



Arrêt

n°172 102 du 19 juillet 2016
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : 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 F.F. DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 1er août 2012, par X, qui déclare être de nationalité béninoise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 3 avril 2012 et notifiée au requérant le 2 juillet 2012.

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 « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 octobre 2015 convoquant les parties à l'audience du 23 novembre 2015.

Entendu, en son rapport, C. ADAM, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, le requérant qui comparaît personnellement et Me A. DETOURNAY *loco* E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant, de nationalité béninoise, est arrivé sur le territoire belge le 29 mars 2009. Le lendemain, il a introduit une demande d'asile qui s'est clôturée par un arrêt n° 47.496 du 30 août 2010 par lequel le Conseil de céans a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.2. Le 3 novembre 2010, le requérant a introduit une nouvelle demande d'asile, qui s'est clôturée par un arrêt n° 77.113 du 13 mars 2012, par lequel le Conseil de céans a refusé, à nouveau, de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.3. Par courrier du 23 novembre 2010, le requérant a sollicité une autorisation de séjourner plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur pied de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. La partie défenderesse a déclaré cette demande recevable en date du 17 décembre 2010. Le requérant a complété sa demande par courriers du 3 mai 2011 et du 17 juin 2011 ainsi que par un courrier adressé à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

1.4. Le 27 mars 2012, le requérant a introduit, derechef, une nouvelle demande d'asile, qui s'est clôturée par un arrêt n° 102.104 du 30 avril 2013, par lequel le Conseil de ceans a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.5. Le 3 avril 2012, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.3. non fondée, décision qui a été notifiée au requérant le 2 juillet 2012. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, 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, introduit par l'article 5 de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980.

Monsieur [F.S.] se prévaut de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entrainerait 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'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a donc été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au Bénin.

Dans son avis médical remis le 22.03.2012, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles au pays d'origine. Dès lors, sur base de l'ensemble de ces informations et étant donné que l'état de santé du patient ne l'empêche pas de voyager, le médecin de l'OE conclut dans son avis qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour dans le pays d'origine, le Bénin.

Le conseil de l'intéressé avance, à l'appui de la demande 9ter, deux articles au sujet des soins psychiatriques au Bénin. Soulignons à ce sujet que la CEDH 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 (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 (voir: 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, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

En outre le site Internet du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que régime le béninois de sécurité sociale comprend trois branches : les prestations familiales, les risques professionnels et les pensions. Il ne couvre ni contre le risque maladie, ni contre celui de privation d'emploi. Le Code du travail prévoit toutefois qu'en cas de maladie, l'employeur maintient le salaire et supporte 60 % de toutes les dépenses médicales. Les frais médicaux des pensionnés sont pris en charge dans une proportion de 80 % par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) depuis le 18 octobre 1984.

Soulignons que le site Internet Health Systems 20/20 informe que l'émergence des mutuelles de santé a connu un rythme soutenu au Bénin au cours des quinze dernières années. En 2006, 142 mutuelles de santé ont été recensées dans le pays. Le processus d'extension par le bas est marqué aussi par le nombre croissant de réseaux locaux de mutuelles de santé basés pour la plupart sur le territoire des communes. Les mutuelles de santé et leurs structures d'appui respectives sont en train de promouvoir

des relations partenariales avec des organisations existantes au niveau local pour promouvoir la viabilité institutionnelle et financière des mutuelles de santé.

Par ailleurs, la volonté du Gouvernement du Bénin d'accompagner et d'encadrer le développement des mutuelles de santé commence à se manifester avec les récentes initiatives du Ministère de la Santé. La promotion des mutuelles de santé est intégrée dans les principales stratégies d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé dans les documents de politique et stratégies de développement du secteur de la santé. Un document de politique de développement des mutuelles de santé a été validé avec la participation des acteurs du développement des mutuelles de santé. Enfin, l'appui au développement des mutuelles de santé est inscrit dans les missions du Service de Santé Communautaire de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNSP).

Notons que le Bénin a mis en place un Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles. (PNLMNT). Celui-ci prend en compte la santé mentale, la cécité, les affections bucco-dentaires, l'HTA, les maladies neurologiques, le cancer, l'hypertension artérielle, le diabète, la santé scolaire et l'éducation pour la santé. Le PNLMNT a comme objectif que la prise en charge des maladies non transmissibles soit étendue à un plus grand nombre de malades et ainsi parvenir à l'amélioration des conditions socio sanitaires de la population béninoise.

