

Arrêt

n° 199 950 du 20 février 2018
dans l'affaire X / VII

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. UFITEYEZU
Avenue Broustin 37/bte1
1090 JETTE**

contre:

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

LE PRÉSIDENT DE LA VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 6 mai 2017, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour recevable mais non fondée, prise le 4 avril 2017.

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 10 novembre 2017 convoquant les parties à l'audience du 7 décembre 2017.

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

Entendu, en leurs observations, Me C. NTAMPAKA *loco* Me J. UFITEYEZU, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et L. MALO, attaché, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 27 mars 2012, la requérante a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges.

Le 30 novembre 2012, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

Cette décision a été annulée par le Conseil de céans aux termes d'un arrêt n° 100 514, rendu le 9 avril 2015.

1.2. Le 30 octobre 2015, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a, à nouveau, refusé de reconnaître la qualité de réfugié et d'octroyer le statut de protection subsidiaire à la requérante.

1.3. Le 21 novembre 2015, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile à l'égard de la requérante.

1.4. Le 18 janvier 2016, la requérante 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). Cette demande a été déclarée recevable, le 25 avril 2016.

1.5. Le 6 octobre 2016, la demande visée au point précédent a fait l'objet d'un refus technique, la requérante n'ayant pas donné suite à une demande d'actualisation du 29 août 2016.

1.6. Le 16 septembre 2016, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a procédé au retrait de la décision, visée au point 1.2.

1.7. Aux termes d'un arrêt n° 179 737, rendu le 19 décembre 2016, le Conseil de céans a annulé l'ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, visé au point 1.3.

1.8. Le 4 novembre 2016, la requérante introduit une seconde demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée recevable, le 23 janvier 2017.

1.9. Le 4 avril 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée. Cette décision, qui a été notifiée à la requérante, le 12 avril 2017, 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 [...], comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

L'intéressée invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Rwanda (RÉP.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 31.03.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de la demand[e]resse, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Dès lors, 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 [à] l'article 3 CEDH ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de la violation du « principe général de prudence et de bonne administration ainsi que de celui selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, combinés à l'erreur d'appréciation » et de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH).

Elle soutient que « la requérante a exposé en détails les faits qui l'ont amenée à introduire une demande de régularisation de séjour sur base de motifs médicaux ; Que dans son rapport du 26 avril 2017, le Dr [M.L.] a conclu qu'au vu de l'évolution de l'état de la requérante, il y a lieu de conclure qu'elle présente une psychose schizophrénique paranoïde, avec délire et hallucinations, partiellement stabilisée par le traitement antipsychotique à base d'aripiprazole [...] ; Que tout changement brutal de traitement ou de sa situation de vie notamment, l'expulsion dans son pays, peut conduire à nouvelle décompensation pouvant la mettre en danger par le biais de la réapparition des hallucinations auditives et visuelles, du délire de persécution et de la résolution suicidaire découlant de toutes ces pathologies ; Que cet avis a été appuyé par le Dr [R.B.] dans son rapport du 26 avril 2017 [...] ; Que le pronostic concernant l'état psychologique de la requérante est jugé grave ; Qu'une prise en charge et suivi médical sont requis en Belgique ; Que dès lors, dans son état actuel, la requérante ne peut pas voyager ; Qu'il faut également considérer que la requérante n'a plus personne au Rwanda ; Que tous ces éléments consistent en des circonstances exceptionnelles qui rendent impossible ou particulièrement difficile pour la requérante de retourner dans son pays d'origine, vu son état de santé actuel et les circonstances dans lesquelles elle est arrivée en Belgique ; Que la requérante a besoin d'un soutien, d'un accompagnement et d'un environnement qui lui font défaut dans son pays d'origine ; Que dès lors, la décision prise à l'égard de la requérante, si elle devait être exécutée lui porterait préjudice ; Que dans le cas d'espèce, la requérante estime pouvoir bénéficier du prescrit de l'article 3 CEDH [...] ; Qu'au vu de tous ces éléments, la requérante invoque le caractère inopérant et manifestement disproportionné de la décision attaquée, au regard de sa situation concrète justifiée notamment, par des raisons invoquées ; Que la partie adverse aurait dû tenir compte de toutes les circonstances raisonnables exprimées de façon claire et circonstanciée par la requérante et ne pas se contenter de relever exclusivement les éléments défavorables à la régularisation de son séjour ; Qu'il convient de prendre en considération tous les éléments concernant la situation de la requérante et rendre une décision qui lui est favorable ».

