

Arrêt

**n° 257 453 du 29 juin 2021
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître T. SOETART
Avenue de Selliers de Moranville 84
1082 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 DE LA VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 21 avril 2017, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), 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 20 mars 2017.

Vu le titre I^{er} 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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 24 avril 2017 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu larrêt n° 251 830, rendu le 30 mars 2021.

Vu l'ordonnance du 14 mai 2021 convoquant les parties à l'audience du 3 juin 2021.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, Présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me M. MUGREFYA *locum tenens* Me T. SOETAERT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *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. Le 23 avril 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980), laquelle a été déclarée recevable, le 6 septembre 2013.

1.2. Le 21 avril 2014, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980

1.3. Le 18 février 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.1., non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante.

Le 10 mai 2016, le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a annulé ces décisions (arrêt n° 167 344).

1.4. Le 20 mars 2017, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré la demande, visée au point 1.1., non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 29 mars 2017, constituent les actes attaqués.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 [...], comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le Médecin de l'Office des Étranger» (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 la Rép. Dém. du Congo (RDC), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 18.03.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que rien ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Rép. Dém. du Congo.

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

Dès lors,

1) les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée présente une affection médicale dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son Intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine

2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie ainsi que le traitement médicamenteux n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en RDC.

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 [à] l'article 3 CEDH.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressée ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération ».

1.5. Le 28 novembre 2018, la requérante a été autorisée au séjour temporaire pour une durée d'un an, sur la base des articles 9bis et 13 de la loi du 15 décembre 1980.

2. Questions préalables.

2.1.1. Dans le cadre d'une procédure précédente, comparaissant à une audience du 18 mars 2021, la partie requérante a déposé des documents, relatifs à ses échanges avec l'administration communale compétente, en ce qui concerne l'autorisation de séjour, visée au point 1.5., et dont elle n'a pas été informée. Elle a déclaré, dès lors, maintenir un intérêt au recours. Interrogée sur l'objet du recours, en ce qu'il vise un ordre de quitter le territoire, elle l'a estimé toujours existant, puisqu'aucun titre de séjour n'avait été délivré à la requérante.

La partie défenderesse s'est référée à la jurisprudence du Conseil, en ce qui concerne l'intérêt au recours, à l'égard du premier acte attaqué, et a estimé que le recours est devenu sans objet, en ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire.

2.1.2. Dans l'arrêt n° 251 830, rendu le 30 mars 2021, qui a clôturé cette procédure, le Conseil a estimé qu'« Au vu de ce qui précède, étant donné que l'autorisation de séjour, octroyée, n'a pas été prolongée, le Conseil estime que la partie requérante démontre un intérêt suffisant au recours, en ce qui concerne le premier acte attaqué. Il convient, dès lors, de rouvrir les débats. [...] Quant à l'ordre de quitter le territoire, également attaqué, le Conseil observe qu'il a été implicitement mais certainement retiré du fait de l'octroi d'une autorisation de séjour à la partie requérante. L'existence d'un tel ordre est en effet incompatible avec la décision d'autorisation de séjour, prise, ultérieurement, par la partie défenderesse ».

2.2. Interrogées, à l'égard de ce dernier constat, lors de l'audience du 3 juin 2021, la partie requérante ne formule aucune observation, et la partie défenderesse estime que le recours est devenu sans objet, en ce qu'il vise l'ordre de quitter le territoire, attaqué.

2.3. Le constat susmentionné est dès lors confirmé. Le présent recours est donc sans objet, et est irrecevable, en ce qu'il vise l'ordre de quitter le territoire, attaqué.

Seuls seront dès lors examinés les griefs relatifs à la décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, qui sera désignée comme étant l'acte attaqué.

3. Exposé du moyen d'annulation, relatif à l'acte attaqué.

La partie requérante prend, à l'encontre de la décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, attaquée, un moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 « et suivants » de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, et « du principe de bonne administration et autres moyens développés en terme[s] de requête ».

