



Arrêt

**n° 178 876 du 1^{er} décembre 2016
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

Ayant élu domicile : au X

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté, et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative

LE PRÉSIDENT DE LA VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 juin 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour recevable mais non fondée, prise le 14 mai 2014.

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 la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'arrêt n° 167 165, prononcé le 3 mai 2016.

Vu l'ordonnance du 14 juin 2016 convoquant les parties à l'audience du 7 juillet 2016.

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

Entendu, en leurs observations, Me L. de FURSTENBERG, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS loco Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 22 octobre 2010, le requérant a sollicité une autorisation de séjourner plus de trois mois sur le territoire du Royaume, 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 10 décembre 2010.

1.2. Le 26 octobre 2011, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée, décision qui a été notifiée au requérant, le 7 décembre 2011. Le 29 mars 2012, aux termes d'un arrêt n° 78 265, le Conseil de céans a annulé cette décision.

1.3. A quatre reprises, soit les 4 juillet et 25 septembre 2012 et les 2 février et 10 avril 2013, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré la demande visée au point 1.1., non fondée. Ces décisions ont toutefois toutes été retirées, successivement, les 24 août et 19 novembre 2012 et les 2 avril et 5 juillet 2013.

1.4. Le 14 août 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande visée au point 1.1., non fondée, et un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant.

Cet ordre de quitter le territoire a été retiré, à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

Aux termes d'un arrêt n° 115 397, prononcé le 10 décembre 2013, le Conseil de céans a annulé la décision déclarant la demande, visée au point 1.1., non fondée.

1.5. Le 24 mars 2014, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande visée au point 1.1., recevable mais non fondée. Cette décision, qui constitue l'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 requérant], de nationalité Congo (Rép. dém.), a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter invoquant un problème de santé qui, selon lui, 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 ou dans le pays de séjour.

Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé 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 du requérant.

Dans son avis médical remis le 04.03.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine du requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager.

Par ailleurs, l'intéressé fournit deux attestations établies en République Démocratique du Congo. La première établie par le ministre provincial de la santé de la ville de Kinshasa qui signale l'absence des hôpitaux qualifiés pour la prise en charge des pathologies du requérant, et l'absence des médicaments liés à ces pathologies. La deuxième attestation établie par l'Association des drépanocytaires (« Bana ya Membre » ADBM) signale que la pathologie dont souffre le requérant ne peut être prise en charge dans aucun de Centres Hospitaliers de Kinshasa. Or, selon les investigations du médecin de l'OE résumées dans son avis du 30.07.2013, il apparaît clairement qu'il existe à Kinshasa des Centres Hospitaliers

capables de prendre en charge la pathologie dont souffre le requérant et que cette prise en charge est accessible à l'intéressé.

Quant aux autres documents invoqués par l'intéressé dans un complément envoyé en date du 04.09.2012, notons que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitement en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir : CEDH affaire *Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni*, 30 octobre 1991, § 111) et que lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (Cfr. CEDH 4 décembre 2008, *Y./Russie*, § 9; CEDH 28 février 2008, *Saadi/Italie*, § 131; CEDH 4 février 2005, *Mamatkulov en Askarov/Turquie*, § 73; CEDH 26 avril 2005, *Muslim/Turquie*, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.).

Notons, enfin que l'intéressé est en âge de travailler et qu'il ne démontre qu'il ne pourrait pas avoir accès au marché du travail adapté à sa situation au pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. En plus, étant donné que l'intéressé a passé plus de temps dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous restons persuadés qu'il a tissé des relations sociales capables de lui venir en aide en cas de nécessité. Dès lors nous pouvons conclure que les soins sont disponibles et accessibles en République Démocratique du Congo.

Dès lors, il n'y a pas de contre-indication du point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Les informations du pays d'origine se trouvent dans le dossier du requérant auprès de notre administration.

