



## Arrêt

**n° 177 014 du 27 octobre 2016  
dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : X**

**contre :**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la  
Simplification administrative**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 12 avril 2016, en leur nom personnel et au nom de leur enfant mineur, par X et X, qui déclarent être de nationalité kirghize, tendant à la suspension et à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 23 février 2016.

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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 15 septembre 2016 convoquant les parties à l'audience du 7 octobre 2016.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. KALIN *loco* Me H. VAN VRECKOM, avocat, qui comparaît pour les parties requérantes, et Mme M. DE SOUSA *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.**

Selon leur déclarations, les requérants sont arrivés en Belgique le 21 juin 2011.

Le 28 juin 2011, ils ont sollicité l'asile auprès des instances belges. Leurs procédures respectives se sont clôturées par des décisions de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire, prises le 25 juillet 2012 par le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides.

Par un courrier recommandé du 8 juillet 2011, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse en date du 22 septembre 2011.

Par un courrier recommandé du 26 septembre 2011, les requérants ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9<sup>ter</sup> précité de la loi du 15 décembre 1980, que la partie défenderesse a déclarée irrecevable le 8 novembre 2011.

Par courrier recommandé du 2 novembre 2011, les requérants ont introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande, qui a été déclarée recevable le 20 décembre 2011, a été complétée à de nombreuses reprises et notamment les 29 mars 2012, 9 août 2012, 5 novembre 2012, 23 avril 2013 et 8 février 2014.

En date du 12 février 2015, la partie défenderesse a pris une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation du 2 novembre 2011.

Le recours introduit à l'encontre de cette décision a fait l'objet d'un arrêt d'annulation n° 155 430 du 27 octobre 2015.

Par un courrier du 11 décembre 2015, les parties requérantes ont actualisé leur demande.

Le 29 janvier 2016 le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu son avis sur la situation médicale de la deuxième requérante.

Le 23 février 2016, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande d'autorisation de séjour des requérants non fondée. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

*« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 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.*

*Madame [la deuxième partie requérante] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.*

*Dans son avis médical du 29.01.2016 (remis à la requérante sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.*

Dès lors,

*1 ) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou  
2) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.*

*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.*

*Il faut procéder au retrait des attestations d'immatriculations qui ont été délivrées dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier les intéressés du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour »*

## **2. Exposé du moyen d'annulation.**

Les parties requérantes prennent un moyen unique libellé comme suit :

«

### **PREMIER ET UNIQUE MOYEN**

**Pris de l'erreur manifeste d'appréciation, du défaut de motivation matérielle constituant une violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ainsi que de la violation de l'obligation de**

**motivation formelle pris des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, l'article 3 CEDH, des principes de bonne administration, dont le principe du raisonnable, de la minutie, la préparation soignée des actes administratifs et l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause.**

## **1. En droit**

### **a. Sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980**

Attendu que l'article 9 ter, §1er de la Loi du 15 décembre 1980 dispose que «*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* » ;

Que selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, la mise en place de cette possibilité «*concerne les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitements inhumains et dégradants dans le pays d'origine ou de séjour*» (Doc. Pari., Chambre, 2005- 2006, 51-2478/001, pages 34 et 35) ;

Qu'il s'agit d'une transposition de l'article 15 de la directive «Qualification» n°2004/83/CE du 29 avril 2004 qui définit les atteintes graves justifiant le droit de la protection subsidiaire ;

Que ce mécanisme s'inspire en partie de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). Que l'article 3 CEDH a été interprété par la Cour Européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *D. contre le Royaume-Uni* du 2 mai 2007 confirmé par l'arrêt 7V. *contre Royaume-Uni* comme excluant qu'un État puisse éloigner un étranger en cas de risque grave pour son état de santé, notamment si ce risque découle de l'absence de traitements médicaux dans son pays d'origine ;

Qu'il se déduit à la fois du droit belge et de l'article 3 de la CEDH que l'interdiction d'éloigner est une interdiction absolue ;

Qu'une interdiction absolue est une interdiction qui ne prend en considération ni le comportement de la personne concernée, ni des considérations de type financière ou économique liées aux pays d'accueil ;

Que dès lors qu'un risque sérieux existe que les soins ne soient pas disponibles au point de mettre en danger la vie de la personne concernée, ce risque doit être pris en considération, mais aussi lorsque l'intégrité physique de la personne serait en péril, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ayant un champ d'application plus large que l'article 3 de la CEDH ( voir CE., n° 228.778 du 16 octobre 2014 et R.v.St. n° 225.632 du 19 juin 2013 disponibles sur <http://www.kruispuntmi.be/nieuws/raad-van-state-verdeeld-over-draagwijdte-artikel-9ter-verblijfswet>) ;

Qu'en ce qui concerne l'adéquation du traitement, elle doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent que de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc;

Que l'Office des étrangers a fait référence à cette condition de disponibilité concrète et réelle lors de son audition au Parlement indiquant : « *L'accessibilité effective dans une infrastructure et la possibilité médicale de recevoir un traitement et des médicaments sont également prises en compte* » (Doc. Parl., Chambre, Sess. Ord. 2005- 2006, n°2478/008, exposé introductif, page 137). Que cette adéquation signifie que la requérante devrait être en mesure d'accéder à un traitement « adéquat » comme celui qu'il suit sur le territoire belge ;