Elle fait valoir que « La requérante connaît une insuffisance rénale terminale. *L'insuffisance rénale est dite terminale lorsque la perte de la fonction rénale est telle que la vie de la personne est en danger à court terme. Elle doit alors être traitée à vie, soit par dialyse, soit par la greffe d'un rein.* Comme cela l'a été attesté on parle bien de risque vital en cas d'arrêt de la dialyse (décès à court terme 3 à 10 jours), sauf si la requérante pouvait subir une greffe. Il semble effectivement que des centres de dialyse aient été "ouverts" à Kinshasa. Il ne ressort pas de l'analyse adverse qu'il ait été pris en compte : - le coût de cette dialyse - les modalités pratiques d'accès à ces établissements (paiement

préalable notamment) au regard du nombre de dialyse que celle-ci se doit de suivre 3 fois/semaine ». Elle ajoute qu'« Il existe aussi un sérieux problème quant au principe pourtant opposable au médecin-conseil adverse quant au principe de la continuité des soins » et renvoie à des références en note de bas de page, à savoir un extrait d'un rapport du comité consultatif de bioéthique de Belgique concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux, et un extrait d'un texte normatif dont la référence n'est pas renseignée. La partie requérante soutient en outre que « Contrairement à ce qu'affirme la décision, le conseil a pu déposer un rapport du centre de référence qui confirme l'impossibilité, in specie, de traitements (cf attestation du 21 avril 2015 du service de dialyse et de réanimation de Ngaliema) Pour le surplus, il y a bien une analyse purement théorique de l'accessibilité des soins la situation médicale en RDC, qui n'est pas relevante. Elle se base, en effet, sur des éléments qui n'ont pas été vérifiés et d'ordre général. La clause d'exclusion de responsabilité le démontre. Comme on le sait, la motivation se doit également d'être adéquate et proportionnelle Ce qui n'est manifestement pas le cas d'espèce. En effet, il ressort notamment de l'attestation du néphrologue qu'une solution pouvait effectivement être retenue par une greffe, mais la situation administrative de la requérante ne le permet pas... Cette greffe est pourtant indispensable au regard de son état de santé et elle n'est pas envisageable dans le pays d'origine, ce qui est confirmé par le mutisme du médecin conseil. On se doit aussi de constater qu'il [y] a une atteinte manifeste au principe de proportionnalité et/ou au principe de précaution : indispensable en la matière. Un des médecins spécialisés avait déjà concl[u] dans le cadre de la précédente procédure en ces termes : Une expulsion dans son pays d'origine, en l'absence de prise en charge adéquate comp01tant [sic] l'hémodialyse chronique à vie, entraînerait son décès dans les jours qui suivent. En cas d'expulsion, le fonctionnaire public qui aura pris cette décision devra avoir la certitude que [la requérante] aura accès à ce traitement jusqu'à la fin de sa vie. Au vu du développement actuel de l'hémodialyse au Congo, ceci me paraît très improbable ».

4. Discussion.

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

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 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 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* ».

Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Enfin, l'obligation de motivation formelle 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'expliquer 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. 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 n'a pas tenu pour établi 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).

4.2.1. En l'espèce, dans la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.1., la requérante s'est limitée à faire état des pathologies dont elle souffre, à savoir une insuffisance rénale sévère, une hépatite C et un goitre, et indiqué, sans que cela soit étayé que « Les soins nécessaires ne sont pas accessibles dans le pays d'origine, et ce, pour diverses raisons ».

