



Arrêt

**n° 189 829 du 18 juillet 2017
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

Ayant élu domicile : au X

contre:

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

LE PRÉSIDENT DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 avril 2012, par X, qui déclare être de nationalité macédonienne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour, recevable mais non fondée, prise le 27 février 2012.

Vu le titre I^{er} bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 avril 2017 convoquant les parties à l'audience du 23 mai 2017.

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

Entendu, en leurs observations, Me L. ANCIAUX de FAVEAUX, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me M. DE SOUSA *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 23 mars 2011, le requérant a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges.

Le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

Cette procédure s'est clôturée aux termes d'un arrêt n° 64 897, prononcé le 19 juillet 2011, par lequel le Conseil de céans a constaté un désistement d'instance.

Le 4 août 2011, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile a été pris à l'égard du requérant.

1.2. Le 8 août 2011, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.3. Le 24 août 2011, le requérant a introduit une nouvelle demande d'asile auprès des autorités belges, laquelle a fait l'objet d'une décision de refus de prise en considération.

1.4. Le 27 février 2012, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2. non fondée. Cette décision qui a été notifiée au requérant, le 13 mars 2012, constitue l'acte attaqué et 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.

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

Le médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'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 en Macédoine (Ex-Rép. yougoslave de).

Dans son rapport du 23 février 2012 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles en Macédoine (Ex- Rép. yougoslave de) et que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager.

Concernant l'accessibilité des soins en Macédoine (Ex-Rép. yougoslave de) :

Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins en Macédoine, le conseil [du requérant] évoque plusieurs situations individuelles qu'aurait rencontré son client mais ne fournit aucune preuve ou élément tangible permettant d'attester des difficultés qu'aurait rencontré son client en Macédoine.

Il fournit un document de l'UNHCR, qui a été publié le 1^{er} avril 1996 afin d'attester la présence de corruption en milieu hospitalier en Macédoine.

Notons 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, Muslim/Turquie, § 68).

Notons par ailleurs que le Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale [référence à un site Internet en note de bas de page] indique que le système de santé macédonien couvre le risque maladie et précise que les prestations de soins de santé sont accessibles aux salariés, pensionnés, chômeurs inscrits à l'agence pour l'emploi et aux personnes sans ressources qui relèvent de l'assistance sociale, ce que confirme « l'European Observatory on Health Systems and policies »

dans son rapport de 2006 [référence à un rapport en note de bas de page]. Ce rapport nous informe également que les soins psychiatriques sont fournis principalement par les institutions publiques. Soulignons par ailleurs que les soins de santé mentale sont offerts aux trois niveaux classiques: primaire, secondaire et tertiaire [référence à un rapport en note de bas de page].

Notons également qu'il résulte de la consultation du site de la sécurité sociale macédonienne [référence à un rapport en note de bas de page] qu'il existe un système de droit à l'aide financière permanente. Ce système permet d'octroyer une aide financière à une personne incapable de travailler et qui n'est pas en mesure d'obtenir un financement sur base d'autres législations.

De plus, [le requérant et son épouse] sont en âge de travailler. Dès lors, en absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'ils ne pourraient avoir accès au marché de l'emploi dans leur pays d'origine et financer ainsi les soins médicaux [du requérant]. D'autre part, d'après leur demande d'asile, [le requérant] a encore de la famille vivant en Macédoine. Celle-ci pourrait les accueillir et les aider financièrement si nécessaire. Les soins sont donc accessibles en Macédoine.

Dès lors, les soins sont disponibles et accessibles en Macédoine (Ex-Rép. yougoslave de) et le médecin de l'OE conclut, dans son rapport, que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Macédoine (Ex-Rép. yougoslave de).

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 existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

3)

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 ».

1.5. Le même jour, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'égard du requérant.

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH) et du « principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause ».