Dès lors,

- 1) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou
- 2) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

2. Examen du moyen d'annulation.

2.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9^{ter} 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 et des libertés fondamentales, « du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs », « du principe général de bonne administration, notamment du principe de préparation avec soin d'une décision administrative », « du principe du raisonnable » et « du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.1.2. Dans une deuxième branche, elle critique notamment les informations sur la base desquelles le fonctionnaire médecin a conclu à l'accessibilité des soins et traitements requis au pays d'origine du requérant. Ainsi, s'agissant du site Internet « <http://fsonasrdc.com/catalogue.html?p=24> », elle fait valoir que « la partie adverse renvoie à une source interne[t] non fiable. Enfin lorsqu'on clique sur l'onglet « assurances santé » c'est sur des sites belges d'assurance (en tout genre) que le requérant est redirigé et aucunement vers des mutuelles africaines. Partant, cette source doit être écartée ». Elle soutient, concernant le « Bureau diocésain des œuvres médicales », que « Lorsqu'on fait une recherche sur internet sur ce Bureau basé à Kinshasa notamment, on se rend compte qu'il semble ne traiter que les malades atteints du SIDA (pièce 7).

Partant, cette source doit être écartée ». Elle argue, concernant le système de mutuelles vanté par le fonctionnaire médecin, que « La partie adverse ne motive pas en quoi le requérant serait capable de s'affilier à de telles mutuelles. Quand on sait que le salaire moyen du secteur public est de 15 euros/mois (pièce 6). Notons à ce sujet qu'une consultation médicale d'un patient drépanocytaire coûte 20 dollars. Selon les informations du requérant, une plaquette d'Hydréa au Congo coûte 10 dollars ; avec une plaquette le patient tient 5 jours. Donc il doit pouvoir avoir 6 plaquettes par mois alors que le salaire moyen en RDC est entre 50 et 80 dollars par mois (pièce 6) ».

Elle fait également grief à la partie défenderesse de considérer que « les soins de santé seront disponibles et accessibles pour lui en RDC sur une seule supposition hypothétique que le requérant aurait des proches capables de lui payer ses soins ».

Elle critique en outre l'avis du fonctionnaire médecin en ce qu'il énonce que « rien de le dossier médical de l'intéressé n'indique qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine », et le motif de l'acte attaqué selon lequel « Notons, enfin que l'intéressé est en âge de travailler et qu'il ne démontre qu'il ne pourrait pas avoir accès au marché du travail adapté à sa situation au pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux », renvoyant à cet égard un arrêt du Conseil de ceans, aux termes duquel « la simple circonstance selon laquelle la partie requérante est « en âge de travailler », ne permet pas davantage de considérer sur le traitement nécessaire à sa pathologie lui sera effectivement accessible dans son pays d'origine, compte tenu de ce qui précède », et dont elle estime l'enseignement applicable en l'espèce. Elle ajoute que « le requérant produit une attestation datée du 06.05.2011, établie par la Direction général Personnes Handicapées du SPF Sécurité Sociale (organe de l'État Belge, tout comme la partie adverse), précisant que le requérant présente « une réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail » (pièce 15) ; Ce constat posé est valable à partir du 1er décembre 2010 et ce pour une « période indéterminée » ; Partant le constant stéréotype du médecin conseil n'est nullement étayé et s'apparente, pour reprendre les termes de l'arrêt de Votre Juridiction du 10.12.2013 (pièce 12) « à une simple pétition de principe » ».

2.2.1. Sur ces aspects du moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1, 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 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, 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.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Le Conseil souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer en présence d'un recours semblable à celui de l'espèce, s'il lui incombe de vérifier si l'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 (cfr. dans le même sens, RvSt., n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005), il n'est, en revanche, pas compétent pour substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente.

