

Arrêt

n° 116 076 du 19 décembre 2013
dans l'affaire X / III

En cause : 1. X,
2. X,

Ayant élu domicile : X

contre :

L'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté.

LE PRESIDENT F.F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 24 juillet 2013 par X et X, de nationalité brésilienne, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour des requérants datée du 14 mai 2013 et notifiée aux requérants le 25 juin 2013* ».

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.

Vu l'ordonnance du 19 novembre 2013 convoquant les parties à comparaître le 17 décembre 2013.

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

Entendu, en leurs observations, Me N. DE TERWAGNE loco Me C. DEBRUYNE, avocat, qui comparaît pour les requérants, et Me G. VAN WITZENBURG loco 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. Les requérants sont arrivés en Belgique en 2007.

1.2. Le 8 avril 2009, ils ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 en raison de la pathologie du second requérant. Cette demande a été déclarée recevable le 10 août 2009 mais a été rejetée le 20 septembre 2010.

1.2. Le 3 décembre 2010, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre des requérants.

1.3. Par courrier du 24 décembre 2010, ils ont transmis des informations complémentaires et ont sollicité le retrait de la décision de rejet prise en date du 20 septembre 2010.

1.4. Le 27 décembre 2010, la partie défenderesse a retiré la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire.

1.5. Le 8 mars 2011, la partie défenderesse a pris une décision autorisant les requérants au séjour temporaire pour une durée d'un an, laquelle a été notifiée en date du 1^{er} avril 2011.

1.6. Le 17 avril 2012, le séjour des requérants a été prolongé pour une durée d'un an.

1.7. Le 14 mai 2013, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour, laquelle a été notifiée aux requérants en date du 25 juin 2013.

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

« Motif :

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

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

Dans son avis médical rendu le 06/05/2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que et que les soins sont disponibles et accessibles au Brésil et que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager, il n'y a pas de contre-indication au retour au pays d'origine.

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

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus

1) que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'eue entraîne un risque réel pour sa vie ou son

intégrité physique ou

2) 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 soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Veuillez procéder au retrait du Certificat d'inscription dans le Registre des Étrangers, délivré à l'intéressé en date du 08/04/2011 »

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. Les requérants prennent un moyen unique de « la violation

- *des formalités substantielles, prescrites à peine de nullité, de l'excès et du détournement de pouvoir,*
- *des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;*
- *du principe de bonne administration ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation et du devoir de minutie ;*

- de 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 ;
- de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme du 4/11/1950 (traitement inhumain et dégradant) ».

Ils citent l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 et soutiennent que, contrairement à ce que soutient la partie défenderesse, les soins ne sont pas accessibles et disponibles au pays d'origine.

2.2. Dans ce qui s'apparente à une première branche, ils s'adonnent à des considérations d'ordre général relatives au diabète de type 1 et affirment qu'il est nécessaire que le second requérant reste en Belgique pour se soigner en raison des risques dramatiques pour sa santé en cas de retour au pays d'origine, ainsi que cela ressort du certificat médical rédigé par son médecin. Ils procèdent à une comparaison de la qualité des traitements du diabète en Belgique et au pays d'origine. A cet égard, ils mentionnent que le second requérant a eu accès à un traitement de qualité en Belgique, ce qui lui a permis de mieux contrôler sa pathologie et ainsi de diminuer « *les conséquences excessivement préjudiciables et irréparables d'un diabète mal traité* ».

Ils relèvent que le document auquel le médecin conseil fait référence, mentionne que le système de santé publique au Brésil est insuffisant par manque de couverture géographique et que le temps d'attente pour obtenir un traitement est très long, ce qui reflète une mauvaise gestion dudit système de santé et qui peut conduire à la mort des patients ou à des complications sévères.

