



Arrêt

**n° 262 249 du 14 octobre 2021
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. PRUDHON
Avenue de la Jonction, 27
1060 BRUXELLES**

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 10 janvier 2018, par X, qui déclare être de nationalité nigérienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 10 novembre 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 juillet 2021 convoquant les parties à l'audience du 2 septembre 2021.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendus, en leurs observations, Me M. TANCRE *loco* Me C. PRUDHON, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique le 1^{er} octobre 2013.

1.2. En date du 4 octobre 2013, il a introduit une demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) n° 123 765 du 9 mai 2014 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise le 25 novembre 2013 par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA).

1.3. Le 5 décembre 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale – (annexe 13quinquies) à son encontre.

1.4. Le 20 juillet 2016, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 10 novembre 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions, notifiées le 11 décembre 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

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

Monsieur [S.M.O.], de nationalité Niger, invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique.

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son rapport médical du 09.11.2017 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'Office des Etrangers indique que le Certificat Médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé, Monsieur [S.M.O.], âgée de 36 ans, originaire du Niger, souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine (le Niger).

Le médecin de l'OE estime, du point de vue médical, que les affections dont souffre l'intéressé n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Niger.

Et le médecin fonctionnaire de conclure qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine (le Niger).

Le rapport du médecin de l'Office de l'Etranger est joint à la présente décision.

Dès lors,

- 1) *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 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 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.

Par ailleurs, l'intéressé invoque la situation au pays d'origine où la prise en charge médicale, le suivi médical et les infrastructures ne sont pas appropriés. Notons toutefois 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 il 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 cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Niger. En l'espèce, le requérant 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). Enfin, 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 (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int).

Les soins nécessaires sont donc disponibles et accessibles au Niger.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour » ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), des articles 62 et 9ter de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), du « principe général de bonne administration », du « principe de précaution », ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2. Dans une première branche, relative au traitement prescrit et après avoir fait un rappel à l'avis du médecin conseiller de la partie défenderesse, elle soutient que ce dernier procède à un véritable jugement en énonçant qu'elle a arrêté de manière intempestive sa thérapie pendant 2 ans. A cet égard, elle précise qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait bénéficier de l'aide médicale urgente à la clôture de sa demande d'asile, et qu'on ne peut lui reprocher de ne pas avoir suivi un traitement alors qu'elle a dû quitter le centre d'accueil pour demandeurs d'asile et qu'elle ne bénéficiait d'aucun encadrement social ou psychologique. Elle affirme que son état s'est gravement détérioré durant l'arrêt de son traitement, et renvoie en ce sens à une attestation médicale rédigée par le Docteur [M.] en date du 4 janvier 2018. Elle soutient qu'afin de lui assurer « un recours effectif au sens de l'article 13 de la CEDH, et étant donné qu'un renvoi vers son pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH, il convient en effet de prendre ces nouveaux éléments en compte », et renvoie vers un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme – dont elle cite un extrait – du 20 décembre 2011.

Par ailleurs, elle énonce les molécules composant son traitement, et rappelle que le traitement contre le VIH est adapté à chaque personne, qu'il s'agit d'une association de plusieurs médicaments, et qu'en l'espèce la justesse du traitement choisi par le Docteur [M.] n'est pas remise en cause par le médecin conseiller. Elle relève que ce dernier fait référence à un guide pour les professionnels de la santé au Québec pour justifier de la modification du traitement. Sur ce point, elle fait valoir qu'il existe certainement une indication thérapeutique qui a poussé le Docteur [M.] à choisir le « Darunavir » pour composer son traitement, qu'il est erroné d'indiquer que « la combinaison Darunavir + Ritonavir peut être remplacée par du Lopinavir + Ritonavir ou Alazanavir + Ritonavir », qu'elle risquerait de ne pas tolérer ces nouvelles combinaisons, qu'elles peuvent être moins efficaces, et qu'elle pourrait développer des résistances. Elle considère qu'il est impossible d'affirmer que le schéma établi par le médecin conseiller est adéquat, d'autant plus qu'il ne l'a jamais rencontrée, et estime qu'aucun élément du dossier ne permet de considérer qu'elle pourra être efficacement soignée par un traitement alternatif.