Elle a en outre produit une attestation établie par un interniste/néphrologue du service de dialyse et réanimation du « Ngaliema Medical Center » de Kinshasa, le 21 avril 2015, mentionnant ce qui suit : « Notre avis est que la patiente susmentionnée doit bénéficier d'une prise en charge intégrale de toutes ses pathologies dans un pays mieux équipé que la RDC. En effet, nonobstant le fait que la pratique de l'hémodialyse est effective dans la ville de Kinshasa qui dispose de 3 centres d'hémodialyse opérationnels, nous ne pouvons garantir une prise en charge adéquate de l'infection par le virus de l'hépatite C : l'examen de la charge virale, le génotypage du virus de l'hépatite C de même que le traitement de l'hépatite C ne sont pas encore disponibles à Kinshasa. Par ailleurs certaines complications graves de la fistule artério-veineuse telles que la sténose et les thromboses ne sont pas traitées localement. La possibilité des cours séjours à Kinshasa, notamment lors des vacances, reste toutefois envisageable comme le font du reste beaucoup de patients congolais suivis en hémodialyse chronique en Europe ».

Ensuite, la requérante a produit un certificat médical type produit, établi par un néphrologue, le 23 septembre 2016, lequel, bien que très peu lisible, indique que la requérante souffre d'une « insuffisance rénale terminale », traitée par hémodialyse trois fois par semaine, que l'arrêt de ce traitement entraînerait son « Décès à court terme (3 à 10 jours) ». Ce certificat précise ce qui suit s'agissant du pronostic et de l'évolution de cette pathologie : « Pas d'amélioration spontanée de la fonction rénale. Nécessité d'un traitement [illisible] à vie (hémodialyse ou transplantation rénale) ». Enfin, dans un rapport médical également daté du 23 septembre 2016, le même néphrologue a fait notamment état de ce qui suit : « [La requérante], âgée de 57 ans est en hémodialyse chronique depuis 2 ans et 4 mois pour une insuffisance terminale secondaire à une néphropathie glomérulaire non biopsiée (hépatite C et cryoglobulinémie).

- La qualité de l'hémodialyse (3 x 4 heures par semaine) est optimale [...]. Prise de poids inter-dialytique non excessive (moyenne 2 kg) et tolérance à l'ultrafiltration bonne.
 - [...]
 - Le poids sec est de 72 kg, soit 2 kg depuis 12 mois. Les paramètres nutritionnels sont bons.
 - Le contrôle tensionnel est optimal sans médicatio[n] [...]. Absence de cardiopathie ischémique, valvulaire ou congestive.
 - Bilan phosphocalcique : le produit phosphocalcique est bien contrôlé sous régime et chélateur calciques seuls. Présence d'une hyperparathyroïdie acceptable pour le degré d'insuffisance rénale et sous Calcitriol. Absence de carence en vitamine D
 - Immunité acquise contre le virus de l'Hépatite B.
 - [La requérante] n'est actuellement pas inscrite en liste d'attente pour une transplantation rénale. Il n'y a pas de contre-indications médicales. Une transplantation rénale pourrait être envisagée une fois la situation régularisée.
 - Compliance au traitement optimal.
- Autres problèmes médicaux :
- profil lipidique normal sans statines.
 - go[ir]te multinodulaire. Euthyroïdie sous strumazol. Contrôles échographie et scintigraphie recommandés annuellement. Ponction nodule si modification status.
 - bilan sénologique rassurant.
 - hépatite C chronique : absence de cirrhose démontrée. Absence de perturbations biologiques hépatiques depuis 2 ans. Négativation spontanée de la cryoglobulémie. [...] ».

4.2.2. L'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 16 mars 2017 et joint à cette décision. Cet avis fait notamment état de ce qui suit :

« Pathologies actives actuelles

Insuffisance rénale chronique traitée par hémodialyse.

Hépatite C ne nécessitant aucun traitement spécifique actuellement (cf. attestation du 23.09.16).

Goître multinodulaire euthyroïdien sous Strumazol.

Notion ancienne de discrets signes de radiculopathie L5 droite chronique : cette affection ne constitue pas un risque pour la vie et/ou l'intégrité physique.