Ils font état d'articles de journaux relatifs à ce sujet et citent une attestation d'une assistante sociale d'un hôpital brésilien qui explique les difficultés à obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste et à se procurer des médicaments. Il ressort également de cette attestation que les médicaments nécessaires pour le traitement du second requérant ne sont nullement disponibles au pays d'origine.

Par ailleurs, ils font état du fait que lorsque le second requérant a découvert qu'il souffrait de diabète, il a dû patienter plus d'un mois avant d'avoir une première consultation et durant ce laps de temps, il avait perdu 12kg en deux semaines sans son traitement insulinaire et a dû être hospitalisé en urgence.

Ils font grief au médecin conseil de soutenir que les médicaments analogues à son traitement seraient disponibles au pays d'origine. Ils produisent un document d'une pharmacie brésilienne reprenant le prix des insulines et bandelettes que le second requérant utilise en Belgique. Ils soutiennent que ce traitement n'est pas disponible gratuitement au pays d'origine et que le prix de ses médicaments représente pour 74% du salaire minimum brésilien.

Ils ajoutent également que pour les personnes à faible revenu, l'acquisition des médicaments représente 61% du budget et que le gouvernement met simplement à la disposition des patients à faible revenu de l'insuline NPH et regular, laquelle consiste en un traitement d'une ou deux injections par jour. A cet égard, ils précisent que le second requérant bénéficie d'un traitement de minimum quatre injections par jour de levemir et de novorapid, lequel n'est nullement disponible gratuitement au pays d'origine et qui, dès lors, coûte très cher alors que c'est grâce à ce traitement qu'il a pu maîtriser sa pathologie et éviter les complications.

Ils affirment que l'efficacité du traitement à plusieurs injections par jour a été démontré dans différentes études et que le minimum des moyens requis pour vivre au pays d'origine représente 45% des revenus d'un ménage à faibles revenus en telle sorte qu'avec une dépense de 61% pour les médicaments, ils ne pourront pas faire face aux dépenses vitales pour vivre.

Par ailleurs, les médecins au pays d'origine n'ont pas le temps de correctement informer les patients de la gestion efficace de la pathologie en raison du manque de personnel médical.

Il précise avoir été très bien pris en charge à son arrivée en Belgique, par un personnel médical très qualifié qui l'a conseillé et lui a permis une meilleure maîtrise de sa pathologie. Ils relèvent également que la renommée de l'hôpital des enfants de la Reine Fabiola dans la prise en charge des patients diabétiques a été démontrée dans plusieurs études et que, grâce à l'inscription à l'association belge du diabète, le second requérant a bénéficié d'un accès gratuit aux insulines et électrodes de dosage de glycémie.

S'agissant du système d'assurance privé, ils indiquent que le prix moyen par mois mentionné par le médecin est de 50 euros, Toutefois, ce montant, augmente en fonction de l'âge, de la maladie et, pour les personnes souffrant de maladies chroniques et les assurances ne couvrent pas les examens de laboratoire, les médicaments et les hospitalisations.

Ils affirment que le second requérant n'aurait droit qu'au salaire minimum au pays d'origine et que le coût d'une assurance privée représenterait 30% du budget d'une personne à faible revenu. En outre, cette assurance ne couvre pas toutes les prestations, en telle sorte que le coût du traitement requis reste élevé et ce, malgré l'assurance privée puisqu'il a besoin de l'insuline, des examens de dépistage et des électrodes de contrôle de la glycémie, lesquels ne sont pas compris dans l'assurance.

2.6. Dans ce qui s'apparente à une deuxième branche, ils mentionnent les risques liés au diabète et précisent avoir rédigé une note faisant état des complications résultant d'un autocontrôle inefficace de la glycémie.

2.7. Dans ce qui s'apparente à une troisième branche, ils mentionnent le traitement dont le second requérant bénéficie en Belgique, du fait qu'il a réussi sa première année en médecine avec distinction et qu'il s'est parfaitement adapté à la vie en Belgique ainsi qu'à la langue française.

