter les amputations (Les Dépêches de Brazzaville), (inauguré le 29.10.2017).

Comme l'intéressée affirme qu'elle n'a plus de famille au Congo Brazzaville et que sa sœur belge qui la prend en charge en Belgique vit en Belgique, cette dernière est bien placée pour continuer à la supporter au pays d'origine. Et, vu la durée relativement longue du séjour de l'intéressée dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous osons croire qu'elle doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité.

Et 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).

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins de santé au pays d'origine. »

2.7.1. En l'espèce, le Conseil constate qu'aucune des considérations, rappelés *supra* sous le point 2.6., émises par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son rapport, ne rencontre spécifiquement les éléments relatifs à l'inaccessibilité financière des soins requis par l'état de santé de la requérante que celle-ci a fait valoir, dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3., pour contester que le suivi requis par son état de santé soit accessible au Congo-Brazzaville.

La partie défenderesse n'apporte pas plus de réponse à ces éléments dans la motivation de l'acte attaqué.

Il estime que les considérations susvisées émises par le médecin de la partie défenderesse dans son rapport, se limitent, en substance, à faire état d'informations générales relatives au système de dispensation de soins congolais et aux associations qui œuvrent dans la lutte contre le diabète, et ne peuvent suffire à établir l'accessibilité des soins et traitement nécessaires à la requérante, au regard des éléments qu'elle invoque, notamment, du prix élevé de l'insuline au Congo-Brazzaville et de sa situation financière en cas de retour dans son pays d'origine.

2.7.2. En particulier, l'avis médical, susmentionné, montre que le fonctionnaire médecin s'est fondé sur un rapport émanant de l'Observatoire de Ressources Humaines pour la Santé de l'Afrique, intitulé « Profil en ressources humaines pour la santé du Congo », datant de mars 2009. Toutefois, outre le fait que le fonctionnaire médecin effectue une lecture tronquée dudit rapport, semblant ainsi occulter les passages quant à l'obsolescence du système et à la pénurie de médicaments, le Conseil estime que, compte tenu du caractère général (et de l'ancienneté) de cette source, le fonctionnaire médecin n'a pas correctement instruit la demande quant à l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine. En effet, il se borne à des constats généraux, qui, par ailleurs relèvent plus de la disponibilité des soins

dans le pays d'origine que de l'accessibilité, sans les mettre en perspective avec la situation individuelle de la requérante et des informations produites à l'appui de la demande d'autorisation de séjour.

Quant aux informations relatives à l'association « Diabaction-Congo » œuvrant dans la lutte contre le diabète et à son site « Maison-bleue », force est, à nouveau, de constater qu'elles constituent des considérations générales. De telles informations, par ailleurs, ne rendent pas compte des éventuelles réalisations déjà accomplies par cette association, qui seraient de nature à établir que la requérante aurait, à son retour, un accès effectif aux suivis requis.

Le Conseil relève encore qu'à l'appui de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3., la partie requérante a notamment fait valoir que l'état de santé de la requérante nécessite un suivi médical régulier et un traitement médicamenteux et que le prix des médicaments au Congo-Brazzaville est élevé, le montant d'une dose quotidienne d'insuline s'élevant à 36 dollars. Elle a également expliqué qu'en cas de retour dans son pays d'origine, la requérante serait dépourvue de revenu pour assurer sa subsistance et, dès lors, l'achat des médicaments dont elle a besoin étant donné que la requérante est âgée de 65 ans, qu'elle n'est plus en mesure de travailler, et ce particulièrement en raison de son état de santé, qu'elle n'a jamais travaillé en République populaire du Congo. Dès lors, la partie requérante souligne qu'elle n'a pas cotisé et ne pourra bénéficier de la caisse de sécurité sociale. Elle ajoute qu'elle n'a plus aucune famille ou amis au Congo-Brazzaville capables de la prendre en charge. Elle a également produit un document relatif à l'association Diabaction-Congo et à l'institut Maison bleue, dont il ressort que les actions sont principalement préventives (dépistages et formations) et que les actions de traitement du diabète ne concernent que les personnes vulnérables, à savoir les enfants et les femmes enceintes -ce que n'est pas la requérante-. Elle a aussi produit un document relatif au lancement de la mutuelle du Centre médico-social centrée sur les personnes du troisième âge dont il ressort que, pour devenir membre, il faudra verser une cotisation, et en outre, que les prestations ne seront pas entièrement prises en charge, le système fonctionnant sur base de tarifs préférentiels.

Force est de constater que, dans son avis précité, le médecin conseil de la partie défenderesse n'apporte aucune réponse à tous ces éléments, tenant compte de la situation financière et personnelle de la requérante ainsi alléguée dans la demande visée au point 1.3. A cet égard, le Conseil ne peut également que souligner que l'affirmation dudit médecin, portant que « [...] la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo-Brazzaville. 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 ces arguments ne peuvent être retenus », outre qu'elle semble contradictoire dans sa formulation, ne peut être suivie, au vu des éléments invoqués par la requérante, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, lesquels singularisent à suffisance sa situation.