2.1.2. Rappelant la teneur de l'obligation de motivation formelle, et relevant qu'« à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter [le requérant] avait communiqué des rapports médicaux établis par des médecins dont le numéro INAMI était clairement identifié ; Que ces rapports avaient été dressés par des médecins qui avaient pris la peine de voir le patient et de s'entourer d'exams complémentaires ; Que ces rapports font état d'une pathologie psychiatrique grave nécessitant un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique ; Attendu que l'Arrêté Royal du 24 janvier 2011 modifiant l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 fixant les modalités d'exécution de la loi du 15 décembre 2010 modifiant la loi du 15 décembre 1980 prévoit l'obligation dans le chef du demandeur de régularisation sur pied de l'article 9ter de fournir un certificat médical type reprenant clairement l'identité du médecin ainsi que son numéro INAMI ; Que ce médecin doit clairement préciser le diagnostic, le traitement actuel et la date du début du traitement des affections dans le chef du demandeur de régularisation, les conséquences et les

complications éventuelles qui pourraient survenir suite à un arrêt de ce traitement ; Que des obligations très claires et très précises sont par conséquent imposées au demandeur d'autorisation de séjour », elle fait valoir, à l'appui d'un premier grief, que « la partie adverse, quant à elle, fait état, pour rendre sa décision de non fondement de la demande 9ter d'un rapport établi par un médecin conseiller soit le Docteur [...] ; Que sauf erreur, ce médecin est un médecin généraliste, lequel remet donc en question des rapports établis par des psychiatres soit des médecins spécialisés et confirmés ensuite par des hôpitaux universitaires et décisions de justice !!! Qu'il convient en outre de constater que les qualifications de ce médecin ne sont aucunement communiquées, son numéro d'INAMI n'est pas précisé alors que cette personne donne un avis contraire au corps médical intervenu ». Elle ajoute « Qu'il convient également de constater que ce rapport est rendu par ce médecin conseiller sans qu'à aucun moment, il n'ait pu rencontrer le requérant afin de pouvoir rendre un diagnostic précis quant à la pathologie et quant aux risques éventuels en cas de retour dans son pays d'origine ; Pire ce médecin a exposé pouvoir se passer de visiter le patient ».

Critiquant l'avis du fonctionnaire médecin, la partie requérante soutient que ce dernier « a notamment basé son jugement sur une absence d'hospitalisation alors même que peu de temps après l'introduction d'une demande 9ter, le requérant a été placé à Lierneux sous protection de la loi du 26.06.1990. Qu'en outre et selon [le fonctionnaire médecin], on peut conclure au fait qu'il n'y a pas d'épilepsie démontrée et qu'un suivi neurologique n'est pas d'actualité alors même que le pronostic révélé par le Docteur [...] s'est confirmé par les hôpitaux universitaires et non universitaires qui ont accueilli le requérant depuis lors. Qu'en conclure que le certificat médical produit à l'appui de la demande est suffisant et de nature à rendre un examen clinique superflu fait montre de peu de cas pour la situation médicale du requérant notamment quant aux diverses hospitalisations d'urgence qui ont eu lieu entre août 2011 et mars 2012. Qu'on ne peut se contenter dans un dossier comme celui-ci de statuer sur pièces sans avoir même eu la possibilité d'avoir un contact personnel avec le demandeur ; Qu'il s'agit là d'un manquement manifeste au principe de bonne administration, manquement d'autant plus manifeste que le demandeur a été interné durant l'examen de son dossier ; Qu'aucune précision n'est donc donnée par la partie adverse quant aux compétences réelles de ce médecin conseiller ».

2.1.3. A l'appui d'un second grief, la partie requérante argue « Qu'il n'y a eu en l'espèce aucune individualisation de la situation, la partie adverse se contentant pour refuser de faire droit à la demande de séjour de formules stéréotypées et d'informations données par internet ou par le Gouvernement macédonien lui-même quant à la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le pays d'origine alors même que ce gouvernement voue une haine sans merci aux albanais de Macédoine ; Attendu qu'en la décision attaquée, la partie adverse ne conteste pas la maladie dont souffre [le] requérant, ni la nécessité d'un traitement, ni la nécessité d'un suivi ; Que la partie adverse se réfère pour évaluer la disponibilité des soins au site internet de la sécurité sociale macédonienne et au rapport du Centre des Liaisons européennes et internationales de sécurité sociale non daté ; Que [le] requérant a exposé à l'appui de sa demande d'asile le fait qu'il n'avait pas accès aux soins de santé qui requiert son état à un coût raisonnable et surtout dans un délai raisonnable, élément ayant justifié le fait qu'il décide de quitter son pays d'origine ; Que les informations données par la partie adverse sont des informations d'ordre général ne faisant absolument pas application au cas d'espèce soumis ; Attendu que [le] requérant avait invoqué le fait que son traitement était onéreux et qu'il n'y avait pas accès dans son pays d'origine notamment eu égard aux discriminations existantes dans son pays quant à l'accès aux soins de santé ; Qu'il souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant puisqu'il n'existe aucun traitement

adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne en l'absence de ressources conséquentes pour payer des bakchichs aux médecins ; Que si généralement l'Etat Belge invoque l'existence d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique possible en Macédoine, un rapport de l'UNHCR concernant ce pays précise concernant l'infrastructure médicale que les moyens financiers du malade jouent un rôle important dans ce contexte. Même si les soins médicaux et la convalescence sont en principe pris en charge en Macédoine, les patients et leurs proches doivent presque toujours s'attendre à des conséquences financières. Les médecins se font payer pour les médicaments et attendent souvent un pourboire pour leurs services afin d'arrondir leur maigre salaire mensuel officiel. La précarité de la situation économique se répercute sur les conditions d'admission dans les hôpitaux. Souvent, n'est admis que celui qui a su graisser la bonne patte ».

Elle conclut que le « requérant avait basé sa demande initiale d'asile devant le CGRA sur base de motifs médicaux et économiques ; Qu'à partir du moment où [le] requérant avait introduit une demande d'asile en se fondant précisément sur des problèmes médicaux empêchant notamment l'accès aux soins de santé dans son pays d'origine, il appartenait à la partie adverse d'examiner avec d'autant plus d'acuité la question relative à l'accessibilité aux soins dans le chef de la requérant en cas de retour dans le pays d'origine ; [...] ».

2.2. Dans l'exposé du préjudice grave et difficilement réparable, la partie requérante argue qu'« a priori [le] requérant ne s'est pas vu notifier un ordre de quitter le territoire ; Qu'à titre purement conservatoire et dans l'hypothèse où ce dernier n'aurait pas été transmis à son conseil, il entend faire remarquer que l'exécution d'un tel acte entraînerait pour le requérant un préjudice grave et difficilement réparable. Que ce dernier serait illégal dans la mesure où il ne prendrait pas dûment en considération la problématique médicale du requérant et le risque engendré par celui-ci en cas de retour dans son pays d'origine ; Que dans ces conditions, le préjudice que lui causerait l'exécution d'un ordre de quitter le territoire devra être tenu pour grave et difficilement réparable ; Qu'il existe un risque de violation de l'article 3 de la CEDH qui dispose que nul ne peut être soumis à un traitement inhumain et dégradant ; Que le médecin conseiller de la partie adverse parle d'un risque réel pour la vie si le traitement n'était pas administré mais amenuise ce risque par l'existence de soins dans le pays d'origine alors même que mon requérant établit l'absence précisément d'accès aux soins dans le pays de par son origine ethnique et le coût de l'accès aux soins de santé ; [...] ».

3. Discussion.

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, [...]. 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 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.

3.2. Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-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 qu'il est amené à effectuer, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

3.3.1. En l'occurrence, à la lecture des pièces versées au dossier administratif, le Conseil observe que, dans la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2. du présent arrêt, le requérant a fait valoir les éléments suivants :

« Attendu que ce médecin psychiatre a diagnostiqué un problème de stress post- traumatique grave persistant, accompagné de surdité, dysomnies, crises épileptiformes, confusions mentales, incohérences, pertes de concentration, impuissance sexuelle, etc... Que ce médecin a confirmé qu'il s'agissait d'un handicap gravissime nécessitant un suivi régulier impossible dans son pays d'origine ; Attendu qu'il n'est pas contesté le fait que [le] requérant souffre d'une pathologie psychiatrique nécessitant la prise d'un traitement médicamenteux et un suivi ; Qu'il souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant puisqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne en l'absence de ressources conséquentes pour payer des bakchichs aux médecins ; [...] Qu'au vu du certificat médical joint en annexe de la présente [...], il y a lieu de faire droit à la présente requête [...] » ».