2.8. En conclusion, ils rappellent leur parcours en Belgique et font valoir qu'en cas de retour, le second requérant risque d'encourir des complications.

Dès lors, ils considèrent que les conditions sur la base desquelles ils ont été autorisés au séjour sont toujours d'actualité et reprochent à la partie défenderesse de considérer que l'accessibilité des soins a augmenté ces dernières années.

Ils affirment également qu'un retour au pays d'origine porterait atteinte à l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans la mesure où le second requérant encourt des risques, tel que cela ressort de son dossier médical.

3. Examen du moyen.

3.1. A titre liminaire, le conseil relève que l'excès de pouvoir est une cause générique d'annulation et non une disposition ou un principe de droit susceptible de fonder un moyen. Le moyen en ce qu'il invoque la violation est dès lors irrecevable.

3.2. En ce qui concerne le moyen unique, toutes branches confondues, le Conseil précise qu'aux termes de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi précitée du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, §*

3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire ».

Il ressort également des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, 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 précitée 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 9ter précité, les traitements existant 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.

3.3. L'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre aux destinataires 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 qu'il est amené à effectuer, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

3.4. Le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la décision entreprise est fondée notamment sur un rapport établi en date du 6 mai 2013 par le médecin de la partie défenderesse, concluant que *« Il s'agit d'un requérant âgé de 21 ans qui a bénéficié d'une autorisation des séjours temporaires en 2011 dans le cadre d'un diabète de type I et traité par deux insulines injectables (Levemir et Novorapid) disponibles et non accessibles au Brésil.*

L'évolution de la pathologie est favorable, le requérant est en âge de travailler et aucune attestation d'incapacité totale et permanente de travail rédigée par un médecin compétent en évaluation du dommage corporel n'est présente au dossier et vu l'analyse des informations sur l'accessibilité des soins au Brésil, nous estimons que les soins sont accessibles.

Il s'agit d'un changement de circonstances à caractère suffisamment radical et durable.

Le requérant a été autorisé à un séjour illimité 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. Il/ elle ne satisfait pourtant plus aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de cette loi. Les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, le changement de circonstances ayant un caractère suffisamment radical et durable ».

Par conséquent, la partie défenderesse était en droit de considérer que *« Dans son avis médical rendu le 06/05/2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que et que les soins sont disponibles et accessibles au Brésil et que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager, il n'y a pas de contre-indication au retour au pays d'origine.*

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

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus

1) 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) 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 soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».

3.5. En ce qui concerne plus particulièrement la première branche, il convient de souligner que la partie défenderesse a considéré, sur la base du rapport du médecin conseil, que le traitement requis est disponible et accessible au pays d'origine.

En effet, il ressort du dossier administratif et plus particulièrement du document intitulé *« Ministry of Interior and Kingdom Relations Département Immigration and Naturalization Bureau Medical Advisors »*, que le traitement requis, à savoir de l'insuline, et plus spécifiquement *« insulin aspart+ insulin aspart protamine (combination of fast-acting and long-acting insulin) »* est disponible au pays d'origine de même que le

suivi nécessaire, à savoir un service d'endocrinologie, un laboratoire effectuant des analyses, un dépistage des complications pour les diabétiques et un contrôle ophtalmologique annuel. Il ressort également du document tiré du site internet www.evangelico.org.br/ que des services de diabétologie, d'ophtalmologie et de soins intensifs généraux sont disponibles au pays d'origine.

Par ailleurs, les requérants admettent en terme de requête que le gouvernement brésilien met « *un traitement à la disposition des patients diabétiques, mais il s'agit uniquement de l'insuline NPH et Régular, soit un traitement d'une ou deux injections par jour* ». A cet égard, même s'il soutient que c'est son traitement actuel qui a stabilisé son état, le requérant reste en défaut d'établir que les soins disponibles au pays d'origine ne seraient pas de nature à atteindre le même résultat.