2.3. Dans une deuxième branche, quant à la disponibilité, la partie requérante relève que la partie défenderesse s'appuie uniquement sur la base de données MedCOI pour conclure à la disponibilité des traitements. Elle observe que les informations récoltées dans le cadre de ce projet ne sont pas publiques, qu'il est clairement indiqué qu'elles sont réservées à un usage interne uniquement, et qu'il

est permis de douter de leur fiabilité dès lors qu'elles sont recueillies par des médecins dont l'indépendance n'est pas assurée et dont le nombre et la localisation sont inconnus.

Elle relève que les résultats de la requête « MedCoi BMA 10031 » énoncent clairement que le « Darunavir » n'est pas disponible au Niger, et que la partie défenderesse reconnaît d'ailleurs son indisponibilité en ce qu'elle propose de le remplacer par une autre molécule. En outre, elle ajoute que les résultats mentionnent également que le « Tenofovir disoproxil » est disponible à l'hôpital de Niamey, et observe qu'il s'agit du « Tenofovir classique ». Or, à l'appui de sa requête, elle produit un nouveau document médical, soit une attestation du Docteur [M.] datée du 4 janvier 2018, prouvant « *la gravité de ses pathologies et les risques encourus en cas de retour dans son pays d'origine, dans la mesure où les soins et les traitements ne lui seraient pas accessibles, ni même disponibles pour certains, dans son pays d'origine* ». Elle rappelle qu'afin d'assurer « *un recours effectif au sens de l'article 13 de la CEDH, et étant donné qu'un renvoi vers son pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH, il convient en effet de prendre ces nouveaux éléments en compte* », et renvoie vers un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme – dont elle cite un extrait – du 20 décembre 2011.

Par ailleurs, elle relève que l'ensemble des résultats de la base de données MedCOI mentionnent l'hôpital de Niamey comme lieu où le suivi médical et les médicaments sont disponibles, que le médecin conseiller s'appuie uniquement sur la base de données MedCOI pour établir la disponibilité du traitement, alors même que les médecins travaillant pour MedCOI ne répondent que par « available » ou « not available » à la question de savoir si le suivi est disponible au Niger. Elle estime que le document figurant au dossier administratif ne contient aucune information concernant la disponibilité effective de son suivi. Elle observe également que le médecin conseiller fait référence à une page internet concernant l'hôpital de Niamey, bien qu'aucun élément sur le site ne permet d'affirmer que le traitement et suivi nécessaires sont effectivement disponibles dans cet hôpital. Elle souligne que les chiffres mentionnés dans le document précité démontrent que la disponibilité des soins est extrêmement faible, et observe qu'il ne contient aucune information sur le suivi des personnes atteintes du VIH, qu'il n'est pas fait état d'un recrutement actif des patients souffrant du SIDA et que dès lors, il existe de sérieuses raisons de douter de la réelle capacité de ces services de soins. De plus, elle fait valoir que l'hôpital se trouve à plus de 600 kilomètres de sa région d'origine, qu'elle ne pourra pas se rendre dans cette clinique qui se trouve à des centaines de kilomètres de sa région d'origine, et que la partie défenderesse n'a pas tenu compte de sa situation personnelle. La partie requérante fait ensuite référence à l'arrêt « Paposhvili » de la Cour européenne des droits de l'homme, et en déduit que la partie défenderesse doit avoir égard à sa situation individuelle tant au stade de l'analyse de la disponibilité des soins qu'au stade de l'accessibilité effective de ceux-ci. Elle affirme qu'en l'espèce la distance géographique n'a pas été prise en compte par la partie adverse, que les médicaments et suivis médicaux spécifiques ne sont pas suffisamment disponibles dans son pays d'origine, que le traitement antiviral qui lui a été prescrit n'est pas disponible, que son traitement ne peut être interrompu et que dès lors, la motivation de la première décision entreprise est totalement insuffisante et ne permet pas de conclure à la disponibilité des traitements et suivis au Niger.

2.4. Dans une troisième branche, quant à l'accessibilité, la partie requérante souligne, tout d'abord, que la présence d'une seule ONG active dans la lutte contre le SIDA au Niger ne confirme nullement l'accessibilité et la disponibilité des suivis. Elle fait valoir que la partie défenderesse ne fournit aucun renseignement relatif à cette ONG ou sur les possibilités de traitement pour les personnes souffrant d'une coïnfection du VIH et d'une hépatite B. Elle fait référence au rapport d'activité de l'ONG, disponible sur le site internet référencé par le médecin conseiller, et en conclut que la présence de l'ONG ne prouve aucunement l'accessibilité du traitement et du suivi au Niger.