**b. Sur l'obligation de motivation matérielle et formelle et les principes de bonne administration, dont le principe du raisonnable, de la minutie, la préparation soignée des actes administratifs et l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause.**

Attendu que les articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 imposent une motivation correcte et complète des décisions administratives. Qu'il doit s'agir d'une motivation qui prenne en compte l'ensemble des éléments du dossier, qui réponde à ceux-ci de manière pertinente et qui permette au destinataire de l'acte de ne comprendre la portée et le raisonnement sous-jacent ;

Que comme on le retrouve dans la jurisprudence du Conseil d'État, « *Le contrôle juridictionnel de la motivation d'un acte qui doit être motivé en la forme ne porte pas seulement sur l'existence d'une motivation ; la motivation doit être adéquate et le contrôle s'étend à cette adéquation, c'est-à-dire à l'exactitude-, l'admissibilité et la pertinence des motifs* » (C.E. n°105.385 du 25 avril 2002) ;

Que les motifs de fait doivent donc être pertinents d'un point de vue juridique, avoir une base légale correcte, en faire une application exacte et le cas concret doit pouvoir se trouver dans cette base juridique ;

Que s'agissant de la motivation relative à l'article 9 *ter*: la motivation d'une décision fondée sur cet article doit établir clairement que la maladie n'est pas grave ou que les soins sont disponibles et accessibles ;

Que le § 1 de l'article 9 *ter* implique que l'Office des Etrangers démontre en quoi il n'y aurait pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante en cas de renvoi dans son pays d'origine ou de séjour ;

Que l'obligation de motivation formelle des actes administratifs ainsi que les principes de bonne administration imposent non seulement que l'acte permette à son destinataire de connaître les motifs de droit et de fait à la base de la décision mais également que cette motivation soit complète et adéquate ;

Qu'une motivation adéquate nécessite, notamment, que les motifs soient exacts, pertinents et admissibles, c'est-à-dire qu'« un lien raisonnable de cause à effet existe entre le motif retenu et la décision attaquée »<sup>1</sup>.

Que le devoir de minutie impose à l'administration de se montrer rigoureuse dans la recherche des faits pertinents, dans la prise en compte de l'ensemble de ces éléments, et dans l'application du droit aux faits (« *rapportée à la constatation des faits par l'autorité, la mission de sauvegarde du droit incombant au Conseil d'Etat a toutefois pour corollaire que celui-ci doit examiner si cette autorité est arrivée à sa version des faits dans le respect des règles qui régissent l'administration de la preuve et si elle a réellement fait montre, dans la recherche des faits, de la minutie qui est de son devoir* » (C.E., Claeys, no. 14.098, du 29 avril 1970)) ;

Que le contrôle du juge administratif ne se limite pas au contrôle de l'erreur manifeste d'appréciation, mais également et principalement de l'exactitude ;

Qu'il ressort de ce qui précède que les décisions qui ne reposent pas sur des motifs suffisamment admissibles, compréhensibles, pertinents et exacts doivent être censurées dans la mesure où elles constituent une erreur manifeste d'appréciation mais également dans la mesure où elles violent l'obligation de motivation formelle ;

Que par ailleurs, lorsque la décision entend déroger à un droit fondamental, cette obligation de motivation adéquate doit être renforcée ;

### **c. Sur le principe du raisonnable**

Attendu que le principe du raisonnable est un principe de bonne administration reconnu par le Conseil d'État, selon lequel « le principe du raisonnable est violé lorsqu'une décision repose sur des motifs exacts en fait et admissibles en droit, mais qu'il existe une inadéquation manifeste entre ces motifs et la teneur de la décision » (C.E., arrêt n° 56408, du 1 février 1999) ;

Qu'ainsi, le Conseil du Contentieux des étrangers, lors de l'exercice de son contrôle légal, doit examiner si la partie adverse, lors de l'appréciation de la demande, s'est basée sur les bonnes données factuelles

et les a apprécié de manière exacte et s'il n'est pas arrivée à une décision manifestement déraisonnable;

## **2. Application au cas d'espèce**

### **a. Remarques préliminaires**

Attendu que la décision attaquée (pièce 1) est motivée comme suit:

*« Dans son avis médical du 06.02.2015 (remis à la requérante sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.*

*Dès lors,*

*1) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*

*2) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.*

*Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive européenne 2004J83/CE, ni /article 3 CEDH » ;*

Qu'il s'agit au mot près de la même motivation que celle de la décision du 12 février 2015, qui a fait l'objet d'un arrêt d'annulation de Votre Conseil (arrêt n° 155 430 du 27 octobre 2015) ;

Qu'en ce qui concerne l'avis du médecin conseil, la seule différence remarquable est l'ajout d'un paragraphe concernant la disponibilité des soins :

« Bien que l'état de santé de la patiente ne requérait pas spécifiquement un suivi urologique et bien que le problème urologique ne présentait aucune lésion urologique spécifique démontrée mais une dysurie sur infection urinaire disparue sous traitement de l'infection (suivant le CMT du 31.10.2012), une recherche d'urologues a été réalisée (sic) dans un souci d'exhaustivité.