Dès lors, la partie défenderesse a légitimement pu considérer, sur la base du rapport du médecin conseil, que le second requérant pourrait accéder au traitement requis par sa pathologie au pays d'origine, contrairement à ce que soutiennent les requérants en termes de requête, notamment en se référant au certificat médical du médecin du second requérant. A cet égard, il n'est nullement établi que l'avis du médecin des requérants doit primer sur celui du médecin conseil de la partie défenderesse, dès lors que ce dernier n'est pas astreint, dans l'exercice de son art, à confirmer le diagnostic d'un confrère, mais doit être en mesure d'apprécier en toute indépendance l'ensemble d'éléments produits par la requérante et soumis à son appréciation.

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, que le « *fonctionnaire médecin relève administrativement de l'Office des étrangers, mais est totalement indépendant dans son appréciation d'éléments médicaux pour lesquels le serment d'Hippocrate prévaut* » (Doc. Parl., Chambre, sess. Ord. 2005-2006, n° 2478/001, Exposé des motifs, p. 35).

S'agissant la comparaison de la qualité des soins reçus en Belgique et au pays d'origine, le Conseil ne peut que rappeler à cet égard qu'il ne découle pas du prescrit de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ou de son commentaire, que la dimension qualitative des soins, voire la rapidité de la prise en charge, est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de la disposition précitée, et qu'en conséquence, les requérants n'ont pas d'intérêt au développement du moyen quant à ce. Dès lors, les documents relatifs à la qualité des soins ne peuvent nullement conduire le Conseil à considérer que la partie défenderesse n'a pas adéquatement motivée la décision entreprise dans la mesure où le prescrit légal applicable en la matière ne l'astreint pas à prendre en considération cet aspect du traitement.

De même, bien que ce ne soit pas la même catégorie d'insuline qui soit disponible au pays d'origine, il n'en demeure pas moins, qu'un traitement adéquat est disponible au pays d'origine et ce même, si le second requérant a bénéficié d'un traitement de minimum quatre injections par jour.

En ce que le système de santé publique au Brésil serait insuffisant par manque de couverture géographique et que le temps d'attente pour obtenir un traitement est très long, le Conseil observe que les requérants se contentent d'émettre des considérations générales sans expliciter en quoi cela implique qu'ils ne pourront pas accéder aux soins requis. Or, il leur appartenait d'expliquer davantage en quoi le fait que le système public demeure insuffisant par manque de couverture géographique aurait une influence sur leur cas d'espèce et notamment sur le suivi médical nécessaire. En outre, rien ne démontre qu'ils ne pourraient s'installer dans une zone géographique couverte par ledit système public de santé.

A titre surabondant, c'est au demandeur qui se prévaut d'une circonstance qu'il incombe d'informer l'administration compétente de tout élément susceptible d'avoir une influence sur celle-ci, ce que les requérants sont manifestement restés en défaut de faire. Il en est d'autant plus ainsi, que les requérants n'ont pas fait valoir, dans le cadre de la prolongation de leur autorisation de séjour, un problème de couverture sociale liée à la géographie du pays d'origine, lequel serait susceptible de l'empêcher d'accéder au suivi nécessaire pour son état de santé. Il revenait aux requérants de développer davantage leurs craintes.

S'agissant des griefs formulés à l'encontre du système d'assurance privé, force est de relever que, dans la mesure où il existe un système de sécurité sociale au pays d'origine avec la gratuité des médicaments et des suivis au sein de l'hôpital, les requérants ne démontrent pas qu'ils n'auront pas