2.2.2. En l'occurrence, à la lecture des pièces versées au dossier administratif, le Conseil observe que, dans la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.1. du présent arrêt – laquelle a été actualisée à plusieurs reprises –, le requérant a fait valoir qu'il souffre, notamment d'une drépanocytose homozygote, dont la prise en charge médicale consiste en un traitement médicamenteux, ainsi qu'un suivi par un hématologue une fois tous les trois mois, traitement et suivi qui devront lui être prodigués à vie. Le Conseil

observe en outre qu'en vue d'établir l'inaccessibilité de la prise en charge médicale lui nécessaire, le requérant a notamment produit une attestation datée du 29 décembre 2011, émanant du Ministre provincial de la santé de la ville de Kinshasa, énonçant « L'absence dans notre pays [...] d'une assurance médicale ou d'une mutuelle de santé » couvrant le traitement requis, ainsi qu'une attestation datée du 10 août 2012, émanant d'une association congolaise, laquelle précise la pathologie dont souffre le requérant ne peut être prise en charge compte tenu de « l'inaccessibilité des médicaments essentiels comme l'Hydrea qui est importé de l'Europe et de l'Amérique et co[û]te extrêmement cher en R.D.Congo ».

Le Conseil observe ensuite que l'acte attaqué est fondé sur un avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, le 4 mars 2014, sur la base des éléments médicaux, produits par le requérant, lequel, après avoir constaté que ce dernier souffre, notamment, d'une « drépanocytose homozygote ou anémie SS ou anémie falciforme », pathologie nécessitant un traitement médicamenteux et un « Suivi hématologique et en médecine interne [...]. Transfusions éventuelles », a conclu que « D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Congo RDC ».

Le fonctionnaire médecin a énoncé les éléments suivants quant à l'accessibilité de cette prise en charge médicale au Congo (R.D.C.) :

« la République Démocratique du Congo développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale (Article 1er de l'Ordonnance n°07/018 du 16 mai 2007 fixant les attributions des ministères, <http://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/Ministeres/gouv/O.07.18.16.05.2007.htm>). Citons à titre d'exemple la « Museckin » (Mutuelle de Santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, République démocratique du Congo, [consulté le 07/04/2011], <http://museckin.org/index.html> et la « MUSU » (Fédération Nationale des Cadres, Une mutuelle de santé à Kinshasa, [consulté le 30 mars 2011], <http://www.africaefuture.org/fnc/html/326.html>). La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, petite et moyenne chirurgie, et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC. Il existe également un système d'assurance privée en RDC, tel que la SONAS qui dispose d'une assurance Maladie (Société Nationale d'assurance, catalogue de produits d'assurance, juillet 2008, p.4 <http://www.sonasrdc.com/catalogue.html?p=24>). Celle-ci garantit les consultations médicales, les frais pharmaceutiques, la chirurgie, les examens médicaux. Son prix est fixé en fonction des garanties et montants d'intervention proposés. Si, l'intéressé est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, il 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 (Programme BIT/STEP, Museckin : premières données issues du nouveau système de suivi des prestations de soins, avril 2007, p.3 <http://www.ilo.org/gimi/gess/ResShowRessource.do?ressourceId=4710>) .

Notons par ailleurs que rien dans le dossier médical de l'intéressé n'indique qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine. Notons toutefois que l'intéressé a eu un permis de travail en Belgique. Il peut donc rentrer au pays d'origine, trouver du travail et financer lui-même ses soins médicaux.

Enfin, vu que l'intéressé a vécu plus longtemps au pays d'origine avant de venir en Belgique, nous restons persuadés qu'il doit avoir tissé des relations sociales capables de lui venir en aide en cas de besoin ».