Il observe en outre qu'à l'appui de cette demande, le requérant a produit un certificat médical circonstancié, établi le 26 juillet 2011, par un psychiatre lequel précise notamment, qu'il souffre d'un « Syndrome de stress post traumatique grave persistant depuis 2001 – Surdité, stress permanent avec « flash back » constants, dysomnies, crises épileptiformes 1-2 x/mois – Fréquentes confusions mentales – incohérence – perte de concentration, tr. mnésique, irritabilité : frappe son épouse souvent sans raison [...] – impuissance sexuelle ». Ledit certificat mentionne également que le traitement médicamenteux prescrit au requérant est composé de « psychotropes », et qu'il devra bénéficier d'un « suivi psychiatrique et neurologique », ainsi que d'un « suivi ORL ».

Le Conseil observe ensuite que l'acte attaqué est fondé sur un avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, le 23 février 2012, sur la base des éléments médicaux produits, lequel, après avoir fait état des éléments suivants :

« Histoire clinique

Il s'agit d'un requérant  g  de 44 ans et originaire de Macédoine.

Nous ne disposons d'aucun document médical prouvant des antécédents médicaux, psychiatriques ou chirurgicaux avant son arrivée en Belgique le 21/03/2011. Cependant, dans sa déclaration au CGRA (cf dossier administratif) le requérant a affirmé être venu en Belgique pour se faire soigner car il souffre de psoriasis. Il a, à cet effet, fourni au CGRA un rapport d'hospitalisation à Skopje en septembre 2007. Il a aussi signalé une surdité suite à un accident domestique.

Certificat médical du 26/07/2011 du Dr [...] (psychiatre) : PTSD persistant depuis 2001. Liste des symptômes avec aussi une surdité et des crises épileptiformes 1-2 x/mois.

Traitement médicamenteux (mis en route le 26/07/2011) et suivi spécialisé (psychiatre, neurologue et ORL). Une hospitalisation n'a pas été nécessaire. Selon ce médecin, le pronostic est réservé.

A noter : aucun rapport médical d'un ORL étayant la réalité d'un suivi spécialisé et la nécessité d'un traitement. Aucun rapport médical d'un neurologue et aucun résultat d'EEG, je peux conclure qu'il n'y a pas d'épilepsie démontrée et qu'un suivi neurologique n'est pas d'actualité.

J'estime que le certificat médical produit à l'appui de la demande est suffisant et de nature à rendre un examen clinique superflu.

Pathologies actives actuelles

PTSD depuis 2001.

Surdité (qui ne demande pas de traitement).

Traitement actif actuel

Invega (= paliperidone) et Dominai (= prothipendyl) : antipsychotiques.

Serlain (= sertraline) et Trazolan (= trazodone) : antidépresseurs.

Suivi psychiatrique.

Capacité de voyager

Aucune contre-indication à un voyage. Il faut d'ailleurs remarquer que le requérant a fait le voyage Macédoine- Belgique avec ses pathologies », a estimé, au vu des informations dont il disposait, que les médicaments et soins nécessaires au traitement médical requis par l'état de santé du requérant sont disponibles et accessible en Macédoine.

3.3.2. Sur le premier grief, en ce que la partie requérante critique le fait que ni la spécialisation du fonctionnaire médecin ni son numéro INAMI ne sont renseignés, le Conseil estime que la partie requérante n'a aucun intérêt à cette critique dès lors qu'elle n'expose pas quelle disposition légale exigerait de la partie défenderesse de préciser la spécialisation du fonctionnaire médecin et son numéro d'INAMI, l'arrêté royal pris le 24 janvier 2011 cité par la partie requérante ne prévoyant cette obligation que dans le chef du médecin consulté par le demandeur. Par ailleurs, force est de convenir que ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste. Le même constat s'impose

s'agissant du reproche fait au fonctionnaire médecin de pas avoir examiné le requérant, dans la mesure où, outre le fait que ledit médecin a donné un avis sur l'état de santé du requérant, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou audit médecin de rencontrer le demandeur ou, qui plus est, de l'examiner (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