d'accès effectif aux soins requis. Par ailleurs, ils restent en défaut d'expliquer clairement en quoi le fait que les assurances privées ont prévu des conditions afin d'être couverts, impliquent qu'ils ne pourront bénéficier d'une couverture sociale adéquate. En effet, ils se limitent à indiquer dans leur requête que « *Aujourd'hui les forfaits des assurances privées les moins chers coûtent aux alentours de 200R\$ soit 30% du budget mensuel d'un individu à faible revenu [Voir annexe 7]. En outre, en ce qui concerne les plans des assurances privées les moins chers, les patients souffrant des maladies chroniques n'ont pas droit à des hospitalisations. Ils ne comprennent essentiellement que les consultations. Or, le coût du diabète inclut également les médicaments, l'insuline, les examens de dépistage, les électrodes de contrôle de la glycémie, etc. De ce fait, le coût du diabète est en réalité très élevé malgré les assurances privées* ». Or, il leur appartenait de développer leurs assertions et ainsi démontrer une impossibilité d'accéder aux soins requis par manque de couverture sociale.

Partant, la première branche n'est pas fondée.

3.6.1. En ce qui concerne la deuxième branche, l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales dispose que « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ». Cette disposition consacre l'une des valeurs fondamentales de toute société démocratique et prohibe en termes absolus la torture et les traitements inhumains ou dégradants quels que soient les circonstances et les agissements de la victime (jurisprudence constante: voir p.ex. CEDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, § 218).

La Cour européenne des droits de l'homme de Strasbourg a déjà considéré que l'éloignement par un Etat membre peut soulever un problème au regard de l'article 3 de la Convention, et donc engager la responsabilité d'un Etat contractant au titre de la Convention, lorsqu'il y a des motifs sérieux et avérés de croire que la partie requérante courra, dans le pays de destination, un risque réel d'être soumise à des traitements contraires à l'article 3 de la Convention. Dans ces conditions, l'article 3 de la Convention implique l'obligation de ne pas éloigner la personne en question vers ce pays (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 75, et les arrêts auxquels il est fait référence ; *adde* CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 66).

Afin d'apprécier s'il y a des motifs sérieux et avérés de croire que la requérante encourt un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la Convention précitée, le Conseil se conforme aux indications données par la Cour européenne des droits de l'homme. A cet égard, la Cour a jugé que, pour vérifier l'existence d'un risque de mauvais traitements, il y a lieu d'examiner les conséquences prévisibles de l'éloignement de la partie requérante dans le pays de destination, compte tenu de la situation générale dans ce pays et des circonstances propres au cas de la partie requérante (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 78 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, §§ 128-129 ; CEDH 30 octobre 1991, Vilvarajah et autres/Royaume-Uni, § 108 *in fine*).

En ce qui concerne l'examen de la situation générale dans un pays, la Cour attache souvent de l'importance aux informations contenues dans les rapports récents provenant d'organisations internationales indépendantes de défense des droits de l'homme telles qu'Amnesty International, ou de sources gouvernementales (voir p.ex. : CEDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, §§ 347 et 348; CEDH 5 juillet 2005, Said/Pays Bas, § 54 ; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 67 ; CEDH 15 novembre 1996, Chahal/Royaume-Uni, §§ 99 et 100). En même temps, la Cour a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 de la Convention (voir CEDH 30 octobre 1991, Vilvarajah et autres/Royaume-Uni, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques de la requérante dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 79 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov and Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68).

Toutefois, il ressort de la jurisprudence de la Cour qu'exceptionnellement, dans les affaires où la requérante allègue faire partie d'un groupe systématiquement exposé à une pratique de mauvais traitements, la protection de l'article 3 de la Convention entre en jeu lorsque la requérante démontre qu'il y a des motifs sérieux et avérés de croire à l'existence de la pratique en question et à son appartenance au groupe visé (voir CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 132). En pareilles circonstances, la Cour n'exige pas que la requérante établisse l'existence d'autres caractéristiques particulières qui la distingueraient personnellement, si cela devait rendre illusoire la protection offerte par l'article 3 de la Convention. Ceci sera déterminé à la lumière du récit de la requérante et des informations disponibles sur le pays de destination pour ce qui est du groupe en question (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 80 ; CEDH 23 mai 2007, Salah Sheekh/Pays-Bas, § 148).