Il apparaît clairement que des urologues sont formés à l'université kirghize de Bichkek par un urologue reconnue par ses pairs internationaux.

«Le prof. G.S. Tchernetsoff, responsable de la formation des urologues à l'université kirghize de Bichkek, participe aux Congrès de l'Association mondiale de l'urologie ». Ce professeur est donc bien un urologue disponible au Kirghizstan. »

Que, par conséquent, il est ajouté comme information concernant tant l'accessibilité que la disponibilité, qu'il y a un urologue disponible au Kirghizstan ;

Qu'il faut tout d'abord noter qu'il s'agit d'un seul urologue, ce qui donne peu voire aucune certitude en matière de disponibilité des soins, qui en outre est Professeur à l'Université ; que l'avis du médecin conseil ne donne aucune indication quant à sa pratique de l'urologie ;

Que par ailleurs, Votre Conseil avait estimé dans son arrêt du 27 octobre 2015 :

« 3.3. L'argumentation développée par la partie défenderesse en termes de note d'observations, selon laquelle « La partie requérante estime encore que le médecin fonctionnaire est « très imaginaire pour déduire de l'existence d'une faculté de médecine qu'un traitement adéquat serait disponible pour une patiente atteinte de sclérose en plaque » et que faisant ce constat, il ridiculiserait ses observations. Force est de constater que ce grief est tout simplement hors de propos et ce d'autant plus qu'il ressort à suffisance du dossier administratif que d'une part, des médecins spécialistes (neurologues, internistes,...) sont disponibles au Kirghizstan et d'autre part que la partie requérante ne remet nullement en question ce constat mais se borne à soulever leur incompétence, de façon générale et sans fondement aucune » ne saurait être suivie au vu des considérations qui précèdent.

3.4. Il résulte de ce qui précède qu'en ce qu'il est pris de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, et de l'article 62 de la loi, le moyen est fondé et suffit à justifier l'annulation de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour des requérants. »

Que la décision prise suite à cet arrêt ne complète la motivation que sur un point, à savoir la non-nécessité d'un traitement urologique, ce qui ne suffit pas à remplir les obligations de motivation découlant des articles cités ci-dessus ;

Que lesdites dispositions, ainsi que les principes de bonne administration, dont le principe du raisonnable, de la minutie, la préparation soignée des actes administratifs et l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause ;

Qu'en effet, un courrier a été adressé à l'Office des Etrangers en date du 11 décembre 2015 afin de compléter le dossier médical des requérants, avec un certificat médical type du 25 novembre 2015 et un certificat médical circonstancié du 26 novembre 2015 (pièces 3 et 4) ; que ni la décision attaquée, ni l'avis du médecin conseil ne mentionnent ces deux certificats ou leur contenu ; qu'il semble que lesdits certificats n'ont pas été pris en compte par la partie adverse lors de sa prise de décision ;

Que le certificat du 25 novembre 2015 (pièce 3) indique, en terme de besoins spécifiques en matière de suivi médical :

« Besoin d'accès en moins de 24h à une institution hospitalière en cas de poussée pour administration de corticothérapie (pendant environ 5 jours). Visite chez le neurologue 3-4x par an pour suivi de traitement (effets secondaires, efficacité) et IRM cérébral 1x par an ».

Que la décision attaquée ne répond nullement à ces précisions de la part du médecin spécialiste en Neurologie, le Docteur CAPRON ; que les principes de bonne administration ont dès lors manifestement été violés par la décision attaquée ;

Qu'il n'est pas mis en doute par la décision attaquée que la maladie est d'une gravité telle que l'absence de soins adéquats représenterait un traitement inhumain ou dégradant ;

Que la décision attaquée considère, à tort, que les soins adéquats sont disponibles et accessibles au Kirghizistan ;

#### **b. Concernant l'allégation de disponibilité des soins adéquats**

Que l'avis du médecin-conseil estime que « *les médicaments qui lui sont prescrits sont également accessibles dans la liste des médicaments essentiels de Kirghizie (Interféron, Alprazolam, Acide ascorbique, Amitriptyline, Methylprednisolone) à l'exception du Cranberry dont l'efficacité est toujours contestée actuellement* » ;

Que, pourtant, dès son arrivée en Belgique, la requérante a été hospitalisée en raison d'un accès de sclérose en plaque, dû à l'absence de traitement à l'Interféron au Kirghizistan, comme l'en atteste le Dr. VERHALLE (pièce 5) ;

Que le diagnostic de la sclérose en plaque a d'ailleurs été établi à Mouscou (pièce 5), l'hôpital de Bichkek n'ayant pas réussi à diagnostiquer cette maladie ;

Que le traitement de la requérante est « *réalisé par des injonctions IM hebdomadaires d'Avonex* » (pièce 7, page 3 du rapport de consultation). Que les différents certificats médicaux indiquent tous l'Avonex comme traitement principal pour la requérante (pièces 4, 7,8, 9,15,17 et 21) ;

