



Arrêt

n°167 912 du 20 mai 2016
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

**l'Etat belge, représenté par la Ministre de la Justice, chargé de l'Asile et la Migration,
de l'Intégration sociale et de 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 F.F. DE LA VIII^E CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 20 novembre 2014, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, prise le 30 septembre 2014.

Vu le titre 1er 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 (ci-après « la loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 26 février 2015 convoquant les parties à l'audience du 19 mars 2015.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. MAKIADI MAPASI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. CORNELIS *loco* Mes D. MATRAY et A. HENKES, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant déclare être arrivé en Belgique le 12 septembre 2007.

1.2. Le 13 septembre 2007, il a introduit une demande d'asile, demande d'asile qui s'est clôturée par un arrêt n° 54 737 du 21 janvier 2011 du Conseil de céans refusant de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.3. Le 22 janvier 2009, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *bis* de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été rejetée le 30 juin 2011.

1.4. Le 22 avril 2010, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 25 août 2010 et a été complétée par des courriers du 18 novembre 2010 et du 12 juillet 2011. Le 9

septembre 2011, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a rendu un avis quant à l'état de santé du requérant.

Le 20 septembre 2011, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de ladite demande.

Le recours en annulation introduit devant le Conseil de céans à l'encontre de la décision précitée de rejet du 20 septembre 2011 a donné lieu à un arrêt n° 96 848 du 12 février 2013 du Conseil de céans annulant ladite décision.

Suite audit arrêt d'annulation, le requérant a complété la demande d'autorisation de séjour précitée du 22 avril 2010 par un courrier daté du 26 février 2013.

1.5. Le 3 octobre 2011, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'égard du requérant.

1.6. Le 10 novembre 2011, le requérant a introduit une deuxième demande d'asile, demande d'asile qui s'est clôturée par un arrêt n° 82 123 du 31 mai 2012 du Conseil de céans refusant de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

Le 2 juillet 2012, un nouvel ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) a été pris à l'égard du requérant.

1.7. Le 3 juillet 2012, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 18 décembre 2012, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision déclarant irrecevable la demande d'autorisation de séjour précitée, assortie d'un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée (annexe 13sexies).

Le recours en suspension et en annulation introduit devant le Conseil de céans à l'encontre des décisions précitées du 18 décembre 2012 a donné lieu à un arrêt n° 139 903 du 27 février 2015 du Conseil de céans rejetant ledit recours.

1.8. Le 18 septembre 2012, le requérant a introduit une troisième demande d'asile.

Le 27 septembre 2012, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prise en considération de ladite demande d'asile (annexe 13quater) qui a ensuite été annulée par un arrêt n° 118 692 du 11 février 2014 du Conseil de céans.

Le 20 mars 2014, le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de prise en considération d'une demande d'asile multiple.

1.9. Le 12 mai 2014, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies). Elle a décidé de retirer cette décision le 16 septembre 2014.

Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de l'ordre de quitter le territoire précité du 12 mai 2014 a été rejeté par un arrêt n° 137 252 du 27 janvier 2015 du Conseil de céans constatant le retrait dudit ordre de quitter le territoire et la perte d'objet du recours en résultant.

1.10. Le 26 septembre 2014, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis quant à l'état de santé du requérant.

Le 30 septembre 2014, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour visée *supra* au point 1.4, laquelle lui a été notifiée le 24 octobre 2014.

Cette décision, qui constitue la décision attaquée, est motivée comme suit :

« Motif:

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

Monsieur [B.M.] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'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 la Guinée, pays d'origine du requérant.

Dans son rapport du 26.09.2014 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que d'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne. Dès lors du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au retour dans le pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Par conséquent, le médecin de l'OE constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article.

Il n'y a donc pas lieu de rechercher la disponibilité et l'accessibilité des soins en Guinée.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

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

1.11. Le 23 décembre 2014, la partie défenderesse a pris un nouvel ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'égard du requérant.

Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de cet ordre de quitter le territoire devant le Conseil de céans est actuellement pendant sous le numéro de rôle 165 552.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un premier moyen de l'«*erreur manifeste d'appréciation*».

Elle rappelle qu'il « ressort de la motivation de la décision querellée qui intériorise le rapport du médecin de l'Office des étrangers du 26 septembre 2014 que, d'après les données médicales disponibles, la maladie du requérant est tellement bénigne qu'il ne rentre pas dans les prescrits du §1 de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 » et fait valoir que « Pareille appréciation dénature le pouvoir d'appréciation et est dépourvue de tout fondement médical ». Elle se réfère à l'aide-mémoire n° 312 de l'Organisation Mondiale de la Santé de novembre 2014 selon lequel « le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit » et ajoute que « L'organisation Mondiale de la Santé distingue plusieurs type de diabète, dont le diabète de type 2 qui résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. L'association Belge du diabète(www.diabete.abd.be), considère [sic] que différentes possibilités thérapeutiques existent pour le diabète de type 2 contrairement au diabète de type 1 où la seule option thérapeutique réside dans les injections d'insuline. La gamme de médicaments antidiabétiques oraux(ADO) est aujourd'hui très large, ce qui permet d'adapter au mieux le traitement à chaque patient en fonction des objectifs de santé à atteindre ». Elle soutient que « Dans le premier rapport du 09 septembre 2011, le médecin de l'Office des étrangers attestait que le requérant souffrait de diabète et d'oesophagite nécessitant un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi. C'est ce qu'a souligné (sic) le médecin traitant du requérant, docteur [B.L.], actualisant l'ancien certificat médical, « ce patient a un diabète de type 2 à 38 ans, associé à un syndrome métabolique persistant, plus que probablement antérieur au diabète de type 2. il est à signaler aussi des cas de diabète dans les antécédents familiaux. Donc, l'état de santé du patient reste quand même préoccupant avec un degré

[sic] de gravité certain, comme en témoigne la CRP-US le HOMA(indice d'insulino-résistance) qui est à 108,63 au lieu de 35. Les risques de maladies cardio-vasculaires ne sont pas négligeables chez ce patient, au regard de la CRP-US et du HOMA. La précocité de sa maladie et les antécédents familiaux exigent une vigilance accrue et un suivi médical d'un niveau élevé ». Contrairement à ce qu'a conclu le médecin traitant de l'Office des étrangers, la maladie dont souffre le requérant menace [sic] sa vie et constitue un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Que ce risque est à rechercher dans les conséquences habituelles du diabète, qu'il soit de type 1 ou 2. Qu'il est étonnant que le même médecin de l'Office des étrangers qui jadis, avait dans son premier rapport soutenu que la situation du requérant nécessitait un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi, fasse un revirement inutile pour conclure dans le second rapport que cette même maladie est bénigne et nécessite seulement un changement de mode de vie. Dans les mêmes circonstances, votre conseil avait soutenu qu'avant de prendre sa décision, il appartenait à la partie défenderesse de clarifier, avec son médecin-expert, les informations contradictoires que celui-ci lui avait soumises et ce d'autant plus qu'en l'espèce, force est en outre, de constater que le revirement d'opinion exprimé dans le second rapport d'expertise ne semble avoir été induit que par le type du diabète et non par les conséquences de ce type de diabète sur la vie et l'intégrité physique [sic] du patient(C.C.E., 16 avril 2008, n°10.046). L'association Belge du diabète considère que le diabète, qu'il soit du type 1 ou 2 est une maladie grave et progressive caractérisée par une augmentation anormale et permanente de la glycémie. Les statistiques sanitaires mondiales qui constituent une source fiable sur la santé des peuples dans le monde , publié chaque année depuis 2005 par l'OMS listent les 20 premières causes de décès prématuré à l'échelle mondiale , dont le diabète occupe la 15 ième place. Dans un autre document publié par l'INAMI: les diabètes en Belgique: état des lieux(site internet INAMI) , les complications du diabète sont redoutables et multi-systémique, elles peuvent toucher: le système cardio-vasculaire, les yeux, les reins, le système nerveux et les infections. Il ya [sic] également lieu de signaler que le requérant est déjà atteint d'ulcère, ce qui explique la gravité de la maladie et le risque pour sa vie et son intégrité physique. L'organisation Mondiale de la Santé martèle qu'avec le temps, le diabète peut endommager le coeur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs. Le diabète augmente le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral. 50% des diabétiques meurent d'une maladie cardio -vasculaire. Le risque général de décès chez les diabétiques est au minimum deux fois plus important que chez leurs pairs qui n'ont pas de diabète. En 2012, on estimait que le diabète avait été la cause directe de 1,5 million de décès , l'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde ».

La partie requérante en conclut « qu'il y a eu erreur manifeste d'appréciation de la part de la partie adverse et de son médecin conseil, qui ont conclus (sic) que d'après les informations médicales fournies, il apparaît que la maladie n'entraîne ni 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. Que cette erreur est tellement manifeste qu'elle ne pouvait pas provenir d'un médecin diligent et prudent, placé dans les mêmes circonstances de temps et de lieux, alors que pour la même pathologie, le CPAS de Molembeek n'a pas hésité à délivrer la carte médicale d'urgence, estimant à juste titre grave et urgente la situation médicale du requérant ».

2.2. La partie requérante prend un second moyen de la « violation des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 1,2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991».

Elle argue qu' « Il ressorte [sic] clairement de l'information transmise à la partie adverse par Dr [B.], médecin traitant du requérant, en rapport avec son certificat médical que, celui-ci est exposé aux risques de maladie cardio-vasculaires et que la précocité de sa maladie et les antécédents familiaux exigent une vigilance accrue et un suivi médical d'un niveau élevé. Que cette maladie cardio-vasculaire est de nature à menacer [sic] la vie et l'intégrité physique du requérant comme le souligne l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980. Que ne vouloir pas admettre ce risque in specie, constitue une violation flagrante de l'article 9 ter sus invoqué. Que les considérations de la partie adverse sont totalement étrangères à l'état actuelle [sic] de la médecine tel qu'il se dégage des rapports de l'OMS, de l'association belge du diabète et de l'INAMI, qui n'écartent pas un traitement médicamenteux pour tout type de diabète. Ce qui a aussi été jadis admis par la partie adverse elle-même dans le premier rapport objectif de son médecin conseil (rapport du 09 septembre 2011) ». Elle souligne que « la partie adverse n'a pas examiné les autres éléments [sic] de l'article 9 ter à savoir, la disponibilité et l'accessibilité des soins en Guinée, ce qui démontre l'examen superficiel de la demande du requérant » et se réfère à des arrêts n° 48 809 du 30 septembre 2010, n° 49 781 du 19 octobre 2010 et n° 50 147 du 26 octobre 2010 du Conseil de céans dont elle reproduit un extrait. Elle invoque enfin l'absence de motivation formelle de la décision attaquée dès lors qu'elle est « visiblement incompréhensible même pour le commun de mortel (sic)».

3. Discussion

3.1.1. Sur les deux moyens réunis, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par « *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.* »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

3.1.2. Le Conseil rappelle par ailleurs que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Il suffit par conséquent que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

3.2.1. Le Conseil observe qu'en l'espèce, l'avis du fonctionnaire médecin, sur lequel repose l'acte attaqué, relate les constats suivants :

« Il s'agit d'un requérant âgé de 39 ans qui a présenté une œsophagite et un ulcère gastrique en 2009, apparemment soignés avec succès.

Par ailleurs, il présentait une hypercholestérolémie en amélioration, une glycémie en amélioration, Hgb glycosylée en amélioration et un bilan sanguin favorable par rapport aux résultats antérieurs.

On évoquait le diagnostic de diabète type 2 (forme bénigne).

Le diabète de type 2 est en effet une affection bénigne qui peut parfaitement faire l'objet d'une prévention, surtout par une restriction de l'apport en glucides alimentaires et en mettant l'accent sur une vie non sédentaire et sur le l'exercice physique.