En ce qui concerne l'examen des circonstances propres au cas de la requérante, la Cour a jugé que le risque invoqué présente un caractère individualisé dès lors qu'il s'avère suffisamment concret et probable (voir CEDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, § 359 *in fine*).

En ce qui concerne tant la situation générale dans un pays que les circonstances propres au cas de la requérante, celle-ci doit disposer de la possibilité matérielle de faire valoir en temps utile lesdites circonstances (voir Cour EDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, § 366).

Dans ce cas, l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la Convention doit être évaluée en fonction des circonstances dont la partie défenderesse avait ou devait avoir connaissance au moment de la décision attaquée (voir *mutatis mutandis* : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 81 ; CEDH 20 mars 1991, Cruz Varas et autres/Suède, §§ 75-76 ; CEDH 30 octobre 1991, Vilvarajah et autres/Royaume-Uni, § 107). La partie défenderesse doit se livrer à un examen aussi rigoureux que possible des éléments indiquant l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la Convention (CEDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, §§ 293 et 388).

S'agissant plus particulièrement de l'éloignement d'un demandeur d'asile vers un pays autre que son pays d'origine, la requérante peut, d'une part, invoquer le fait qu'elle encourt un risque réel de subir la torture ou des traitements inhumains ou dégradants dans ce pays en violation de l'article 3 de la Convention et, d'autre part, invoquer le fait qu'elle encourt un risque réel d'être éloignée par ce pays vers son pays d'origine en violation de la même disposition.

3.6.2. En l'espèce, le Conseil relève, à la lecture du dossier administratif, que le médecin conseil a estimé que le suivi et les traitements requis étaient disponibles et accessibles au pays d'origine. Ce constat n'ayant pas valablement été remis en cause, il doit être tenu pour établi que les pathologies alléguées ne sauraient entraîner, en cas de retour au pays d'origine un risque réel de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne précitée.

De plus, les requérants se contentent d'émettre des considérations d'ordre général sans expliciter clairement en quoi consisterait la prétendue méconnaissance de l'article 3 de la Convention européenne précitée. En effet, ils se limitent à indiquer « *les risques encourus par le requérant en cas de retour dans son pays d'origine ressortaient très clairement de son dossier médical ! Qu'un retour du requérant dans son pays d'origine aurait donc pour conséquence une violation de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme du 4/11/1950 (traitement inhumain et dégradant)* ». ».

Le Conseil précise également qu'il ressort de l'arrêt N. c. Royaume-Uni que « *le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre l'expulsion sont impérieuses* » (CEDH 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni p.14). En l'occurrence, force est de constater que les requérants n'ont nullement invoqué de telles considérations impérieuses et, partant, la partie défenderesse n'a pas porté atteinte à cette disposition en adoptant la décision entreprise dans la mesure où le certificat médical produit ne permet pas de considérer que le second requérant risque de subir un traitement inhumain ou dégradant en cas de retour dans son pays d'origine.

Partant, la deuxième branche n'est pas fondée.

3.7. En ce qui concerne la troisième branche, la bonne intégration des requérants en Belgique ne peut engendrer aucun droit au séjour pour raison médicale. En effet, une argumentation ayant trait à des motifs étrangers au domaine médical ne peut être considérée comme pertinente dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, dans la mesure où il existe désormais deux procédures distinctes : l'une basée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 pour des étrangers se trouvant en Belgique et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motif médical, et l'autre fondée sur l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980 réservée aux étrangers séjournant en Belgique désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires.

Partant, la troisième branche n'est pas fondée.

4. Au regard de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse a pu sans violer les dispositions visées à ce moyen, adopter la décision entreprise.

5. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être rejetée, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

6. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique.

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-neuf décembre deux mille treize par :

M. P. HARMEL,
Mme R. HANGANU,

Président f.f., juge au contentieux des étrangers,
Greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

R. HANGANU.

P. HARMEL.