Qu'elle ne peut absolument pas arrêter ce traitement « *par risque sévère de poussée handicapante* » (pièce 21) ;

Que l'avis du médecin-conseil estime que l'Interféron bêta-1a, traitement que suit la requérante au moyen d'injections **d'Avonex**, serait disponible au Kirghizistan. Qu'il se base pour cela sur une base de données non publique (MedCOI). Que, selon ce même avis, les médicaments prescrits seraient également cités dans la liste des médicaments essentiels de Kirghizie réalisée par l'OMS. Que pour cette dernière il s'agit cependant de l'Interféron et non de l'Interféron bêta-1a ;

Que comme le montre la page de Wikipédia sur l'interféron (pièce 18), il existe de nombreux types d'interféron utilisés pour différentes maladies :

« *Plusieurs types d'interféron sont maintenant approuvés pour utilisation chez l'homme.*

*Aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a approuvé en récemment 2001 et 2002 plusieurs formules de « pegylated interferon-alpha » dans lequel du polyéthylène glycol a été ajouté à*

*l'interféron pour le faire durer plus longtemps dans l'organisme. Cette forme « pegylatée » est injectée une fois par semaine au lieu de trois pour les traitements classiques à l'interféron. Utilisé en combinaison avec des antiviraux (ribavirine), l'interféron pégylé donne des taux de guérison durable de 75 % ou plus chez les personnes touchées par une hépatite C de génotype 2 ou 3 (facile à traiter), mais reste inférieur à 50 % chez les personnes atteintes par le génotype 1 (le plus commun aux États-Unis et en Europe occidentale).*

*L'interféron-bêta-1 a et l'interféron bêta-1 b sont utilisés pour traiter ou contrôler la sclérose en plaques. Par un mécanisme encore inconnu, l'interféron-bêta inhibe la production de cytokines Th1 et l'activation des monocytes » ;*

Qu'en alléguant que l'interféron est disponible au Kirghizistan, l'avis du médecin-conseil ne démontre donc en rien en quoi le traitement prescrit serait disponible, puisqu'il s'agit spécifiquement de l'interféron-bêta-1a dont la requérante a besoin ;

Que la requérante s'est adressée au « Soir de Bichkek » (pièce 12), un quotidien en langue russe publié au Kirghizistan<sup>2</sup> car « Dans le cadre du projet « Instruction juridique », la rédaction du « Soir de Bichkek » chargée de l'Internet octroie à ses lecteurs une possibilité d'avoir une consultation dans les domaines les plus différents ». Que la requérante a notamment adressé la question suivante à la rédaction du journal : « Pourriez-vous préciser où, à Bichkek, pourrais-je obtenir le médicament « Avonex-interféron-bêta-1 a » ? ». Que la requérante a obtenu la réponse suivante : « Afin d'avoir des renseignements, le « Soir de Bichkek » s'est adressé au Département d'approvisionnement médicamenteux et des équipements médicaux. Selon ces renseignements, le produit « Avonex-Interféron bêta-1 a » n'a pas été enregistré et il est donc absent sur le territoire du Kirghizstan » ;

Que la requérante a également contacté des pharmacies au Kirghizistan pour connaître la disponibilité de l'Avonex (pièce 14). Que la réponse fut la suivante : « Malheureusement, le produit en question n'existe pas, pas d'information à son sujet » ;

Que le requérant a également contacté le Fonds d'assurance médicale obligatoire près le gouvernement de la République de Kirghizie (pièce 23), qui indique :

« La préparation médicale « Interferon beta-1a » ne fait pas partie du Registre d'Etat comprenant des produits médicaux et des produits destinés à l'usage médical qui sont autorisés à l'utilisation médicale sur le territoire de la république de Kirghizie. Par conséquent, elle est absente sur le marché pharmaceutique. »

Que, comme le montre les démarches faites par la requérante, le traitement adéquat n'est pas disponible au Kirghizistan ;

Que l'absence de traitement adéquat ne concerne pas seulement le médicament, mais également le suivi par un médecin spécialisé ;

Que l'avis du médecin-conseil se base sur les pages jaunes pour estimer que « une crise peut être gérée dans un des nombreux hôpitaux de Kirghizie » ;

Que les pages jaunes ne sont pas une source d'information permettant d'estimer si les hôpitaux listés permettent en effet de gérer une crise de sclérose en plaque ou disposent d'un service spécialisé en neurologie ;

Que l'avis du médecin conseil rapporte que « l'université de Kirghizie possède une faculté de médecine formant un personnel médical hautement qualifié entre autres en urologie et en neurologie avec une formation universitaire appropriée aux besoins des systèmes de santé de la Russie et le Kirghizstan. De ces informations on peut conclure que le suivi et le traitement sont disponibles au pays d'origine ».