A cet égard, le Conseil observe que le document issu de la page Internet « <http://museckin.org/index.html> », indique les éléments suivants quant à la Mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa (Museckin) :

« Association sans but lucratif, la Museckin repose sur le principe de solidarité entre les adhérents (malades et bien portants, jeunes et vieux) et de prévoyance. Il s'agit de prévenir contre le risque

maladie qui le plus souvent survient à un moment où on ne l'attend pas et où on n'a pas les moyens financiers d'y faire face. Le Siège social de la Museckin est établi à Kinshasa [...] »

et quant aux conditions d'adhésion à cette mutuelle : « Payer un droit d'adhésion qui est de 5 \$ (uniquement payé par le membre adhérent), Remplir une fiche d'adhésion, Choisir le centre de santé à fréquenter, Fournir 2 photos passepor[t] pour soi même et 1 photo pour chacune des personnes à charge qui vont servir pour sa carte de membre et son carnet de ménage, document d'identification nécessaire à présenter aux centres de santé. Il faut noter qu'il y a aussi des maladies professionnelles d'origine accidentelle qui sont [texte illisible] ».

Toutefois, force est de constater que ce document qui se borne à présenter succinctement ladite mutuelle ainsi que les conditions d'adhésion, ne renseigne nullement quant à l'étendue de la couverture proposée, en telle sorte qu'il ne peut en être raisonnablement déduit que le suivi hématologique nécessaire au traitement de la pathologie du requérant serait pris en charge.

Le même constat s'impose s'agissant du document issu de la page Internet « <http://www.africaefuture.org/fnc/html/326.html> », lequel indique les éléments suivants quant à la Mutuelle de santé de l'union nationale des travailleurs du Congo (MUSU) :

« La mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité et la démocratie participative entre les adhérents. Sur base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène à leur faveur et à celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine du financement de l'accès aux soins de santé,

[...]

Comment adhérer à la MUSU ?

- Payer le droit d'adhésion de 1\$;
- Payer la cotisation mensuelle de 2,3\$ par personne et par mois ;
- Observer une période d'observation de 3 mois pendant lequel on n'accède pas encore au soin ;
- Et enfin fournir une photo passeport pour chaque personne déclarée à la MUSU.

Quels soins couverts par les cotisations payées à la MUSU ?

La MUSU assure les prestations suivantes ;

- Les soins de santé primaire ;
- Les hospitalisations ;
- Ophtalmologie (consultation et octroi de verre simple de lecture) ;
- La dentisterie (extraction dentaire et ponction abcès) ;
- Petite et moyenne chirurgie ;
- Et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS EN RDC.

[...] ».

En effet, s'il ressort de ce document que cette mutuelle couvre « les soins de santé primaire », cette seule indication, non autrement détaillée quant aux soins visés dans cette catégorie, ne peut suffire à considérer que le suivi hématologique nécessaire au traitement de la pathologie du requérant serait pris en charge, au titre des soins de santé primaire.

Force est en outre de constater, à la lecture du document du document extrait de la page « <http://www.sonasrdc.com/catalogue.html?p=24> », lequel indique notamment les éléments suivants quant à la Société d'assurance nationale (SONAS) : « Sauf stipulations conventionnelles, les cas ci-après sont exclus

Personne atteinte d'une maladie incurable à la souscription

Cécité

Interruption volontaire de grossesse

Maladie due à un accident », qu'il n'est pas établi que la couverture offerte par cet organisme s'étend à la prise en charge médicale des personnes atteintes de drépanocytose, dès lors que cette pathologie est incurable.

Par ailleurs, le Conseil observe que les informations tirées des pages Internet « <http://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/Ministeres/gouv/O.07.18.16.05.2007.htm> » et « <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceld=4710> », pourtant jugées pertinentes par le fonctionnaire médecin, n'ont pas été versées au dossier administratif, en sorte que le Conseil n'est pas en mesure de vérifier cette pertinence – contestée par la partie requérante – au regard de l'accessibilité des soins requis au Congo (R.D.C.).