En outre, elle affirme que la partie défenderesse se contente de préciser que le Niger dispose d'un système de sécurité sociale pour les travailleurs salariés, sans néanmoins fournir des informations essentielles quant aux conditions d'accessibilité et aux coûts. Elle relève que la première décision attaquée précise que le système de sécurité sociale protège les salariés « *contre les accidents de travail et maladies professionnelles* », et estime que cela ne vise pas sa situation dès lors qu'elle ne souffre pas d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail. Elle en déduit que ses soins ne seront pas couverts par le système de sécurité sociale et rappelle que son état de santé ne permet pas un arrêt des traitements sans entraîner son décès.

En ce que le médecin conseiller estime qu'elle ne serait pas exclue du marché de l'emploi, la partie requérante soutient que la partie défenderesse n'a pas tenu compte du regard de la société nigérienne sur les personnes souffrant du VIH. Elle précise que les attitudes sont toujours réticentes à l'égard des

personnes séropositives, qu'elle risque d'être exclue du marché de l'emploi en raison de sa maladie, qu'elle ne pourra pas se procurer un revenu et n'aura pas de salaire garanti en cas de « maladie », et qu'il existe de fortes chances que cette maladie infectieuse soit exclue du champ d'application de la loi du travail au Niger. En outre, elle se réfère à l'article 63 du Code du travail nigérien et en déduit que son salaire sera maintenu pour une période de maximum six mois.

De plus, elle soutient que rien ne permet d'affirmer que sa famille serait en mesure d'assurer ses frais médicaux, et rappelle avoir divorcé de sa femme, que son père est décédé, que sa mère cultive un champ et que ses frères et sœurs ne travaillent pas. Elle s'étonne du fait que « *le médecin-conseil puisse avoir accès aux déclarations du requérant faites dans le cadre de sa procédure d'asile, dont la parfaite confidentialité est un prescrit légal et nécessaire* », et affirme que la motivation de la décision querellée est totalement subjective et spéculative.

La partie requérante expose ensuite des considérations théoriques relatives à l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, et rappelle qu'elle risque de perdre la vie en cas d'arrêt du traitement, et que de telles complications sont constitutives d'un traitement inhumain et dégradant. Elle précise que « *le fait que ces prestations de soins ont duré un certain temps, crée dans le chef du requérant une attente légitime de la continuation de ces soins. Une interruption abrupte de ces facilités pourrait générer des conséquences majeures pour le requérant* ». En conclusion, elle estime que la première décision litigieuse n'est pas motivée de manière adéquate et suffisante, et qu'elle contient une erreur manifeste d'appréciation. Elle soutient qu'elle remplit les conditions exigées par l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 en raison de son état de santé, et conclut à la violation des articles et dispositions visés au moyen.

2.5. La partie requérante prend une quatrième branche quant à l'ordre de quitter le territoire. Elle rappelle qu'elle souffre de pathologies graves nécessitant un traitement médical et un suivi spécialisé, et que ce traitement ne peut être interrompu sans entraîner un risque vital ou un risque de traitement inhumain et dégradant. Dès lors, elle estime qu'il ne saurait être exigé qu'elle quitte le territoire dans les trente jours sans s'être assuré qu'elle bénéficierait effectivement des soins médicaux nécessaires à son état de santé au pays d'origine. Par ailleurs, elle relève que l'ordre de quitter le territoire est le corollaire de la décision déclarant non fondée sa demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, et qu'il doit dès lors être annulé.

3. Discussion.

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

Le Conseil constate en l'occurrence que, dans son moyen unique, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière les actes attaqués violeraient le « principe de précaution ». Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ce principe.

Il souligne également que le principe de bonne administration n'a pas de contenu précis mais se décline en plusieurs variantes distinctes, et qu'il ne peut dès lors, à défaut d'indication plus circonstanciée, fonder l'annulation d'un acte administratif (en ce sens : C.E., 27 novembre 2008, n°188.251).

3.2.1. Sur le reste du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 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. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le*

traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements 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.

Il 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.

3.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 9 novembre 2017, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une « *infection par le VIH avec immunité effondrée [...] et co-infection par l'hépatite B active chronique* » pour lesquelles les traitement et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.3. S'agissant de la première branche du moyen unique, et plus particulièrement du grief fait au fonctionnaire médecin d'indiquer que la combinaison « *Darunavir + Ritonavir peut être remplacée par du Lopinavir + Ritonavir ou Alazenavir + Ritonavir sans mettre la vie du requérant en danger* », le Conseil d'Etat a jugé qu'« *il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant* » (C.E., arrêt n° 236.016, rendu le 6 octobre 2016 ; dans le même sens : C.E., arrêt n° 233.986, rendu le 1^{er} mars 2016).