D'autre part, l'Association Saint-Camille-de-Lellis est une organisation caritative africaine de services pour malades mentaux implantée au Bénin depuis 2004. Quatre centres opèrent actuellement au Bénin. Le malade est accueilli dans un Centre d'hébergement, diagnostiqué par un psychiatre, traité et entouré d'intervenants (ex-malades) qui lui assurent un milieu de vie soignant. Après quelques mois et selon son évolution personnelle, il est dirigé vers un Centre de travail (ou réhabilitation) dans la communauté pour y apprendre un métier et débiter son intégration à la vie sociale. Quand il est prêt, il est réintégré ensuite dans sa communauté d'origine (village, quartier). Un réseau externe fragile tente d'assurer médication et suivi médical dans la communauté. L'intéressé pourrait se diriger vers cette association en cas de nécessité.

Notons également que l'intéressé est en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. Par ailleurs, d'après les déclarations faites durant la procédure d'asile il ressort que l'intéressé a encore de la famille qui réside au Bénin, celle-ci pourrait l'accueillir et les aider financièrement si nécessaire. Les soins sont donc disponibles et accessibles au Bénin.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

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.

[...]».

1.6. Par courrier du 6 avril 2012, le requérant a complété sa demande du 23 novembre 2010.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré de « l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), 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, du principe général de bonne administration ».

2.2. A l'appui de ce moyen, dans une première branche, après un rappel des différents points de la motivation de l'acte attaqué, elle fait grief à la partie [défenderesse] de ne pas se prononcer *stricto sensu*, sur l'accessibilité des soins au Bénin. A l'appui de ce propos, elle soutient que « [...] la partie [défenderesse] fait l'inventaire de la potentielle prise en charge par les autorités béninoises des personnes atteintes de maladie mentale. Cependant, il ressort d'une lecture attentive de la décision qu'il est manifeste que non seulement, la politique mise en place par le Bénin vise à améliorer une prise en charge qui n'existe pas en tant que telle ou qui, à tout le moins, est défailante. En outre, la partie [défenderesse] indique clairement que la sécurité sociale béninoise ne prend pas en charge le risque maladie. Partant, sur base de ces constats, la partie [défenderesse] ne pouvait pas estimer que le requérant aurait accès aux soins alors que telle obligation de vérification lui incombe, ainsi que le prévoit l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 qui, de ce fait, a été violé ». Elle poursuit en indiquant que « [e]n outre, en déduisant des informations figurant au dossier administratif, que le requérant aurait accès à des soins de santé, la partie [défenderesse] commet une erreur manifeste d'appréciation : le dossier administratif et l'avis du médecin de l'Office des Etrangers ne permettent pas de déduire que l'accessibilité aux soins est garantie au Bénin, tant le système mis en place est faible et défailant. Ce constat est d'ailleurs posé dans les documents annexés à la demande d'autorisation de séjour. La partie [défenderesse] ne pouvait donc fonder son refus sur base d'une prétendue accessibilité et disponibilités de soins ». Elle en conclut que, ce faisant, la partie défenderesse a violé son obligation de motivation formelle et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

Ensuite, la partie requérante avance que « la jurisprudence a pu retenir qu'il peut raisonnablement être déduit que le risque de subir un traitement inhumain et dégradant contraire à l'article 3 de la CEDH existe dès lors qu'il n'est pas effectivement démontré que les soins requis et le traitement médical sont accessibles et disponibles », se référant à ce sujet à l'arrêt « D. c/ R-U » du 2 mai 1997 de la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après « Cour E.D.H. »). Elle ajoute qu'« [à] ce titre, il ne fait aucun doute que les troubles mis en avant par le médecin du requérant résultent des événements vécus au Bénin, Etat dans lequel il n'a pas été valablement démontré l'effectivité et l'accessibilité aux soins ».

Elle cite ensuite un extrait d'un arrêt n° 82.069 du 31 mai 2012 du Conseil de céans et affirme que « [p]ar analogie, force est de constater que la partie [défenderesse] n'a pas répondu aux arguments invoqués par le requérant, se contentant de renvoyer à des sites internet, sans fournir d'éléments de réponse et a, de ce fait, violé l'obligation de motivation formelle en violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 2011 relative à la motivation des actes administratifs ». Après un rappel de la portée de l'obligation de motivation formelle, elle constate que « [e]n l'espèce, la partie [défenderesse] a écarté les articles déposés par le requérant en se référant notamment à une jurisprudence de la CEDH ancienne de plus de vingt ans (arrêt Vilvarajah cité dans la décision) » et soutient que « [p]artant, la partie [défenderesse], en ne répondant pas à l'ensemble des documents et arguments produits, viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 2011 relative à la motivation des actes administratifs, la décision, par son silence concernant la défaillance des structures psychiatriques au Bénin, n'ayant pas été adéquatement motivée. De la même façon, en ne se prononçant pas sur le fait que la santé mentale serait mal prise en charge au Bénin, elle n'analyse pas les possibles traitements inhumains et dégradants découlant de ce constat, en violation de l'article 3 de la CEDH ».