Traitements actifs actuels

Befact, Betaserc, Oméprazol, Strumazol, 1 Alpha-Léo, Asaflo, Phoslo.

Hémodialyse 3 x/semaine.

Capacité de voyager

Aucune contre-indication actuelle, aiguë ou stricte n'a été formulée, tant vis-à-vis des déplacements que des voyages, pour autant que la patiente puisse bénéficier de son traitement médical.

Il est à noter que la patiente avait effectué un long séjour au Congo en 2014, alors qu'elle se trouvait déjà en insuffisance rénale chronique, dont la mise au point et le traitement avaient été postposés.

Par ailleurs, selon le document émis par un médecin du pays d'origine (cf. supra), « la possibilité des courts séjours à Kinshasa, notamment lors des vacances reste toutefois envisageable comme le font du reste beaucoup de patients congolais suivis en hémodialyse chronique en Europe » (sic).

Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

L'hémodialyse est disponible en Rép. dém. du Congo.

Il en est de même pour le traitement médicamenteux de la patiente, à savoir : Enalapril® (enalapril), Asaflo® (acide acétylsalicylique). Omeprazol® (omeprazole), Phoslo® (acétate de Calcium), Vitamine D, Strumazol® (thiamazol) et Alpha léo® (alfacalcidol).

Un suivi spécialisé en médecine interne et tout particulièrement en néphrologie, endocrinologie et gastroentérologie est également disponible.

Ces informations émanent de la banque de données MedCOI.

Requête MedCOI du 14.11.13 portant le numéro de référence unique BMA-5123

Requête MedCOI du 25.01.13 portant le numéro de référence unique BMA-4585

Requête MedCOI du 23.01.14 portant le numéro de référence unique BMA-5219

Requête MedCOI du 18.09.15 portant le numéro de référence unique BMA-7261

Requête MedCOI du 19.01.17 portant le numéro de référence unique BMA-8936

Requête MedCOI du 19.01.17 portant le numéro de référence unique BMA-9099

[...]

Ainsi que des sources suivantes :

<http://ngaliemacenter.org/index.php/centre-moderne-de-dialyse>

<http://epu-renal.com/id1.html>

<http://epu-renal.com/>

<http://padiyathmedicitykinshasa.com>

http://padiyathmedicitykinshasa.com/nephrology_kidney_disorders.php

Les soins et le traitement sont donc disponibles au Congo (Rép. dém)

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

Concernant l'accessibilité des soins en RDC, le conseil de l'intéressée affirme que les soins nécessaires ne sont pas accessibles dans le pays d'origine ; et que le traitement destiné à sa cliente nécessite un suivi biologique régulier, lequel n'existe pas en RDC.

A titre informatif, rappelons tout de même que l'article 9ter prévoit que « l'étranger transmet avec la demande tous 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 appartient donc à la requérante de fournir les documents (ou à tout le moins les pages nécessaires) avec sa requête pour que l'administration de l'Office des Etrangers soit dans la capacité de les consulter à tout moment du traitement de la demande (pour lequel aucun délai n'est prévu dans la loi) étant donné que rien ne garantit la fiabilité des liens internet (Site internet qui n'existe plus, qui change de nom, document retiré ou lien modifié...). Cependant, la requérante ne fournit aucun rapport. Or « il incombe au demandeur d'étayer son argumentation » (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Par ailleurs, notons que la RDC développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale^[renvoi à une référence en note de bas de page]. Existe aussi le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011 -2015) qui constitue le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Le PNDS et la SRSS sont les déclencheurs pour le Gouvernement du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres^[renvoi à une référence en note de bas de page]. On y trouve également une Stratégie Nationale de Protection Sociale des Groupes Vulnérables (SNPS-GV). L'objectif global de cette stratégie consiste à garantir les droits fondamentaux et l'accès des personnes et groupes vulnérables aux services sociaux de base de qualité. Depuis le lancement par le ministère de la Santé, en septembre 2012, du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé, beaucoup d'organisations mutualistes : SOLIDARCO (solidarité Belgique-Congo), MNK (mutualité neutre de Kinshasa), etc. ont vu le jour en RDC. De plus en plus de Congolais adhèrent à ces structures pour faire face aux coûts de soins de santé. Dans chaque mutuelle, les membres qui paient leur cotisation (2.5 à 4 5 dollars/mois) se présentent, en cas de maladie, dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires, les soins de petite et moyenne chirurgie, et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée. Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centres de santé sont gérés par le Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM), une structure de l'église catholique, et ont signé des conventions avec trois mutuelles de la ville. Chaque mois, le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles plus ou moins 50.000 dollars pour environ 20.000 bénéficiaires, dont le nombre va croissant. Le ministre de la Santé publique, Félix Kabange, se réjouit de ces nombreuses adhésions aux mutuelles. Pour lui, le programme quinquennal du gouvernement «Révolution de la modernité» (2011-2016) vise l'accès de tous aux soins de santé de qualité et à moindre coût^[renvoi à une référence en note de bas de page].