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, 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.

Le Conseil remarque que la partie requérante s'abstient d'expliquer dans son exposé des moyens en quoi l'acte attaqué résulterait d'une « erreur d'appréciation ». Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris d'une telle erreur.

3.2. Sur le reste du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1, 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, 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 9 ter 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 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.

Enfin, le Conseil rappelle que le principe général de bonne administration, selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause, découle de la volonté implicite du constituant, du législateur ou de l'autorité réglementaire. En ce sens, la partie défenderesse est tenue à un exercice effectif de son pouvoir d'appréciation duquel découle une obligation de minutie et de soin, en telle sorte qu'« Aucune décision administrative ne peut être régulièrement prise sans que son auteur ait, au préalable, procédé à un examen complet et détaillé des circonstances de l'affaire sur laquelle il entend se prononcer. Ce principe, qui correspond à un devoir de prudence et de minutie, oblige dès lors l'autorité à effectuer une recherche minutieuse des faits, à récolter tous les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin de pouvoir prendre la décision en pleine connaissance de cause, après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce » (arrêt CE n° 221.713 du 12 décembre 2012). Il incombe donc à la partie défenderesse de procéder à un

examen complet des données de l'espèce et de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause.

3.3. 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 1.8. du présent arrêt, la requérante a fait valoir les éléments suivants : « La requérante à son arrivée souffrait de stress post traumatique, suite à la situation de guerre qu'elle a connue encore toute petite, à la perte de beaucoup de ses proches ainsi qu'aux multiples épreuves douloureuses qu'elle a dû traverser [...]. A cause des troubles psychotiques, hallucinations et délires, la requérante a été hospitalisée à plusieurs reprises, notamment à Arlon, Bertrix et Namur. Ses médecins craignaient l'évolution de sa maladie en psychose chronique. Ils estimaient que l'arrêt du traitement conduirait vers une décompensation psychotique, ce qui pourrait mettre en danger non seulement la requérante, mais aussi son entourage. Aujourd'hui, la requérante continue de consulter des médecins pour le suivi de sa maladie ; C'est dans ce cadre que le 11 juillet 2016, la requérante a consulté le Dr [M.S.], neurologue, qui a conclu que la patiente présentait des céphalées migraineuses associées à un syndrome dépressif. [...] Le 1er septembre 2016, la requérante a de nouveau consulté le Dr [R.B.] pour un suivi de sa maladie. Le Dr [R.] a diagnostiqué différentes pathologies de psychose, une migraine et une dépression sévère ; [...] le Dr [R.] a préconisé un traitement médicamenteux [...] ; En cas d'arrêt du traitement, les conséquences seraient une perte de bénéfice obtenu et un retour à une dépression profonde ; En termes d'évolution et de pronostic des pathologies mentionnées, il y a un pronostic favorable des migraines mais un pronostic beaucoup plus réservé quant à la dépression ; La requérante doit être suivie sur le long terme par un psychiatre ; Ces raisons me semblent assez pertinentes pour que sa demande soit déclarée recevable. [...] Dans son état actuel, elle a besoin d'un soutien, d'un accompagnement et d'un environnement qui lui font défaut dans son pays d'origine ».