2.3. Dans une deuxième branche, la partie requérante conteste le constat de la partie défenderesse selon lequel le requérant peut travailler et pourra donc bénéficier du système de santé prévu pour les travailleurs. Elle fait valoir qu'« il appartenait à la partie [défenderesse] d'analyser la prise en charge financière ou en nature pour les personnes indigentes et/ou dépourvues de travail. En effet, il est manifeste que le requérant ne peut valablement travailler, à tout le moins dans un premier temps, de sorte que la motivation retenue sur ce point n'est pas pertinente. En outre, la partie [défenderesse] n'a aucun (sic) considération pour la maladie du requérant (dépression), qui, pourtant, constitue un réel obstacle au travail. Or la décision conditionne l'accès aux soins à un travail puisqu'elle n'envisage nullement l'hypothèse de la prise en charge des médicaments et des soins pour les indigents, ce qui est contraire à l'article 3 de la CEDH car cela implique que le requérant trouve absolument un travail pour pouvoir se soigner alors que le médecin n'indique pas si sa dépression lui permet de travailler ». Elle en conclut que la motivation de l'acte attaqué relative à l'accessibilité des soins au Bénin est inadéquate et intervient en violation de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Elle poursuit en indiquant que « [d]ans ce sens, le Conseil d'Etat a pu préciser que l'administration doit s'assurer que les soins disponibles dans le pays de destination seront financièrement accessibles à l'intéressé, soulignant que

l'indigence de l'étranger rend 'aléatoire' l'accès effectif aux soins requis », citant à cet égard un arrêt du Conseil d'Etat n°80.553 du 1er juin 1999. Elle en conclut qu' « en ne vérifiant pas si le requérant aura effectivement accès aux soins dans l'hypothèse où il serait indigent, la partie [défenderesse] a violé l'article 3 de la CEDH et l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 car dans telle hypothèse, il risque de subir un traitement inhumain et dégradant si l'accessibilité des soins n'est pas garantie ».

3. Discussion

3.1. A titre liminaire, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat et du Conseil de céans, l'exposé d'un "moyen de droit" requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué (cf. notamment C.E., arrêt n° 164.482 du 8 novembre 2006 et C.C.E., arrêt n° 12 076 du 29 mai 2008).

Le Conseil souligne également que le principe général de bonne administration n'a pas de contenu précis mais se décline en plusieurs variantes distinctes, et qu'il ne peut dès lors, à défaut d'indication plus circonstanciée, fonder l'annulation d'un acte administratif (en ce sens : C.E., 27 novembre 2008, n°188.251). En l'espèce, le Conseil constate que la partie requérante ne précise pas autrement le principe général de bonne administration dont elle invoque la violation, en sorte que le moyen ainsi pris est irrecevable

3.2. Sur le reste du moyen unique, en ses deux branches réunies, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de la décision attaquée, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 9ter 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.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un

recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.3. En l'espèce, le Conseil constate que la décision querellée repose sur les conclusions du médecin de la partie défenderesse, mentionnées dans l'avis médical daté du 22 mars 2012 et joint à la décision attaquée, établi sur la base des documents médicaux produits par le requérant ainsi que des rapports internationaux ou des informations recueillies sur des sites Internet, dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'un trouble de stress post-traumatique d'évolution chronique ainsi que d'hémorroïdes externes, pathologies nécessitant un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi psychiatrique et psychologique, et pour lesquelles le traitement médical et le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, constats qui ne sont pas utilement contestés par la partie requérante en termes de requête.