Notons également que l'intéressée est arrivée dans le Royaume le 24.01.2013, munie d'un passeport revêtu d'un visa de type C de 12 jours délivré par l'ambassade d'Italie à Kinshasa. Dans le cadre de sa demande. [La requérante] a fourni des documents qui prouvent qu'elle dispose de moyens de subsistance suffisants, aussi bien pour la durée de son séjour que pour son retour, ainsi que des preuves d'une assurance-voyage couvrant les éventuels frais de rapatriement pour raisons médicales, soins médicaux urgents et/ou soins hospitaliers ; cette assurance doit être valable sur l'ensemble du territoire des Etats Schengen et doit couvrir toute la durée du séjour ou du passage ; la couverture minimale s'élève à 30.000C et des preuves de transport (billet aller-retour) doivent être produites.

Tous ces éléments démontrent que l'intéressée disposait de moyens financiers en suffisance et rien ne démontre qu'elle en serait démunie lors de son retour au pays d'origine.

De plus, la requérante a vécu une grande partie de sa vie dans son pays d'origine. Aucun élément ne nous permet dès lors de mettre en doute la présence au pays d'origine de membre de la famille, amis(es) ou entourage social qui pourraient lui venir en aide en cas de nécessité.

Enfin, toujours 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 ».

Ledit avis énonce en outre les conclusions suivantes : « La requérante est âgée de 57 ans et originaire de Rép. dém du Congo.

Elle présente une insuffisance rénale terminale en hémodialyse et traitement médicamenteux.

Une hépatite C ne requérant pas de traitement actuellement a été signalée.

Rappelons ici qu'il n'incombe pas au médecin de l'Office des Etrangers, dans l'exercice de sa mission, de supposer la possibilité de l'aggravation ultérieure d'une pathologie et en ce, la probabilité de survenue d'hypothétiques complications, mais de statuer, sur base des documents médicaux qui lui ont été transmis, si ces pathologies peuvent actuellement être considérées comme des maladies visées au § 1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article.

Il n'y a pas de handicap justifiant la présence de la famille ou d'un tiers auprès de la requérante ni de contre-indication vis-à-vis des déplacements et/ou des voyages.

Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée présente une affection médicale dans un état tel qu'elle entraînerait un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical nous pouvons conclure qu'une insuffisance rénale terminale en hémodialyse et traitement médicamenteux n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Rép. dém. du Congo.

D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

4.2.3. En effet, l'examen du dossier administratif montre que le fonctionnaire médecin a établi, à suffisance, la disponibilité des traitements et suivis requis. Or, il ne ressort ni de la demande d'autorisation de séjour (visée au point 1.1.), ni des compléments à cette demande, que la requérante a démontré l'indisponibilité desdits traitements et suivis.