Il observe en outre qu'à l'appui de cette demande, la requérante a produit, notamment, un certificat médical type, établi le 1^{er} septembre 2016, par un médecin généraliste, dont il ressort que la requérante souffre de psychose, de migraine et de dépression parfois sévère, pour lesquelles elle suit un traitement médicamenteux composé de « DEPAKINE chrono », d' « ABILIFY », de « TEMESTA », de « PARACETAMOL » et de « DOMINAL », étant précisé que « Depakine et Dominal sont en diminution. Le reste on continue !! ». Dans l'historique médical, ledit médecin relève que la requérante a été hospitalisée en 2012 et en 2013. Il est en outre précisé qu'un arrêt du traitement entraînerait une « Perte du bénéfice obtenu et retour [...] dépression profonde », que le pronostic est favorable pour les migraines mais « beaucoup plus réservé » pour la dépression, que « la patiente doit être suivie sur le long terme par un psychiatre ». Ce certificat indique en outre que ledit médecin a sollicité un avis psychiatrique par téléphone dont il ressort qu'« aucun retour dans le pays d'origine n'est envisageable vu son état psychique et l'absence de famille dans son pays ».

Le Conseil observe ensuite que l'acte attaqué est fondé sur un avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, le 31 mars 2017, sur la base des éléments médicaux, produits, lequel fait état des éléments suivants :

« Histoire clinique »

12.07.2016 : rapport de consultation de neurologie du Dr [S.M.] : céphalées migraineuses et syndrome dépressif traités par Depakine, Dominal, Ability et Temesta,

Rapport partiel de la neurologue [S.M.] mentionnant l'essai de Riboflavine, de Dafalgan et de Sumatriptan.

01.09.2016 : certificat médical du Dr [B.R.] (médecine générale) : psychose, migraines et dépression. Notions d'hospitalisations en 2012 et 2013. Le traitement se compose de Depakine chrono, Ability, Temesta, Paracetamol et Dominal. Un suivi psychiatrique serait assuré au GDL.

Pathologies actives actuelles

Psychose.

Migraines.

Dépression.

Traitements actifs actuels

Depakine chrono (acide valproïque - antiépileptique, algies migraineuses) : 500 mg 2/j.

Abilify (aripiprazole - antipsychotique atypique).

Temesta (lorazepam - benzodiazépine - anxiolytique).

Paracétamol (antalgique).

Dominai (prothipendyl - phénothiazine - antipsychotique) : 80 mg.

Capacité de voyager

Aucune contre-indication médicale à voyager.

Discussion du cas

Aucun rapport psychiatrique ne démontre une psychose.

Aucun rapport d'hospitalisation n'est joint. Il n'y a pas d'hospitalisation récente.

Aucune évaluation psychiatrique n'est réalisée.

Rien ne prouve l'absence de famille au pays d'origine.

Si une psychose est effective, si elle est traitée et équilibrée, rien n'empêche son retour au pays d'origine si les soins sont disponibles.

Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Les sources suivantes ont été utilisées {ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée} :

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI1 :

- Requête MedCOI des 12.10.2015, 02.05.2016, 04.11.2015 et 06.12.2016 ;
- Portant les numéros de référence uniques BMA 7322, BMA 8079, BMA 7419 et BMA 8998.

L'acide valproïque, le lorazepam et le paracétamol sont disponibles au Rwanda.

La risperidone ou l'olanzapine peuvent remplacer l'aripiprazole comme antipsychotique atypique.

Le flupentixol ou le zuclopenthixol, antipsychotiques thioxanthènes peuvent Remplacer le prothipendyl car ils possèdent des propriétés similaires en tant qu'antipsychotiques.

Le suivi neurologique, psychiatrique (hôpital neuropsychiatrique de Ndera <http://caraesnderahospital.rw/>) ainsi qu'en médecine générale est possible au Rwanda.