En ce que la partie requérante conteste les constats posés par le fonctionnaire médecin quant à l'absence d'hospitalisation, au suivi neurologique ainsi qu'à l'épilepsie alléguée, force est de constater que ces constats se vérifient au vu des éléments médicaux produits par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour. Les éléments médicaux vantés par la partie requérante à l'appui de cette contestation sont produits pour la première fois en annexe à la requête en telle sorte que le Conseil ne saurait y avoir égard dans le cadre du présent contrôle de légalité. La jurisprudence administrative constante considère, en effet, que les éléments qui n'avaient pas été portés, en temps utile, à la connaissance de l'autorité, par le requérant, c'est-à-dire avant que celle-ci ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 110.548 du 23 septembre 2002). Partant, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin a pu valablement considérer que « *A noter : aucun rapport médical d'un ORL étayant la réalité d'un suivi spécialisé et la nécessité d'un traitement. Aucun rapport médical d'un neurologue et aucun résultat d'EEG, je peux conclure qu'il n'y a pas d'épilepsie démontrée et qu'un suivi neurologique n'est pas d'actualité. J'estime que le certificat médical produit à l'appui de la demande est suffisant et de nature à rendre un examen clinique superflu* ».

3.3.3. Sur le second grief, le Conseil observe qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, le requérant a également fait valoir que « Que si généralement l'Etat Belge invoque souvent l'existence d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique possible en Macédoine, un rapport de l'UNHCR concernant ce pays précise concernant l'infrastructure médicale que les moyens financiers du malade jouent un rôle important dans ce contexte. Même si les soins médicaux et la convalescence sont en principe pris en charge en Macédoine, les patients et leurs proches doivent presque toujours s'attendre à des conséquences financières. Les médecins se font payer pour les médicaments et attendent souvent un pourboire pour leurs services afin d'arrondir leur maigre salaire mensuel officiel. LA précarité de la situation économique se répercute sur les conditions d'admission dans les hôpitaux, Souvent, n'est admis que celui qui a su graisser la bonne patte ; Qu'au vu [...] du rapport de l'UNHCR, il y a lieu de faire droit à la présente requête [...] ». Le Conseil relève en outre que le rapport intitulé « Macédoine – Feuilles d'information sur les pays », datant du 1^{er} avril 1996, lequel, bien que publié sur le site Internet du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés des Nations Unies, émane du « Switzerland Federal Office for Migration », fait notamment état des éléments suivants :

« 2.5. Infrastructure médicale

A l'époque yougoslave, la Macédoine disposait d'un excellent système de santé et de prévoyance, avec du personnel médical très qualifié. Suite à l'éclatement de la Yougoslavie en 1991/92, le pays a dû faire face à de sérieuses pénuries de médicaments et de matériel. Le manque de médicaments a pu être en partie comblé grâce à l'aide de l'union européenne. Il y a encore des insuffisances dans la fourniture de matériel et d'appareils médicaux spécialisés, qui sont souvent vétustés et mal entretenus. En 1992, on comptait en Macédoine un médecin pour 454 habitants et un dentiste pour 1819 habitants. En 1990, les hôpitaux et postes sanitaires disposaient de 11804 lits, dont 4469 rien qu'à Skopje. La population bénéficie d'une gamme relativement étendue de possibilités d'examen et de traitement. On trouve d'importants hôpitaux dans toutes les villes principales (Skopje, Tetovo, Bitola, Gostivar, Ohrid, Prilep, Tito Veles, Kumanovo, Struga, etc.) qui disposent en général d'un département de médecine interne, de chirurgie, de pédiatrie et d'une maternité et qui comptent jusqu'à 100 lits. Même dans les villes de district