Ainsi, s'agissant tout d'abord de l'argumentation selon laquelle il ressort de la décision querellée que la politique mise en place au Bénin vise à améliorer une prise en charge inexistante ou du moins défailante, qu'elle indique en outre clairement que la sécurité sociale béninoise ne prend pas en charge le risque de maladie et que, *« partant, sur base de ces constats, la partie [défenderesse] ne pouvait pas estimer que le requérant aurait accès aux soins [...] »*, le Conseil estime qu'elle ne peut être suivie. En effet, une lecture de la décision querellée révèle que celle-ci repose sur plusieurs motifs pour conclure à l'accessibilité des soins au pays d'origine dans le chef du requérant, et ce, malgré l'absence de couverture du risque de maladie par le régime de sécurité sociale béninois, à savoir non seulement l'émergence et l'extension des mutuelles de santé, la mise en place d'un « Programme National de Lutte contre les Maladies non Transmissibles », en ce compris la santé mentale, mais également l'existence d'une association caritative de services pour malades mentaux opérant par l'intermédiaire de 4 centres au Bénin, vers laquelle le requérant pourrait se diriger en cas de nécessité, la possibilité pour le requérant d'accéder au marché du travail, et, enfin, la présence de la famille au pays d'origine susceptible de l'accueillir et de l'aider financièrement. Partant, en se contentant de relever l'absence de couverture du risque de maladie par le régime de sécurité sociale béninois et en ne critiquant qu'une partie des motifs exposés par la partie défenderesse pour appuyer l'accessibilité des soins pour le requérant (volonté politique d'améliorer la prise en charge notamment des soins requis par la pathologie du requérant), alors que la décision litigieuse fait état, en outre, de plusieurs moyens existant dans son chef d'accéder aux soins (association caritative, présence famille et marché du travail), moyens qui ne sont pas, ou pas utilement, critiqués par la partie requérante ainsi qu'il ressort des considérations émises *infra*, le Conseil estime que l'argumentation de la partie requérante manque de pertinence *in specie*.

Ensuite, s'agissant de l'argumentation selon laquelle la partie défenderesse n'a pas répondu aux arguments et documents invoqués par le requérant sur la défaillance des structures psychiatriques et sur la mauvaise prise en charge de la santé mentale au Bénin, et qu'elle s'est contentée, à cet égard, de renvoyer à des sites Internet, sans fournir d'éléments de réponse, ainsi qu'à une jurisprudence ancienne de la Cour E.D.H., outre le fait que cette critique est peu étayée, le Conseil estime qu'elle n'est pas fondée. Tout d'abord, le Conseil relève que la partie requérante se contredit lorsqu'elle prétend, d'une part, que la partie défenderesse ne s'est pas prononcée sur les deux articles déposés par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation au séjour critiquant la défaillance et l'insuffisance de l'infrastructure psychiatrique au Bénin, et, d'autre part, que la partie défenderesse a écarté, dans la décision querellée, lesdits articles en citant une jurisprudence ancienne de la Cour E.D.H., à savoir l'arrêt « Vilvarajah » datant de 1991. Ensuite, le Conseil constate que, contrairement à ce que la partie requérante allègue en termes de requête, la partie défenderesse a répondu aux éléments invoqués par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour relatifs à la défaillance des structures psychiatriques et à la mauvaise prise en charge de la santé mentale au Bénin, en ces termes : *« [l]e conseil de l'intéressé avance, à l'appui de la demande 9ter, deux articles au sujet des soins psychiatriques au Bénin. Soulignons à ce sujet 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, § 11) 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 [...] »*, motifs qui ne sont pas

critiqués par la partie requérante en termes de requête, si ce n'est le caractère ancien de la référence à la jurisprudence de la Cour EDH, ce qui ne saurait suffire pour emporter l'annulation de l'acte attaqué. Quant à la référence, en termes de requête, à l'arrêt n° 82.069 du 31 mai 2012 du Conseil de céans, le Conseil estime qu'elle manque en tout état de cause de pertinence dès lors que la partie requérante ne conteste pas, en termes de requête, le motif tiré de la présence d'une association caritative de services pour malades mentaux opérant par l'intermédiaire de 4 centres au Bénin, assurant l'accueil et le traitement des malades, et, partant, de la possibilité pour le requérant de se diriger vers une telle association, en cas de nécessité.

Par ailleurs, s'agissant des griefs faits à la partie défenderesse de ne pas avoir analysé la prise en charge financière ou en nature des personnes indigentes et d'avoir conditionné l'accès aux soins requis par sa pathologie à l'obtention d'un travail alors que le requérant ne peut travailler en raison de sa maladie, le Conseil constate qu'ils manquent pareillement de pertinence en l'espèce. En effet, le Conseil observe que la partie requérante ne conteste pas, en termes de requête, le motif exposé dans la décision attaquée selon lequel le requérant pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, autrement que par les affirmations selon lesquelles « *il est manifeste que le requérant ne peut valablement travailler, à tout le moins dans un premier temps [...]* » et « *[...] la maladie du requérant (dépression) [...] constitue un réel obstacle au travail* », affirmations qui ne sont cependant nullement étayées et relèvent de la pure hypothèse, en sorte que le Conseil ne peut y avoir égard dans le cadre du présent contrôle de légalité. En outre, à supposer même que le requérant ne puisse pas accéder au marché du travail dans son pays d'origine et qu'il soit indigent, ce qui au demeurant n'est pas démontré, force est de constater que la partie requérante n'a pas plus avantage à se prévaloir de cet argument dès lors qu'elle conteste pas, en termes de requête, le motif tiré de la possibilité, pour le requérant, de faire appel à l'aide financière ou en nature de sa famille présente sur place, ainsi que de la possibilité qu'elle a également, en cas de nécessité, de se rendre auprès de l'association caritative « Sainte-Camille-de-Lellis » qui dispose de quatre centres au Bénin.