Sur base des informations, nous pouvons conclure que les soins sont disponibles au Rwanda.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Notons qu'un rapport de l'Association internationale de la Sécurité Sociale nous apprend que le Rwanda dispose d'un régime d'assurance sociale protégeant les salariés, les artisans, les stagiaires et les apprentis. De plus, ce rapport nous informe également de l'existence de la mutuelle de santé. Ce régime est une assurance-maladie qui couvre toute la population, à l'exception des personnes couvertes par d'autres régimes comme la Rwandaise d'assurance-maladie (RAMA), la MMI et des régimes privés. Il a pour objectif général d'aider les communautés locales et les districts à mettre en place des systèmes d'assurance-maladie de nature à rendre les soins plus accessibles financièrement, à protéger les familles des risques financiers liés à la maladie et à renforcer l'inclusion sociale dans le domaine de la santé. Pour en bénéficier, il faut adhérer et s'acquitter de cotisations annuelles d'un montant abordable. La cotisation annuelle individuelle s'élève à RWF1 000 (2 \$). Le régime couvre les soins médicaux dispensés dans les centres de santé, y compris les médicaments, ainsi que quelques soins hospitaliers. Les mutuelles de santé ont des comités au niveau des districts ainsi que des centres de santé.

Notons que l'intéressée est en âge de travailler. En l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre, dès lors, qu'elle ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine. De plus, d'après sa demande d'asile du 26/07/2012, l'intéressée a des frères et sœurs qui vivent au Rwanda. Ceux-ci pourraient l'accueillir et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Les soins sont donc accessibles au Rwanda.

Conclusion

Les maladies ne présentent pas de risque pour la vie et l'intégrité physique car le traitement médical est possible au pays d'origine.

Le certificat médical fourni et ses annexes ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre de maladies dans un état tel qu'elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure qu'une psychose, des migraines et une dépression n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible au Rwanda.

D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine », motivation qui se vérifie, à l'examen du dossier administratif, et n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.4. En effet, le Conseil observe que l'argumentation développée par la partie requérante part du postulat que la partie défenderesse n'a pas pris en considération l'ensemble des éléments de la cause, en renvoyant à cet égard à des éléments médicaux produits en annexe à la requête introductory d'instance, à savoir deux certificats médicaux type datés du 26 avril 2017, établis par un psychiatre et par un médecin généraliste. Or, lesdits certificats médicaux ayant été établis postérieurement à la prise de l'acte attaqué, il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas y avoir eu égard, dès lors qu'il est matériellement impossible que ces éléments aient été portés à sa connaissance avant la prise dudit acte.

Le Conseil rappelle à cet égard que le fait d'apporter une pièce pour la première fois à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de telles pièces est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits (cf. également en ce sens : CE 8 août 1997, n° 67.691 ; CCE 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'eu égard aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de la situation de la requérante, que cette dernière peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays. La partie requérante ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'informations qu'elle n'a recueillies qu'après la prise de l'acte attaqué, sans qu'elle s'explique à cet égard.

Au surplus, la partie requérante ne peut être suivie en ce qu'elle argue que « dans son état actuel, la requérante ne peut pas voyager ». En effet, une telle affirmation, non autrement étayée par des éléments auxquels le Conseil peut avoir égard dans le cadre de son contrôle de légalité, ne peut suffire à renverser le constat posé par le fonctionnaire médecin sur la base des éléments médicaux portés à sa connaissance, selon lequel il n'y a « *Aucune contre-indication médicale à voyager* ». Le même constat s'impose s'agissant de l'allégation selon laquelle « la requérante n'a plus personne au Rwanda », celle-ci ne pouvant, en raison de son caractère purement péremptoire, être de nature à remettre en cause le constat, également posé par le fonctionnaire médecin selon lequel « *Rien ne prouve l'absence de famille au pays d'origine* ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil ne peut que constater que la partie requérante ne conteste pas utilement la motivation de l'acte attaqué.

3.5. S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour européenne des droits de l'homme a établi, de façon constante, que « [I]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 militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [I]les 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, l'existence des considérations humanitaires impérieuses requises n'est pas démontrée et, partant, la partie défenderesse n'a pas porté atteinte à cette disposition en adoptant l'acte attaqué.

3.6. 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 vingt février deux mille dix-huit par :

Mme N. RENIERS, Présidente de chambre,

Mme N. SENGEGERA, Greffier assumé.

Le greffier, La présidente,

N. SENGEGERA

N. RENIERS