Enfin, le Conseil estime que les considérations portant, en substance, qu'en ce que la sœur de la requérante prend celle-ci en charge en Belgique, elle est, dès lors, « bien placée pour continuer à la supporter au pays d'origine » et que la requérante, au vu de la longueur de son séjour dans son pays d'origine, « doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité », ne sont étayées par aucun élément probant et apparaissent comme de simples supputations ou pétitions de principe, insuffisantes à renverser les constats qui précédent.

2.7.3. Au vu de tout ce qui précède, le Conseil estime que l'avis médical, et partant le premier acte fondé sur cet avis, ne sont pas suffisamment et adéquatement motivés, s'agissant de l'accessibilité des suivi et traitement nécessaires à la requérante, au regard de sa situation individuelle.

2.8. Dans la note d'observations, la partie défenderesse fait valoir qu'elle « prend tout d'abord note du postulat de départ erroné de la requérante qui insiste sur le fait qu'au vu du calcul fourni par la partie [requérante] « pour sa seule dose d'insuline, quotidienne, la partie requérante devrait débourser 810,- euros », alors que les informations obtenues dans l'avis du médecin conseil de la partie [défenderesse], établissent que la dose journalière d'insuline représente un équivalent de 27,359 euros ». Quant à ce, le Conseil estime qu'il ressort d'une lecture bienveillante de la requête que la partie requérante invoquait en réalité que la requérante devrait débourser 810 euros par mois pour ses doses quotidiennes d'insuline, une telle somme équivalant d'ailleurs au montant de la dose quotidienne d'insuline renseigné par la partie défenderesse, multiplié par trente.

Ensuite, le Conseil constate que les développements de la note d'observations selon lesquels « pour le surplus, la requérante se satisfait de généralités ou encore d'autres éléments d'anticipations qu'elle reste en défaut d'étayer, étant entendu qu'à suivre sa thèse, l'arrêt à intervenir reviendrait à dire pour

droit que le diabète de type 2 dont souffre la requérante, traitée par l'insuline, serait une maladie mortelle en République Populaire du Congo. Or, outre les critiques de la requérante quant à l'association Diabaction – Congo ou encore la Maison bleue du diabète, la requérante restant en défaut de remettre en cause les informations quant à l'existence au Congo Brazzaville de trois types de structures opérationnelles, qui constituent le système de dispensation de soins, ce que la requérante reste en défaut de démontrer » et que « la requérante ne semble pas prendre en considération le fait que s'il est exact que la partie [défenderesse] avait pu se référer aux informations quant à la situation médicale au Congo Brazzaville, il n'en demeure pas moins que dans chaque cas, la partie [défenderesse] avait appliqué ces informations au cas spécifique de la requérante, en ayant eu égard aux contingences de sa pathologie », ne sont pas de nature à renverser les constats qui précédent.

2.9. Il résulte de ce qui précède que le moyen est fondé en sa deuxième branche, dans les limites exposées ci-dessus, et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches du moyen, qui, à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

2.10. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante, constituant l'accessoire du premier acte attaqué, le Conseil constate que, dès lors que la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour du 27 février 2017 est annulée par le présent arrêt, de manière rétroactive, ladite demande doit être considérée comme étant pendante au jour où la partie défenderesse a adopté la seconde décision querellée.

A cet égard, il convient de rappeler que la partie défenderesse est tenue, par les obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent, lorsqu'elle prend une décision administrative individuelle, et ainsi, notamment, de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue (en ce sens, arrêt CE n° 196.577 du 01.10.2009). De surcroît, la partie défenderesse ne peut, lorsqu'elle prend un ordre de quitter le territoire, se contenter du seul constat du séjour irrégulier mais doit tenir compte d'autres facteurs, notamment l'état de santé de l'intéressé.

Le Conseil rappelle encore que le Conseil d'Etat a déjà jugé que « *dès lors que la partie adverse avait formé une demande d'autorisation de séjour, basée sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, il appartenait à la partie requérante [...] de statuer sur cette demande avant d'adopter un ordre de quitter le territoire. En effet, la partie requérante ne pouvait exclure a priori qu'elle ne ferait pas droit à la demande précitée. Or, si elle avait autorisé la partie adverse au séjour sur la base de l'article 9bis précité, cette dernière n'aurait pas séjourné de manière irrégulière de telle sorte que la partie requérante n'aurait pas été appelée à lui enjoindre de quitter le territoire en application des articles 52/3, § 1er, alinéa 1er, et 7, alinéa 1er, 1° à 12°, de la loi du 15 décembre 1980* » (C.E., arrêt n° 231.443 du 4 juin 2015).

Si on ne peut, certes, reprocher à la partie défenderesse d'avoir considéré qu'une issue négative avait été apportée à la demande d'autorisation de séjour médicale de la requérante, lors de la prise de la décision attaquée, le Conseil ne peut, pour sa part, ignorer l'annulation qu'il a lui-même prononcé dans cette affaire et les conséquences qui en découlent pour la présente cause.

Dès lors, dans un souci de sécurité juridique, l'ordre de quitter le territoire attaqué doit être annulé.

3. Débats succincts

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

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

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

Article 1.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 27 février 2017, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

N. CHAUDHRY