Quant au certificat médical établi par le médecin psychiatre du requérant du Dr. [K.L.] en date du 22 mars 2012, annexé à la requête, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie requérante l'a transmis à la partie défenderesse par courrier complémentaire du 6 avril 2012, soit à une date postérieure à l'acte attaqué, pris le 3 avril 2012, en sorte que, bien que la partie requérante ne semble pas en tirer argument en termes de requête, il ne peut raisonnablement être reproché à la partie défenderesse de ne pas l'avoir pris en compte avant la prise de la décision attaquée. Le Conseil renvoie à cet égard à la jurisprudence administrative constante rappelée au paragraphe précédent sur les éléments qui n'ont pas été portés en temps utile à la connaissance de la partie défenderesse.

3.4. Enfin, s'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à son argumentation, dès lors que la décision attaquée n'est, en l'espèce, assortie d'aucune mesure d'éloignement. Il rappelle en tout état de cause que la Cour E.D.H. a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. 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 militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Unis, §§42-45).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises. Par conséquent, le Conseil considère que le moyen est inopérant, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

S'agissant de l'allégation avancée en termes de requête selon laquelle, en ne se prononçant pas sur la mauvaise prise en charge de la santé mentale au Bénin, la partie défenderesse n'a pas analysé les traitements inhumains et dégradants découlant de ce constat, en violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil renvoie aux considérations émises *supra* à cet égard au point 3.3. du présent arrêt. S'agissant plus particulièrement de la référence, en termes de requête, à l'arrêt « D. c. Royaume-Uni » du 2 mai 1997 de la Cour E.D.H., le Conseil note en tout état de cause que la référence à l'arrêt précité de la Cour E.D.H. manque de pertinence en l'espèce dès lors que la Cour E.D.H. y a conclu à la violation de l'article 3 de la CEDH dans un contexte particulier où le requérant était parvenu à un stade critique de sa maladie fatale et qu'il avait fait l'objet d'une décision d'expulsion dans son pays d'origine, *quod non* en l'espèce.

S'agissant enfin de l'allégation développée en termes de requête selon laquelle la partie défenderesse n'a pas envisagé la prise en charge des médicaments et des soins pour les personnes indigentes, en violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil renvoie aux considérations émises *supra* à ce sujet au point 3.3. du présent arrêt. Quant à la référence, en termes de requête, à l'arrêt n° 80.553 du 1^{er} juin 1999 du Conseil d'Etat, le Conseil estime qu'elle n'est pas davantage pertinente dans le cas d'espèce. En effet, dans l'arrêt précité, le Conseil d'Etat a conclu à la violation de l'article 3 de la CEDH car la partie défenderesse n'avait pas cherché précisément à savoir si les soins spécifiques nécessités par l'état du requérant lui seraient effectivement accessibles dans son pays d'origine, compte tenu de son état d'indigence, *quod non in specie* ainsi qu'il résulte des considérations émises *supra*, considérations qui n'ont pas été valablement contestées en termes de requête.

3.5. Eu égard à ce qui précède, le Conseil estime que la partie requérante n'est pas parvenue à démontrer que la partie défenderesse a violé les dispositions et le principe général visés au moyen unique et commis une erreur manifeste d'appréciation, en décidant, sur la base du rapport de son médecin conseil, que le traitement et le suivi des pathologies du requérant sont disponibles au Bénin, que les soins de santé au pays d'origine sont accessibles au requérant et qu'« *il n'apparaît pas que [le requérant] souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* » [ni] [...] *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 le pays où il séjourne* ».

Partant, le moyen unique n'est pas fondé.

4. Débats succincts

Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut pas être accueillie, 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.

La requête en annulation étant rejetée 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 annulation est rejetée.

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

Mme C. ADAM,	président f.f., juge au contentieux des étrangers,
--------------	--

Mme A. P. PALERMO	greffier.
-------------------	-----------

Le greffier,	Le président,
--------------	---------------

A. P. PALERMO	C. ADAM
---------------	---------