Toutes les études internationales, aussi bien en Europe qu'aux États-Unis et en Asie concordent pour dire qu'une modification du style de vie est à ce titre beaucoup plus importante qu'une médication¹. La comparaison des traitements possibles fait nettement pencher la balance en faveur d'une modification du style de vie comme élément essentiel voire primordial dans le traitement, avec comme avantage une efficacité accrue et à plus long terme, même après la première période interventionnelle et avec un meilleur rapport coût-bénéfice. Un avantage supplémentaire de cette approche consiste en l'absence d'effets secondaires et la diminution concomitante des facteurs de risque cardiovasculaire.

L'effet bénéfique d'une modification du style de vie se maintient sur une plus longue période, là où l'effet d'une médication n'est présente que pour autant que l'intéressé l'absorbe régulièrement (la compliance au traitement laisse souvent à désirer).

Un changement de mode de vie est donc à la fois plus économique et plus sûr. La sécurité sur le plan cardiovasculaire à moyen et à long terme est supérieure à tout point de vue.

Toutes les études indiquent qu'un changement de style de vie requiert une perte de poids, une diminution de l'absorption de graisses, surtout les polyinsaturées, une alimentation riche en fibres végétales et une activité physique modérée mais soutenue. Toutes les études effectuées sur n'importe quel continent vont dans le même sens (VS, Europe, Asie)².

En outre, dans le cas présent la valeur de la glycémie est telle qu'elle ne comporte pas de risque nécessitant à l'heure actuelle l'instauration d'un traitement médicamenteux, l'approche diététique étant suffisante ».

Le fonctionnaire médecin en conclut que : « Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

D'après les informations médicales fournies, il apparaît que la maladie n'entraîne ni 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.

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

Par conséquent, je constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1^{er} alinéa 1^{er} de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article ».

Il ressort de cet avis que le fonctionnaire médecin a estimé que la maladie invoquée n'entraînait aucun risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant ni aucun risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le chef de ce dernier lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine parce que notamment « le diabète de type 2 est [...] une affection bénigne qui peut parfaitement faire l'objet d'une prévention » et que « dans le cas présent la valeur de la glycémie est telle qu'elle ne comporte pas de risque nécessitant à l'heure actuelle l'instauration d'un traitement médicamenteux, l'approche diététique étant suffisante ».

3.2.2. Cette motivation qui révèle un examen particulier des résultats sanguins les plus récents du requérant n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui se borne à invoquer le caractère incompréhensible de la motivation de la décision attaquée, sans aucun autre développement, et à prendre le contre-pied de la décision attaquée dès lors que, selon elle, « [...] Contrairement à ce qu'a conclu le médecin traitant de l'Office des étrangers, la maladie dont souffre le requérant menace [sic] sa vie et constitue un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Que ce risque est à rechercher dans les conséquences habituelles du diabète, qu'il soit de type 1 ou 2 [...] Que les considérations de la partie adverse sont totalement étrangères à l'état actuelle [sic] de la médecine tel qu'il se dégage des rapports de l'OMS, de l'association belge du diabète et de l'INAMI, qui n'écartent pas un traitement médicamenteux pour tout type de diabète ». La partie requérante tente ainsi d'amener le Conseil de céans à substituer son appréciation à celle du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis dans le cadre du contrôle de légalité et ce, d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine.

Une simple lecture de la décision attaquée et de l'avis du fonctionnaire médecin sur lequel elle repose permet de saisir, sans peine, les motifs qui la sous-tendent, en sorte que l'affirmation péremptoire selon laquelle « cette décision laisse perplexe le requérant, étant visiblement incompréhensible même pour le commun de mortel [sic] » ne peut être suivie.

Quant au grief fait au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse d'avoir effectué un « revirement » par rapport à son précédent avis du 9 septembre 2011 dans lequel, selon le requérant, il « attestait que le requérant souffrait de diabète et d'oesophagite nécessitant un traitement médicamenteux ainsi qu'un