(Negotino, Kavadarci, Gevgelija, Strumica, Stip, Resen, etc.) on trouve des hôpitaux, qui, à une plus petite échelle, sont tout aussi bien équipés. Le pays compte également un certain nombre de postes sanitaires. En 1993, le gouvernement macédonien a commencé à privatiser le secteur de la santé. Des licences sont délivrées à des médecins privés qui ouvrent leurs propres cliniques et cabinets. Dans l'ensemble, les soins médicaux de base sont assurés en Macédoine. Les examens médicaux habituels, tels qu'ultrasons et radiographie, pneumologie, cardiologie, néphrologie, pédiatrie, réhabilitation, etc., sont effectués sans problème sur une partie du territoire. Par contre, les opérations compliquées nécessitant un suivi postopératoire ne sont que partiellement garanties. De même, tous les centres de soins ne sont pas encore dotés de l'équipement nécessaire pour les traitements médicaux modernes. Les moyens financiers du malade jouent un rôle important dans ce contexte. Même si les soins médicaux et la convalescence sont en principe pris en charge en Macédoine, les patients et leurs proches doivent presque toujours s'attendre à des conséquences financières. Les médecins se font payer pour les médicaments et attendent souvent un pourboire pour leurs services, afin d'arrondir leur maigre salaire mensuel officiel. La précarité de la situation économique se répercute sur les conditions d'admission dans les hôpitaux. Souvent n'est admis que celui qui a su graisser la bonne patte ».

Contrairement à ce que tente de faire accroire la partie requérante en termes de requête, il ressort des éléments susmentionnés que le requérant ne s'est aucunement prévalu de son origine albanaise dans sa demande d'autorisation de séjour, en telle sorte que le Conseil ne saurait y avoir égard dans le cadre du présent contrôle de légalité. La partie requérante ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de son origine ethnique, du fait que « le Gouvernement macédonien [...] voue une haine sans merci aux albanais de Macédoine [...] » et qu'il « avait invoqué le fait que son traitement était onéreux et qu'il n'y avait pas accès dans son pays d'origine notamment eu égard aux discriminations existantes dans son pays quant à l'accès aux soins de santé [...] », éléments dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de la situation individuelle du requérant, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou à tout le moins, avant la prise de l'acte attaqué. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération ces éléments en l'espèce.

En ce que la partie requérante estime que le rapport susmentionné, publié sur le site du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés des Nations Unies, produit en annexe à la demande d'autorisation de séjour du requérant, établit à suffisance l'inaccessibilité des médicaments et soins nécessaires au vu de l'état de son santé, le Conseil ne peut que constater, outre qu'un tel rapport date du 1^{er} avril 1996, que les informations y contenues n'ont nullement trait à la situation particulière du requérant. Dès lors, la partie requérante, qui au demeurant, reste en défaut de contester utilement les informations sur les quelles s'est fondé le fonctionnaire médecin, se bornant à cet égard, en substance, à en prendre le contre-pied, sans démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef du fonctionnaire médecin à cet égard, est malvenue de reprocher à la partie défenderesse de s'être fondée sur « des informations d'ordre général ne faisant absolument pas application au cas d'espèce soumis ».

Partant, le Conseil estime que l'argument selon lequel le « requérant avait basé sa demande initiale d'asile devant le CGRA sur base de motifs médicaux et économiques ; Qu'à partir du moment où [le] requérant avait introduit une demande d'asile en se fondant précisément sur des problèmes médicaux empêchant notamment l'accès aux soins de santé dans son pays d'origine, il appartenait à la partie adverse d'examiner avec d'autant plus d'acuité la question relative à l'accessibilité aux soins dans le chef de la requérant en cas de retour dans le pays d'origine », n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

En conséquence, le Conseil estime que la conclusion posée dans l'acte attaqué, selon laquelle « *les soins sont disponibles et accessibles en Macédoine (Ex-Rép. yougoslave de)* », n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.3.4. Quant à la violation de l'article 3 de la CEDH, invoquée dans l'exposé du préjudice grave et difficilement réparable, force est de rappeler, en tout état de cause, qu'une telle argumentation est prématurée dès lors que l'examen, au regard de l'article 3 de la CEDH, de la situation d'un étranger faisant l'objet d'une mesure d'éloignement, dont la demande d'autorisation de séjour a été rejetée, devra, le cas échéant, se faire au moment de l'exécution forcée de ladite mesure et non au moment de sa délivrance (dans le même sens : C.E., arrêts n° 207.909 du 5 octobre 2010 et n° 208.856 du 29 octobre 2010).

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique ne peut être tenu pour 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.

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-huit juillet deux mille dix-sept par :

Mme N. RENIERS, Président de chambre,

Mme N. SENEGERA, Greffier assumé.

Le greffier, Le président,

N. SENEGERA

N. RENIERS