Enfin, le Conseil observe qu'il ressort des certificats médicaux circonstanciés des 13 octobre 2010, 18 février 2011, 29 juin, 19 septembre et 14 novembre 2012, et du 4 février 2014, produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour du requérant, qu'à la question « Dans quelle mesure le patient peut-il mener une vie normale (en ce compris obtenir un revenu) », l'hématologue suivant ce dernier a indiqué que ce dernier ne pouvait effectuer que des efforts physiques limités. Il observe en outre que le requérant a produit une attestation datée du 6 mai 2011, établie par la Direction général Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale, précisant que celui-ci présente une « réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail », et que le constat ainsi posé est valable à partir du 1^{er} décembre 2010 « et ce pour une durée indéterminée ». Or, le Conseil estime qu'eu égard aux considérations émises ci-avant, d'une part, et dans la mesure où il ressort des certificats médicaux et de l'attestation, susvisés, que le requérant présente une incapacité réduite au travail et ne peut exercer un travail physique, d'autre part, que le fonctionnaire médecin ne pouvait valablement considérer que « *que rien dans le dossier médical de l'intéressé n'indique qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine. Notons toutefois que l'intéressé a eu un permis de travail en Belgique. Il peut donc rentrer au pays d'origine, trouver du travail et financer lui-même ses soins médicaux* », en telle sorte que le motif de l'acte attaqué selon lequel « *l'intéressé est en âge de travailler et qu'il ne démontre qu'il ne pourrait pas avoir accès au marché du travail adapté à sa situation au pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux* », ne peut être tenu pour adéquat.

Partant, force est de constater, au vu des observations qui précèdent, que contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif et tirées des pages Internet précitées, que la prise en charge médicale de la pathologie du requérant est suffisamment accessible dans son pays d'origine, de sorte que l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires au requérant, au regard de sa situation individuelle. Au surplus, le Conseil estime que la considération selon laquelle « *l'intéressé a vécu plus longtemps au pays d'origine avant de venir en Belgique, nous restons persuadés qu'il doit avoir tissé des relations sociales capables de lui venir en aide en cas de besoin* », laquelle n'est étayée par aucun élément probant versé au dossier administratif, apparaît comme une simple pétition de principe, insuffisante à renverser les constats qui précèdent.

2.2.3. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, selon laquelle, « Concernant l'accessibilité des soins médicaux, la partie adverse souligne qu'elle a produit une série d'informations démontrant l'accessibilité des soins médicaux nécessaires au requérant. En effet, la partie adverse a relevé dans la décision attaquée le fait qu'existe au Congo un système de mutuelles de santé sous la tutelle du Ministère du travail et de la prévoyance sociale, dont la « MUSECKHIN » et la « MUSU » qui, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, assurent la prise en charge de certains médicaments et prestations de santé. Elle précise qu'il existe

également un système d'assurance privée en RDC, tel que la « SONAS ». A ce propos, le requérant se contente d'opposer que « *la partie adverse ne motive pas en quoi le requérant serait capable de s'affilier à de telles mutuelles. Quand on sait que le salaire moyen du secteur public est de 15 euros/mois* » tout en restant en défaut d'expliquer clairement en quoi le fait que ces différentes mutuelles et assurances privées fixent des conditions à cette fin, impliquerait qu'il ne puisse personnellement bénéficier d'une couverture sociale adéquate. Or, il lui appartient de développer ses assertions et ainsi démontrer *in concreto* une impossibilité d'accéder aux soins requis par manque de couverture sociale », n'est pas de nature à renverser les considérations qui précèdent. En effet, dans la mesure où le requérant avait fait valoir « L'absence [...] d'une assurance médicale ou d'une mutuelle de santé » couvrant le traitement requis », le Conseil estime qu'un tel argument n'est pas de nature à renverser le constat selon lequel l'acte attaqué est inadéquatement motivé à cet égard.

Par ailleurs, le Conseil estime que l'argument selon lequel « Par ailleurs, en ce que le requérant prétend que la question de l'accessibilité traitée par la partie adverse repose sur la supposition hypothétique que le requérant aurait des proches capables de lui payer des soins, la partie adverse ne peut que constater que le requérant ne fournit aucune information tendant à démontrer le contraire. Or, c'est à lui d'établir les conditions du droit dont il revendique la reconnaissance », tend à exiger du requérant qu'il produise une preuve négative, ce qui excède les obligations mises à la charge du demandeur en vertu de l'article 9ter, § 1, alinéas 3 et suivants, de la loi du 15 décembre 1980.