Qu'il faut être très imaginatif pour déduire de l'existence d'une faculté de médecine qu'un traitement adéquat serait disponible pour une patiente atteinte de sclérose en plaque ;

Que cela montre l'absence d'éléments trouvés par le médecin-conseil pour motiver son avis en termes de disponibilité du traitement ;

Qu'en argumentant son avis de la sorte, le médecin-conseil ridiculise l'allégation première de la disponibilité des soins au pays d'origine de la requérante ;

Que lorsque la requérante s'est rendue à l'hôpital principal de Bichkek, le service de neurologie n'est pas parvenu à diagnostiquer la sclérose en plaque ;

Que, comme en témoigne le Dr. CAPRON (pièce 21), « *Il y a 5 ans à peine, en 2010, lorsqu'elle a présenté les premiers symptômes de sa sclérose en plaques (SEP), elle a consulté un neurologue au Kirgystan qui a minimisé ses symptômes, a évoqué de l'hystérie, voire une possession, et l'a dénigré vis-à-vis de sa propre famille. Elle a par elle-même pris rendez-vous à Moscou et payé 6000 dollars pour refaire des investigations, et un diagnostic de sclérose en plaques a été posé à Moscou.*

*Une proposition de traitement par interféron a été faite mais la patiente n'étant pas ressortissante russe, ne pouvait y accéder dans ce pays.*

*Elle est donc retournée voir le neurologue Kirghize, qui a banalisé ces résultats mais a mis en doute et a confirmé que, vu qu'elle n'avait pas de handicap visible, il n'était pas utile de traiter. Ce n'est effectivement qu'en Belgique que la patiente a bénéficié pour la première fois d'un traitement de fond » ;*

Qu'il ressort clairement de l'historique médical de la requérante que les soins adéquats ne sont pas disponibles au Kirghizistan ;

Que le neurologue de l'hôpital principal du pays, situé à Bichkek, n'est pas à même de reconnaître ni une sclérose en plaque, ni les dangers qu'une telle maladie implique pour l'état de santé de la requérante ;

Qu'il s'agit pourtant du seul hôpital du pays disposant d'un service aussi spécialisé en neurologie. Que la requérante n'aura donc pas l'opportunité de se diriger vers un autre service dans l'espoir qu'il serait plus compétent ;

Que, par conséquent, même si l'Avonex-Interféron-bêta-a était en vente au Kirghizistan, il ne serait pas prescrit à la requérante, car la gravité de son état de santé et l'importance de soins préventifs dans le cas d'une sclérose en plaque ne sont pas reconnus par les médecins Kirghizes ;

Qu'à cause de l'absence de traitement au Kirghizistan, l'état de santé de la requérante s'est dégradé de manière telle qu'elle a dû être hospitalisée lors de son arrivée en Belgique ;

Que ce n'est pas avec des éléments tels que les pages jaunes ou l'existence d'une faculté de médecine que le médecin-conseil peut démentir de manière convaincante ces circonstances concrètes, vécues par la requérante ;

Que très peu d'informations sont publiquement disponibles concernant les soins dont on peut bénéficier au Kirghizistan. Que le bénéfice du doute doit être laissé à la requérante, particulièrement au vu de son historique médical ;

Qu'on peut lire dans le « *Pharmaceutical Sector Scan Summary Report* » à propos du Kirghizistan que : « *The number of specialists with secondary and higher education has been decreased, partially due to restructuring of the health services, but more due to external migration and outflows of medical personnel from the health sector* » (pièce 19, p. 9, traduction libre : le nombre de spécialistes avec une éducation secondaire et supérieure a diminué, en partie suite à des restructurations dans les services de soins de santé, mais surtout à cause de migrations extérieures et d'abandon du secteur de la santé par le personnel médical) ;

Que ce même rapport reproche au ministère de la santé au Kirghizistan de ne pas publier suffisamment d'information quant à la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, et estime que (pièce 19, p. 19) « *The Ministry of Health and the DRA of the Kyrgyz Republic should ensure access to appropriate and updated information as much as possible* » (traduction libre : le ministère de la santé et le DRA de la République Kirghize devrait autant que possible assurer l'accès à des informations appropriées et mises à jour) ;

Que la décision attaquée reste donc en défaut de motiver en quoi les soins adéquats seraient disponibles au Kirghizistan ;

Que, partant, la décision attaquée viole les articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, qui imposent une motivation correcte et complète des décisions administratives ;

Que le Conseil du Contentieux des étrangers a déjà jugé dans un arrêt n°49.781 du 19 octobre 2010 qu'il y a lieu d'examiner la disponibilité des soins dans le pays d'origine en tenant compte de la situation particulière de la personne concernée. Que cette situation particulière comprend notamment la spécificité de la maladie et l'expertise qu'elle nécessite ;

Qu'une maladie telle que la sclérose en plaque nécessite une expertise approfondie quant à son traitement par l'interféron ;

Que la décision attaquée n'a pas fait un examen correct de la disponibilité des soins compte tenu de l'expertise que nécessite le traitement de la sclérose en plaque dont souffre la requérante ;

Que, partant, la décision attaquée viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;

### **c. Concernant l'allégation d'accessibilité des soins adéquats**

Que le médecin-conseil écrit dans son avis que « *Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Kirghizstan, le conseil des requérants apporte plusieurs documents, à savoir « soins de santé, une priorité pour des milliers de personnes touchées par la violence au Kirghizstan », un rapport de l'organisation mondiale de la santé sur la stratégie de coopération et enfin un article publié par les médecins, « les soins de santé dans la ligne de mire ».*

*Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle de autres victimes de maladie vivant au Kirghizstan. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009) » ;*

Que le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (pièce 16) montre la situation déplorable en termes de soins de santé au Kirghizistan ;

Que la requérante démontre sa situation individuelle puisqu'elle est atteinte d'une maladie grave, la sclérose en plaque, qui nécessite absolument des soins adaptés dont les coûts sont extrêmement élevés sans intervention de l'état ; que ni la gravité de la maladie de la requérante ni les soins qu'elle requiert ne sont mis en doute par la décision attaquée ;

Qu'au répertoire des médicaments remboursables dans le cadre du programme complémentaire d'assurance médicale obligatoire et du programme d'octroi des garanties d'état assurées au niveau ambulatoire au Kirghizistan (pièce 13), on ne retrouve aucun type d'interféron ;

Que cela est confirmé par la lettre du Fonds d'assurance médicale obligatoire près le gouvernement de la République de Kirghizie (pièce 23) :

« «Interferon beta 1-a » ne fait pas partie du « Répertoire des produits médicaux » remboursables dans le cadre du « Programme complémentaire d'assurance médicale obligatoire » et du « Programme d'octroi des garanties d'Etat assurées au niveau ambulatoire ». »

Que le quotidien «Le Soir de Bichkek» (pièce 12) a également informé la requérante que «*Avonex-Interféron bêta-1 a », donc, n'est pas délivré gratuitement et n'est pas repris par le registre de médicaments gratuits » ;*

Que le niveau de corruption est élevé au Kirghizistan. Que, selon un rapport spécial sur la prévention de la corruption au Kirghizistan, « *The result of corruption in the Republic is aggravated social inequality because the poor have limited opportunities to access basic social services (free éducation, public health services and provision of pensions) »* (pièce 20, p. 135, traduction libre : la conséquence de la corruption en République kirghize est une inégalité sociale aggravée car le pauvre a des opportunités limitée d'accéder aux services sociaux de base (éducation gratuite, services de soins de santé publique, pensions)) ;

Que cela ajoute aux rapports déjà déposés par la requérante qui démontrent l'absence d'accessibilité aux soins de santé pour beaucoup de citoyens au Kirghizistan, dont la requérante ;

Que, comme nous l'avons démontré ci-dessus, les soins n'étant pas disponibles au Kirghizistan, la requérante devrait se rendre en Russie pour obtenir les médicaments dont elle a besoin. Que la requérante ne dispose pas de la citoyenneté de Russie et n'aura donc pas accès à l'assistance médicale pour les citoyens. Qu'il existe une assistance médicale aux citoyens étrangers se trouvant sur le territoire de la Fédération de Russie, mais que celle-ci, comme son nom l'indique, n'est octroyée qu'à des personnes se trouvant sur le territoire de la Fédération de Russie (pièce 11), ce qui n'est pas le cas de la requérante ;

Que, comme le reconnaît la décision attaquée, la situation générale au Kirghizistan est celle d'un accès aux soins de santé difficile pour la plupart des citoyens. Que cette situation concerne particulièrement la requérante, puisqu'elle est dépendante des soins en question pour mener une vie décente ;

Que la décision attaquée considère que le mari et la famille de la requérante pourraient travailler pour lui payer des soins de santé adéquat ;

Qu'outre le fait que le traitement n'est pas disponible au Kirghizistan, les prix du traitement sont exorbitants, comme le montre un article HealthiNews (pièce 22). Que le coût peut donc s'élever jusqu'à 62 000\$ par an pour le traitement de la sclérose en plaque. Qu'il n'est pas possible, même en ayant une famille travaillant à temps plein, d'accéder à ces soins sans intervention de l'état ;  
Que la décision attaquée reste donc en défaut de motiver que les soins adéquats seraient disponibles au Kirghizistan ;

Que, partant, la décision attaquée viole les articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, qui imposent une motivation correcte et complète des décisions administratives ;

Qu'en outre, l'article 9ter a un champ d'application plus vaste que l'article 3 de la CEDH ;

Que les travaux parlementaires de la loi du 15 septembre 2006 explique l'introduction de l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers comme suit :

*«Pour des raisons de sécurité juridique, une procédure particulière est créée à l'article 9ter, nouveau, de la loi, en ce qui concerne les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain et dégradant dans le pays d'origine ou de séjour. L'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur; évaluée dans les limites de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme »(Doc. Pari, Chambre, 2005-2006, 51-2478/001, pages 34 et 35) ;*

Que pour décider que la requérante doit retourner dans son pays d'origine, l'accessibilité du traitement adéquat doit dès lors être démontrée, sous peine d'une violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980;

Qu'au vu de la gravité de la maladie, de l'indisponibilité et de l'inaccessibilité des soins adéquats, la décision attaquée, estimer qu'un retour au pays d'origine par la requérante ne constituerait pas un risque immédiat pour la vie ni une menace réelle, implique un risque sérieux et immédiat pour la requérante de traitements inhumains et dégradants ;

Que, partant, en rejetant la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la décision attaquée viole l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme en combinaison avec les dispositions légales et les principes de droit général de bonne administrations cités dans le moyen ;

Que la partie adverse viole également les principes de bonne administration, dont le principe du raisonnable, en prenant une décision qui est en contradiction avec les informations du dossier concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins adéquats au pays d'origine de la requérante ;

---

1 M. LEROY, « *Contentieux administratif* », Bruxelles, Anthémis, 2011, p. 395.

2 [http://fr.wikipedia.org/wiki/Vetchern%C3%AF\\_Bichkek](http://fr.wikipedia.org/wiki/Vetchern%C3%AF_Bichkek)

### 3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « [l]'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité [...] 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 au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet tous les renseignements utiles 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, [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ». Le cinquième alinéa indique que « *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 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 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 9 ter 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.

Le Conseil entend également rappeler que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier 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.

Le Conseil rappelle en outre 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 établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2. En l'occurrence, le Conseil constate que la décision attaquée se fonde sur le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 29 janvier 2016 et joint à la décision, dont il ressort que la

deuxième requérante est atteinte de sclérose en plaque de forme poussées-rémission, qui est actuellement stabilisée.

Ledit rapport indique par ailleurs que le traitement actif actuel est composé de : « Avonex (interféron bêta-1a), Alprazolam, Monurelle (Cranberry+vitamine C) et UPSA C (acide ascorbique), Redomex (Amitriptyline), Solumedrol Methylprednisolone IV en crise ».

S'agissant de la disponibilité de ce traitement et du suivi de la pathologie de la deuxième requérante dans son pays d'origine, le médecin de la partie défenderesse relève, en substance, sur base de la liste établi par l'OMS des médicaments essentiels du Kirghizstan consultable sur le site [http://www.who.int/selection\\_medicines/country\\_lists/Kyrg2009.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/Kyrg2009.pdf) et de la base de données Medcoi, la disponibilité de l'ensemble des médicaments qui lui ont été prescrits ou de leur substituts.

Il mentionne également, en s'appuyant sur la base de données Medcoi, la présence d'urologues, de neurologues, d'internistes, outre qu'il révèle que l'université du Kirghizstan possède une faculté formant du personnel hautement qualifié en neurologie et urologie et dont l'un des professeurs, bénéficie d'une réputation internationale d'urologue, ainsi que cela ressort du site internet [http://www.krsu.edu.kg/index.php?option=com\\_content&view=article&id64Itemid=186&lang=rub](http://www.krsu.edu.kg/index.php?option=com_content&view=article&id64Itemid=186&lang=rub).

Le médecin de la partie défenderesse considère enfin en s'appuyant sur le site <http://www.yellow-pages.kz/kg/en/companies/0/000381/>, qu'une crise de la requérante pourra être gérée dans l'un des nombreux hôpitaux kirghizes.

Quant à l'accessibilité des soins requis par la situation de la requérante, le médecin conseil, relève ce qui suit :

*« Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Kirghizstan, le conseil des requérants apportent plusieurs documents à savoir : « soins de santé, une priorité pour des milliers de personnes touchées par la violence au Kirghizstan », un rapport de l'organisation mondiale de la santé sur la stratégie de coopération et enfin un article publié par tes médecins, « les soins de santé dans la ligne de mire ». Cependant 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.*

*Notons que le rapport du « health systems in transition<sup>8</sup> » nous indique les soins de santé primaires sont gratuits pour tous les patients peu importe le type d'inscription qu'ils ont avec leur fournisseurs de soins de santé.*

*De plus, le mari de la requérante nous informe, lors de l'introduction de sa demande d'asile, qu'il a été ouvrier en travaux divers eu pays d'origine. Il est donc en âge de travailler et ne démontre par une éventuelle incapacité de travailler par une attestation d'un médecin du travail. Dès lors, en absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi les soins médicaux de son épouse [la deuxième partie requérante].*

*Enfin, Madame [la deuxième partie requérante] nous a indiqué dans sa demande d'asile que ses parents ainsi que son frère se trouvent au Kirghizstan. Aucun élément ne nous permet dès lors de "mettre en doute la présence de membres de la famille de l'intéressée au pays d'origine. Membres qui pourraient lui venir en aide pour financer ses soins de santé en cas de retour.*

*Rappelons que concernant l'accessibilité des soins requis que la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013).*

*Les soins sont donc disponibles et accessibles au Kirghizstan.*

8 Health systems in Transition « Kyrgyzstan health system review » vol.13 N°3 2011”

De ses constats, le médecin-conseil de la partie défenderesse a conclu que la situation médicale de la deuxième partie requérante ne peut justifier une autorisation de séjour en l'espèce sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 dès lors que le traitement requis est disponible et accessible au pays d'origine.

3.3. Le Conseil constate que les parties requérantes restent en défaut de démontrer que le fonctionnaire médecin aurait manifestement mal apprécié la disponibilité et l'accessibilité au pays d'origine du traitement médical requis ou n'aurait pas envisagé l'ensemble des éléments pertinents du dossier.

Contrairement à ce qui est soutenu dans la requête, l'avis du médecin fonctionnaire ne se limite pas à prétendre à l'absence de nécessité d'un suivi urologique, mais relève en sus, sur la base d'informations figurant au dossier administratif, tirées du site « [http://www.krsu.edu.kg/index.php?option=com\\_content&view=article&id64Itemid=186&lang=rub](http://www.krsu.edu.kg/index.php?option=com_content&view=article&id64Itemid=186&lang=rub) » et des données du projet Medcoi, que des urologues sont « disponibles » au Kirghizstan, le fonctionnaire médecin ayant actualisé à ce sujet son avis, suite à l'arrêt d'annulation précédent, par une nouvelle requête Medcoi du 28 décembre 2015. Ainsi également, il n'apparaît à la lecture du dossier administratif qu'un seul urologue serait présent au Kirghizstan.

Le Conseil estime, ensuite, que les certificats médicaux des 25 et 26 novembre 2015 ne constituent pas en soi des éléments auxquels il devait être spécifiquement répondu dans le cadre de l'appréciation de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis en l'espèce dès lors que la partie défenderesse n'était pas tenue de répondre à l'ensemble des arguments des parties requérantes, mais à leurs arguments essentiels, ce à quoi il a été satisfait en l'espèce.

L'argumentation tenant au « *besoin d'accès en moins de 24h à une institution hospitalière en cas de poussée pour administration de corticothérapie (pendant environ 5 jours). Visite chez le neurologue 3-4x par an pour suivi de traitement ( effets secondaires, efficacité) et IRM cérébral 1x par an* », évoqué dans le certificat du 25 novembre 2016, ne permet, en effet, pas de remettre valablement en cause l'analyse du fonctionnaire médecin relative à la disponibilité des neurologues, des IRM et de nombreux hôpitaux pouvant gérer une crise de la deuxième partie requérante au Kirghizstan.

Le Conseil observe, à cet égard que le médecin fonctionnaire s'est appuyé, dans son rapport, sur diverses sources qu'il cite et qui figurent au dossier administratif pour conclure à la disponibilité du traitement et suivi médical adapté à la pathologie de la deuxième requérante.

Au demeurant, le Conseil entend rappeler que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'une offre de traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible et accessible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison des niveaux de l'offre et de la qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique.

Quant à la disponibilité de l'interféron Beta-1a, qui constitue le principe actif de l'Avonex, le Conseil observe que le médecin de la partie défenderesse s'est fondé d'une part, sur la liste des médicaments essentiels du Kirghizstan établie par l'OMS et d'autre part, sur les requêtes Medcoi, n° BMA 7574 du 14 décembre 2015 et BMA 6151 du 12 décembre 2014.

Les constatations opérées par ces deux sources se vérifient à la lecture du dossier administratif et ne sont pas valablement contestées par les parties requérantes qui, par leur critique du caractère général de la molécule mentionnée dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS et la production de documents émanant des deux organismes kirghizes pour attester des difficultés d'accès à l'interféron beta-1a, ne parviennent toutefois pas à remettre en cause les informations précises issues de la base de données Medcoi sur la possibilité de se procurer ledit remède auprès de deux pharmacies de la capitale, localisées à « Kievskaya str. »

S'agissant enfin de l'accessibilité des soins médicaux requis, outre le fait que les parties requérantes ne remettent aucunement en cause l'indication selon laquelle le Kirghizstan est doté d'un système de gratuité de soins de santé primaires, le Conseil constate qu'elles restent également en défaut de contester valablement le constat que les soins médicaux de la deuxième requérante pourraient être financés par le travail de son époux ou encore l'aide de ses proches.

L'argumentaire du coût exorbitant dudit traitement au Kirghizstan n'est pas autrement étayé par les parties requérantes que sur la base d'un article produit en annexe de la requête, lequel est invoqué pour la première fois à cette occasion, et est dès lors sans pertinence pour apprécier la légalité de l'acte attaqué.

Il s'ensuit que les motifs tenant à la possibilité de financement des soins médicaux par les proches, et de la gratuité des soins primaires sont établis, et suffisent à justifier la décision attaquée en ce qui concerne l'accessibilité des soins requis.

En ce qui concerne la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'il ressort du dossier administratif que les éléments médicaux invoqués par les parties requérantes dans leur demande d'autorisation de séjour ont été examinés par la partie défenderesse qui a pu considérer qu'il n'apparaît pas que la deuxième requérante souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant puisqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Pour le surplus, il convient de rappeler que la partie défenderesse ne pourra procéder à l'éloignement forcé de la deuxième partie requérante si l'état de santé de celle-ci est sérieux au point que cet éloignement constituerait une violation de l'article 3 de la CEDH (en ce sens, arrêt CE, n° 207.909 du 5 octobre 2010).

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique n'est pas fondé.

#### **4. Débats succincts.**

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut 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.

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

#### **Article unique.**

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-sept octobre deux mille seize par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. D. NYEMECK, greffier,

Le greffier,

Le président,

A. D. NYEMECK

M. GERGEAY