En outre, en arguant qu'il « *existe certainement une indication thérapeutique qui a poussé le Docteur [M.] à choisir le Darunavir pour composer le traitement du requérant* », la partie requérante n'établit pas de façon concrète que le médicament substitué lui serait contre indiqué au regard de sa pathologie.

Quant à la constatation selon laquelle le fonctionnaire médecin n'a jamais rencontré la partie requérante, le Conseil rappelle que ce dernier n'est nullement tenu d'interroger le demandeur ou de l'examiner. Il a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, 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 au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un autre médecin (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

Par ailleurs, en ce que la partie requérante soutient qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait bénéficier de l'aide médicale urgente à la clôture de sa demande d'asile et rapporte une grave détérioration de son état de santé, attestée par l'attestation médicale du Docteur [M.] du 4 janvier 2018, le Conseil constate que ces éléments sont invoqués pour la première fois en terme de requête, de sorte qu'il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte. Le Conseil rappelle en effet que la légalité d'un acte administratif s'apprécie en fonction des éléments dont l'autorité a connaissance au moment où elle statue [...] » (C.E., arrêt n°93.593 du 27 février 2001 ; dans le même sens également : C.E., arrêt n°87.676 du 26 août 1998, C.E., arrêt n°78.664 du 11 février 1999, C.E., arrêt n°82.272 du 16 septembre 1999).

3.4.1. S'agissant de la deuxième branche du moyen unique, et plus particulièrement des griefs dirigés à l'encontre de la base de données MedCOI, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées, de telle sorte que la partie requérante est en mesure d'y avoir accès. Si elle désirait compléter ses informations quant aux considérations de fait énoncées dans le premier acte attaqué, il lui était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, dossier qu'elle ne démontre pas avoir sollicité, tout comme elle ne démontre pas davantage que cette demande lui aurait été refusée.

En tout état de cause, force est de constater qu'il ressort du recours de la partie requérante que cette dernière a, à tout le moins, eu accès à la requête MedCOI « BMA 10031 », visée par le fonctionnaire médecin dans son avis du 9 novembre 2017.

Quant aux griefs relatifs aux informations provenant de la base de données MedCOI utilisée par la partie défenderesse et dont la partie requérante critique la fiabilité, le Conseil constate qu'elle se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par son état de santé ne lui serait pas disponible et accessible, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité.

3.4.2. En outre, s'agissant de l'indisponibilité du « Darunavir » au pays d'origine, et aux considérations émises à l'encontre du « Tenofovir classique » soutenues par l'attestation du Docteur [M.] du 4 janvier 2018, le Conseil renvoie aux développements tenus au point 3.3. du présent arrêt.

Quant au grief selon lequel l'hôpital de Niamey se trouve à plus de 600 kilomètres de sa région d'origine, la partie requérante reste en défaut d'établir qu'elle ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles et ce, d'autant plus que la demande ne fait pas état de problèmes particuliers à cet égard (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464).

Au surplus, s'agissant particulièrement de la qualité des soins, le Conseil rappelle, qu'en toute hypothèse, l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'un traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine et qu'il suffit qu'un traitement approprié y soit possible. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique.

3.5. En ce qui concerne l'examen de l'accessibilité des soins, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a conclu, à juste titre, que la partie requérante est en âge de travailler et que rien n'indique qu'elle serait exclue du marché de l'emploi. Les affirmations selon lesquelles la partie défenderesse n'a pas tenu compte du regard de la société sur les personnes souffrant du VIH, et du risque d'exclusion de la partie requérante du marché de l'emploi en raison de sa maladie, ne trouvent aucun écho au dossier administratif ou en termes de demande et ne sont nullement étayées. En ce sens, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence constante, c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen de sa situation administrative qu'il incombe d'en informer l'administration qui, pour sa part, ne saurait être tenue de procéder à des investigations, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 109.684, 7 août 2002).