Ainsi, contrairement à ce que tente de faire accroire la partie requérante, une simple lecture de l'attestation émanant du « Ngaliema Medical Center » montre que le traitement par hémodialyse est disponible au pays d'origine de la requérante. La circonstance que le rédacteur de cette attestation est d'avis, en substance, que la qualité des soins serait meilleure en Belgique qu'en République démocratique du Congo n'est pas de nature à renverser ce constat. En effet, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement la nécessité qu'un traitement soit de niveau équivalent au pays d'origine et en Belgique, et il suffit qu'un traitement approprié soit possible au pays d'origine. L'absence de garantie quant à la disponibilité d'« une prise en charge adéquate de l'infection par le virus de l'hépatite C », n'est pas de nature à renverser le constat de la disponibilité des traitements et suivis requis, puisque la partie requérante ne conteste pas que cette pathologie ne nécessite aucun traitement actuellement.

Par ailleurs, l'examen des éléments médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour (visée au point 1.1.) ne démontre pas, contrairement à ce que prétend la partie requérante, que l'état de santé de la requérante nécessiterait une transplantation rénale. En effet, cette éventualité est uniquement envisagée comme une alternative au traitement par hémodialyse, dont la disponibilité a été démontrée. Il ne peut donc pas être reproché au fonctionnaire de ne pas y avoir eu égard.

4.2.4. S'agissant de la critique de l'accessibilité du traitement par hémodialyse, la requérante s'était limitée à alléguer que « Les soins nécessaires ne sont pas accessibles dans le pays d'origine, et ce, pour diverses raisons », dans la demande d'autorisation de séjour (visée au point 1.1.), sans autrement étayer cette affirmation. Par ailleurs, l'examen du dossier administratif montre que le fonctionnaire médecin a établi, à suffisance, l'accessibilité des traitements et suivis requis. Partant, la requérante étant restée en défaut de démontrer que le traitement par hémodialyse lui serait inaccessible, eu égard à sa situation individuelle, il ne peut raisonnablement être reproché au fonctionnaire médecin d'avoir, au vu des éléments à sa disposition, motivé son avis comme en l'espèce.

Il résulte de ce qui précède que la contestation formulée dans le moyen, à cet égard, selon laquelle « Pour le surplus, il y a bien une analyse purement théorique de l'accessibilité des soins la situation médicale en RDC, qui n'est pas relevante. Elle se base, en effet, sur des éléments qui n'ont pas été vérifiés et d'ordre général », n'est pas pertinente.

4.2.5. Enfin, en ce que la partie requérante fait, en substance, grief au fonctionnaire médecin de ne pas se conformer aux obligations qui découlent du Code de déontologie médicale, le Conseil observe que tant cette argumentation, que les éléments sur lesquels se fonde la partie requérante sont invoqués pour la première fois en termes de requête. Or, selon une jurisprudence administrative constante, les éléments qui n'avaient pas été portés à la connaissance de l'autorité en temps utile, c'est à dire avant que celle-ci ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548, prononcé le 23 septembre 2002). En tout état de cause, dans une espèce où un rapport du comité consultatif de bioéthique de Belgique concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux avait également été invoqué, le Conseil d'Etat a jugé que « le Code de déontologie médicale n'a pas été rendu obligatoire par un arrêté royal, conformément à l'article 15 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins. Ce Code ne revêt donc pas de portée réglementaire » (C.E., arrêt n° 244.988, prononcé le 27 juin 2019).

4.3. Il résulte de ce qui précède que l'unique moyen, pris à l'égard de l'acte attaqué, n'est pas fondé.

5. Débats succincts.

5.1. 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.

5.2. 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.

6. Dépens.

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

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

Article unique.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Article 2.

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

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

Mme N. RENIERS,

Présidente de chambre,

Mme N. SENGEGERA,

Greffière assumée.

La Greffière,

La Présidente,

N. SENGEGERA

N. RENIERS