S'agissant de l'argument selon lequel « En toute hypothèse, le médecin conseil de la partie adverse a précisé que « si l'intéressé est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, il peut s'adresser au Bureau Diocésain des OEuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix ». A cet égard, le requérant se contente d'affirmer[r] que « *lorsque l'on fait une recherche sur internet sur ce bureau basé à Kinshasa notamment, on se rend compte qu'il semble ne traiter que les malades atteints du SIDA* », sans cependant étayer plus avant de telles affirmations, voire établir que l'assistance fournie serait nécessairement insuffisante dans son cas », le Conseil rappelle que dès lors qu'il a été constaté que les informations tirées de la page Internet « <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=4710> », n'ont pas été versées au dossier administratif, il n'est pas en mesure de vérifier la pertinence de cet argument.

En ce qui est relevant que « Enfin, le requérant fait valoir que le constat stéréotypé du médecin conseil de la partie adverse selon lequel « rien dans le dossier médical n'indique qu'il serait exclu du marché de l'emploi une fois de retour dans son pays d'origine » procède d'une pétition de principe et ne tient, en toute hypothèse, pas compte de l'attestation du SPF Sécurité Sociale faisant état d'une réduction d'un tiers la capacité de gain du requérant », la partie défenderesse soutient que « S'il est vrai que Votre Conseil avait précédemment annulé la partie adverse sur ce point, par un arrêt n°115.397 du 10 décembre 2013, au motif notamment que « *la simple circonstance selon laquelle la partie requérante est en âge de travailler ne permet pas davantage de considérer que le traitement nécessaire à sa pathologie lui sera effectivement accessible dans son pays d'origine* », à défaut d'être autrement étayée, force est toutefois de constater qu'en l'espèce, la partie adverse ne s'est pas limitée à ce seul constat. En effet, le médecin fonctionnaire a noté dans son avis médical du 4 mars 2014 duquel découle la décision attaquée que « *l'intéressé a eu un permis de travail en Belgique* », ce que confirme l'un

des derniers certificats médicaux produits par le requérant, daté du 4 février 2014, duquel il ressort que le requérant « a consulté les urgences du CHHU Saint-Pierre et peut reprendre le travail le 18.02.2014 », en telle sorte que l'argumentaire du requérant développé à cet égard est inopérant. La partie adverse a pu raisonnablement en déduire que le requérant est en mesure de disposer de ressources personnelles », le Conseil estime qu'un tel argument n'est pas pertinent. En effet, au vu de la reconnaissance d'un handicap par les autorités belges avec une « réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail », la circonstance que le requérant a pu travailler en Belgique ne démontre pas que le travail qu'il pourrait exercer dans son pays d'origine, avec la même réduction de gain, lui permettrait de financer ses soins, élément que le fonctionnaire médecin est resté en défaut de prendre en considération dans son avis. En tout état de cause, force est de constater que la mention selon laquelle « le requérant a consulté les urgences du CHHU Saint-Pierre et peut reprendre le travail le 18.02.2014 », ne ressort ni du certificat médical circonstancié établi le 4 février 2014, ni du certificat médical type établi à la même date, ni des rapports d'hospitalisations des 22 octobre 2013 et 15 janvier 2014, joints audits certificats, ni d'aucune autre pièce médicale figurant au dossier administratif.

2.3. Il résulte de ce qui précède que la deuxième branche du moyen, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la deuxième branche, ni les première et troisième branches du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

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

Article unique.

La décision déclarant une demande d'autorisation de séjour recevable mais non fondée, prise le 14 mai 2014, est annulée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le premier décembre deux mille seize par :

Mme N. RENIERS, Président de chambre,

Mme N. SENEGERA, Greffier assumé.

Le greffier, Le président,

N. SENEGERA

N. RENIERS