En outre, l'avis médical du 9 novembre 2017 relève également que « pour ce qui est de l'accession au Niger, notons qu'en 1994 fut créée la première ONG (Mieux Vivre avec le SIDA, soit MSV en sigle) de lutte contre le Sida au Niger. Son objectif général est de contribuer à la réduction de l'impact des IST/VIH/SIDA au Niger par la prise en charge globale des communautés en matière des IST/VIH/SIDA. MVS a créé en 2002, le premier centre de dépistage volontaire (CEDAV) au Niger. Le CEDAV est

reconnu depuis 2010 comme centre de prise en charge globale avec dispensation d'ARV (anti-rétroviraux) sur place. De 2002 à 2016, le CEDAV a effectué 43 471 tests de dépistage dont 3 581 cas positifs enregistrés. En matière de soins, MVS enregistre à la date du 31 décembre 2016 une file active de 2198 patients dont 1214 sont sous traitement ARV. Parmi les objectifs spécifiques de MSV, signalons : la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. (<https://plateforme-elsa.org/structure/mvs/>). L'intéressé peut donc rentrer dans son pays et bénéficier ainsi de facilités qu'offre cette ONG » ; constats qui n'apparaissent pas utilement contestés par la partie requérante, laquelle reste en défaut d'établir qu'elle ne pourrait être prise en charge par l'ONG susmentionnée. Quant au rapport « UNAIDS » de 2016, le Conseil constate que cet élément est invoqué pour la première fois en termes de requête, de sorte qu'il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte. Le Conseil rappelle en effet que la légalité d'un acte administratif s'apprécie en fonction des éléments dont l'autorité a connaissance au moment où elle statue [...] » (C.E., arrêt n°93.593 du 27 février 2001 ; dans le même sens également : C.E., arrêt n°87.676 du 26 août 1998, C.E., arrêt n°78.664 du 11 février 1999, C.E., arrêt n°82.272 du 16 septembre 1999).

Par conséquent, dans la mesure où la partie requérante ne conteste pas utilement les motifs qui précèdent, force est de constater que les motifs selon lesquels elles pourrait, d'une part, faire appel au régime de sécurité sociale au Niger et, d'autre part, faire appel à l'aide de sa famille ou des amis, présentent un caractère surabondant. Les observations formulées à leur sujet ne sont donc pas de nature à entraîner une annulation de l'acte attaqué.

3.6. Quant au risque de traitement inhumain et dégradant, le Conseil rappelle que l'application au cas d'espèce de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, se confond avec celle de l'article 3 de la CEDH qui vise précisément à éviter tout risque sérieux de tels traitements en cas d'éloignement effectif. Or, la Cour EDH 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 militent contre l'expulsion sont impérieuses* », et que « *[I]es progrès de la médecine et les différences socioéconomiques 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).

Le Conseil observe que l'enseignement de l'arrêt Paposhvili / Belgique (rendu en Grande Chambre par la Cour EDH, le 13 décembre 2016) a clarifié et étendu celui de l'arrêt N / Royaume-Uni, (également rendu en Grande Chambre par la même Cour, le 27 mai 2008) à d'autres « cas exceptionnels » afin de rendre les garanties prévues par la CEDH « concrètes et effectives » (§181) et en redéfinissant le seuil de gravité de l'article 3 de la CEDH.

En l'espèce, le Conseil relève que la partie défenderesse a déclaré non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé de la partie requérante sous l'angle du risque pour sa vie ou son intégrité physique et du risque réel de traitement inhumain et dégradant.

3.7. En ce que la partie requérante invoque une violation de l'article 13 de la CEDH, le Conseil rappelle que cette disposition n'est applicable que dans le cas où les droits et libertés reconnus dans la CEDH ont été violés, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, au vu de ce qui précède. En tout état de cause, la partie requérante a parfaitement été mise à même de faire valoir ses moyens de défense à l'encontre des actes attaqués dans le présent recours.

3.8. Quant à la seconde décision entreprise, soit l'ordre de quitter le territoire, il s'impose de constater que celui-ci est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation qu' « *En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable* », laquelle ne fait l'objet d'aucune remise en cause.

Pour le surplus, force est de constater que l'ordre de quitter le territoire querellé ayant été notifié à la partie requérante le 11 décembre 2017, un délai de plus de trente jours s'est, en toute hypothèse, écoulé depuis lors, sans, au demeurant, que l'acte attaqué ait été exécuté dans l'intervalle, en telle manière que le Conseil n'aperçoit pas, en toute hypothèse, l'intérêt de la partie requérante à son argumentation concernant le délai octroyé pour quitter le territoire.

3.9. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

4. Débats succincts.

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, 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 quatorze octobre deux mille vingt et un par :

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS