



Arrêt

**n° 264 224 du 25 novembre 2021
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. BOROWSKI
Place des Déportés 16
4000 LIEGE**

contre:

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
et de l'Asile et la Migration et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la
Migration**

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 avril 2019, par X, qui déclare être de nationalité irakienne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 12 mars 2019.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 16 septembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 6 octobre 2021.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me O. TODTS *loco* Me A. BOROWSKI, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, 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 juillet 2015, le requérant a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée négativement aux termes de l'arrêt n° 204 736 du Conseil de céans, prononcé le 31 mai 2018.

1.2. Le 14 juin 2018, la partie défenderesse a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale (annexe 13quinquies). Cette décision n'apparaît pas avoir été entreprise de recours.

1.3. Le 6 août 2018, le requérant a introduit une seconde demande de protection internationale auprès des autorités belges.

Le 26 mars 2019, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a déclaré cette demande irrecevable (demande ultérieure).

Cette décision a cependant été annulée aux termes de l'arrêt n° 224 268 du Conseil de céans, prononcé le 24 juillet 2019.

1.4. Par courrier daté du 14 novembre 2018, 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).

1.5. Le 12 mars 2019, la partie défenderesse a rejeté cette demande. Cette décision, notifiée au requérant le 22 mars 2019, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« *MOTIF :*

L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé 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 l'Iraq, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 08.03.2019, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que 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 que 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 il 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.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif du requérant ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique, tiré de la violation des articles 7, 9ter, 62, 74/11 et 74/13 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, des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 4 et 15 de la directive 2004/83/CE du Conseil concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants d'un pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale relative au contenu de ces statuts (ci-après : la directive 2004/83/CE), du « principe général de droit imposant à l'Administration de statuer en prenant en considération tous les éléments de la cause et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation », du principe de prudence et de minutie, et du « principe général de droit de la défense ».

2.2. Rappelant les documents médicaux produits à l'appui de la demande visée au point 1.4. dont il ressort que le requérant « souffre d'un état anxio-dépressif majeur chronique et un état de stress post-traumatique » et qu'il est nécessaire qu'il « ne change pas de domicile vu son état de santé inquiétant », elle soutient que « la décision querellée s'appui[e] sur un rapport médical lacunaire et incomplet », dès lors que « le médecin conseil remet en cause dans un premier temps la compétence et la crédibilité des médecins qui suivent d'une manière régulière le requérant depuis 2016 » en ce qu'il souligne dans son avis « qu'il y a une discordance entre les déclarations du requérant faites in tempore non suspecto et

l'histoire construite par les médecins qui ne semble pas refléter la réalité ». Elle fait valoir à cet égard que « le requérant est arrivé en juillet 2015 pour introduire sa demande de protection », que « l'ensemble des médecins s'accordent à dire que les souffrances se sont accentuées depuis 2016 », que « c'est pour cette raison que le requérant a indiqué qu'il souffrait d'un problème cardiaque au moment de son arrivée » et que « son état de santé a été analysé par le médecin spécialisé », et soutient que « la partie [défenderesse] a motivé sa décision de manière inadéquate et inexacte quant à la pathologie dont souffre le requérant, cette motivation déficiente atteste de la méconnaissance de plusieurs éléments qui sont essentiels ».

Relevant ensuite que « la partie adverse considère que le requérant a la possibilité de voyager », elle soutient que « l'ensemble des attestations médicales estiment qu'il est dans l'intérêt du requérant de ne pas déménager » et que celui-ci « n'ait pas de contacts avec l'extérieur, ne peut pas voyager ni changer d'environnement [sic] ». Elle souligne que « le requérant a été hospitalisé à de nombreuses reprises dans le service psychiatrique du CHU de LIEGE », que « les rapports mentionnent deux tentatives de suicide », que « le requérant a été enlevé et torturé physiquement par plusieurs hommes en 2015 en IRAK » et que « ces éléments l'ont poussé à s'isoler », et reproche à la partie défenderesse de ne pas « motiver sa décision par rapport à l'impossibilité de voyage du requérant », et ce alors que « les éléments invoqués ci-dessus impliquent l'impossibilité pour le requérant de voyager ». Elle soutient également que le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse est à cet égard motivé de manière stéréotypée.

Après un exposé théorique relatif à la portée de l'obligation de motivation, elle soutient que « l'avis médical sur lequel se base l'acte attaqué ne permet pas de confirmer avec certitude que le requérant sera soigné efficacement et de la même manière qu'en Belgique » et qu'il « n'examine pas la question de savoir si en cas de complications ou si les alternatives ne convenaient pas au requérant, quelles seraient les conséquences et risques pour l'état de santé du requérant en cas d'arrêt de traitements », dès lors qu'il « se borne en effet à faire état de l'état de santé du requérant et des traitements qui peuvent exister en IRAK » sans examiner « la question de savoir si en cas d'absence d'un traitement, l'état de santé actuel du requérant peut entraîner un risque de préjudice grave ou de traitements inhumains ou dégradants, voir même, en cas d'arrêt du traitement, un risque réel de son intégrité physique ». Elle soutient qu'« il n'existe pas en IRAK de solutions thérapeutiques de qualité ».

Elle poursuit en soutenant que « le requérant est dans l'impossibilité de travailler », relevant que « la partie adverse elle-même considère que le requérant peut travailler à l'exception de certains travaux lourds ». Elle souligne également que « il n'existe aucune garantie que les soins exigés pour le requérant sont accessibles en IRAK ». Observant que « d'après le raisonnement de la partie adverse, le requérant doit quitter le territoire, aller en IRAK, rechercher un travail, un travail adapté à sa maladie », elle reproche à cette dernière de ne pas expliquer « les conséquences pratiques pour son état de santé pendant la période où il doit rechercher du travail et rester sans prise de médicaments ».

Elle conclut que « la partie adverse analyse le dossier du requérant d'une manière tout à fait théorique et stéréotypée et ne procède à aucun examen particulier individuel sur l'état de santé du requérant », que « le requérant sera dans un état où il ne pourra pas disposer de soins, il ne dispose plus de liens ce qui entraînera inévitablement une violation disproportionnée et injustifiée des articles 3 et 8 de la [CEDH] ». Elle reproche à la partie défenderesse d'avoir « agi avec précipitation en délivrant la décision querellée violant le principe de bonne administration dans la mesure où la réalité des faits n'est pas contestée » et soutient que « le Médecin conseil et la partie adverse ont déclaré la demande du requérant non fondée sans aucune analyse concrète de l'état de santé du requérant ».

2.3. Elle développe ensuite une argumentation concernant « l'ordre de quitter le territoire », lequel « néglige de rendre compte dans sa décision à propos d'éléments de fait dont [la partie défenderesse] avait connaissance et dont la pertinence est incontestable ».

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle, à titre liminaire, 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 constate qu'en l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière l'acte attaqué violerait l'article 13 de la CEDH et le « principe général de droit de la défense ». Il en

résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition et de ce principe.

Par ailleurs, s'agissant de la violation alléguée des articles 7, 74/11 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil constate que ces dispositions ne visent que les ordres de quitter le territoire et les interdictions d'entrée et ne sont, dès lors, pas applicables en l'espèce. Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions.

Enfin, le Conseil ne peut que constater qu'il n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à l'invocation des articles 4 et 15 de la directive 2004/83/CE, dès lors qu'elle ne prétend nullement que ces dispositions de ladite directive auraient un effet direct, n'auraient pas été transposées dans le droit interne, ou l'auraient été de manière incorrecte.

3.2.1. Sur le reste du 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, 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 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle, enfin, que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2.2. En l'espèce, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 8 mars 2019 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que le requérant

souffre de pathologies dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de celui-ci, ou d'un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui, en ce qu'elle soutient que « le Médecin conseil et la partie adverse ont déclaré la demande du requérant non fondée sans aucune analyse concrète de l'état de santé du requérant », se borne à prendre le contre-pied de la décision entreprise, sans toutefois rencontrer les motifs spécifiques de la décision attaquée et du rapport médical qui en est le fondement. Elle tente ainsi, en définitive, d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, -ce qui ne saurait être admis, au vu de ce qui est rappelé *supra* quant au contrôle exercé *in casu* par le Conseil-, sans toutefois démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière. Partant, l'allégation susvisée, et les griefs tirés d'une motivation stéréotypée ou lacunaire, ne sont pas sérieux.

3.2.3. Par ailleurs, s'agissant de l'argumentation tendant à faire accroire que « le médecin conseil remet en cause dans un premier temps la compétence et la crédibilité des médecins qui suivent d'une manière régulière le requérant depuis 2016 », le Conseil observe que, contrairement à ce que semble affirmer la partie requérante, la gravité des pathologies dont souffre le requérant n'a, en dépit de l'affirmation susmentionnée de son médecin conseil, *in fine* nullement été ignorée ni remise en cause par la partie défenderesse, dans la mesure où cette dernière a déclaré la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4., recevable, et l'a rejetée quant au fond uniquement sur la base des constats que « le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager » et que « Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que 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 que 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 il séjourne » (le Conseil souligne), constats que la partie requérante reste en défaut de contester valablement (cf points 3.2.4. à 3.2.7. ci-après). Partant, l'argumentation susvisée ne peut être suivie.

3.2.4. S'agissant de la capacité à voyager du requérant, le Conseil observe d'emblée que la décision querellée n'est assortie d'aucune décision d'éloignement, en telle manière qu'il s'interroge sur l'intérêt de la partie requérante à son argumentation à cet égard.

En tout état de cause, le Conseil observe que, contrairement à ce qui est affirmé en termes de requête, l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse est motivé à cet égard, dans la mesure où il relève, sous la rubrique « *capacité de voyager* », que « *Les pathologies mentionnées dans le certificat médical, pour autant que le patient suive les recommandations thérapeutiques et d'hygiène de vie de ses médecins, ne contre-indiquent pas le voyage de retour vers le pays d'origine ou de reprise d'autant plus que le requérant a bien effectué le trajet aller retour vers notre pays ; aucune incapacité à voyager n'est documentée dans le dossier ; aucun encadrement médical pour le voyage n'est à prévoir* », et indique, dans sa conclusion, que « *d'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine* ».

Par ailleurs, en ce que la partie requérante soutient que « l'ensemble des attestations médicales estiment qu'il est dans l'intérêt du requérant de ne pas déménager », force est de constater, à la lecture du dossier administratif, que seule l'attestation du 13 septembre 2018 émanant du Dr A.A., psychiatre, indique que « l'état psychiatrique du requérant nécessiterait qu'il ne change pas de domicile dans l'immédiat » (le Conseil souligne), tandis que le certificat médical type établi postérieurement le 8 octobre 2018 par le même médecin ne mentionne plus une telle nécessité. Partant, le Conseil s'interroge sur l'actualité de celle-ci.

Quant à l'allégation que « le requérant a été enlevé et torturé physiquement par plusieurs hommes en 2015 en IRAK », force est d'observer que la première demande de protection internationale du requérant s'est clôturée négativement (point 1.1.) en raison, en substance, de l'absence de crédibilité du récit du requérant à cet égard, et que ce point n'a pas été remis en cause dans le cadre de la seconde demande de protection internationale de celui-ci (voir point 6.5. de l'arrêt n° 224 268 du 24 juillet 2019 du Conseil de céans). Partant, l'allégation susvisée ne peut être considérée comme établie et est, partant, inopérante.

3.2.5. Par ailleurs, s'agissant de la disponibilité en Irak des soins et du suivi nécessaires au requérant, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse, dans son rapport du 8 mars 2019, précité, a indiqué à cet égard que :

« **Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine**

- Clotiapine est disponible en Iraq (cf. BMA-11641);
- Escitalopram est disponible en Iraq (cf. BMA-11641);
- Hydroxyzine est disponible en Iraq (cf. BMA-11379);
- Oméprazole est disponible en Iraq (cf. BMA-12089);
- Mirtazapine est disponible en Iraq (cf. BMA-12009);
- Amisulpiride n'est pas disponible en Iraq mais on peut constater, en consultant le site du CBIP - Centre Belge pour l'Information Pharmacothérapeutique, que ce médicament a comme positionnement thérapeutique la psychose; or, le requérant n'est pas psychotique mais dépressif et anxieux; par conséquent, l'amisulpiride utilisée ici comme anxiolytique peut être avantageusement remplacée par une benzodiazépine comme l'alprazolam qui est disponible en Iraq (cf. BMA-12009);
- Les consultations de psychiatrie sont disponibles en Iraq (cf. BMA-12009).

Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine.

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique.

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé):

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

- Requête MedCOI du 19/07/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11379;
- Requête MedCOI du 01/10/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11641;
- Requête MedCOI du 16/02/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12089;
- Requête MedCOI du 19/02/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12009.

De plus, la pathologie attestée ne répond pas aux critères de l'article 9ter §1^{er} alinéa de la loi du 15 décembre 1980 qui stipule qu'elle doit entraîner un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant compte tenu du fait que le traitement adéquat existe dans le pays d'origine.

A noter que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans n'importe quel pays du monde, ce qui n'empêche toutefois pas d'avoir recours à une alternative médicamenteuse du moins si pas identique du moins raisonnable. Par ailleurs, les affections dont il est question étant chroniques, le requérant peut à loisir se constituer un petit stock pouvant pallier lesdites indisponibilités temporaires.

Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a posteriori une péjoration de la situation clinique antérieure.

Rappelons que ce n'est pas au délégué du ministre d'effectuer des démarches pour la mise à jour médicale d'une demande 9ter (= compléter les infos médicales): ce soin et cette diligence incombent au demandeur et cette charge de preuves ne peut être inversée. De plus, il incombe au demandeur de rédiger sa demande avec soin afin d'éclairer sa situation personnelle ».

En l'occurrence, le Conseil estime qu'à défaut d'être un tant soit peu étayée *in concreto*, l'allégation de la partie requérante, portant qu'il « n'existe pas en Irak de solutions thérapeutiques de qualité », apparaît péremptoire et ne saurait dès lors suffire à rencontrer utilement et adéquatement les constats susvisés dudit médecin, en telle manière qu'elle est inopérante.

En pareille perspective, le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à ses griefs selon lesquels ni la partie défenderesse ni son médecin conseil n'ont examiné la question de savoir si l'arrêt du traitement du requérant était de nature à entraîner un risque de traitement inhumain ou dégradant dans son chef en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine, dès lors que la partie requérante est restée en défaut de rencontrer valablement les constats du médecin conseil de la partie défenderesse concluant à la disponibilité du traitement et du suivi requis en Irak.

En outre, le Conseil n'aperçoit pas, en toute hypothèse, la pertinence d'une telle argumentation, dès lors que la partie requérante reste en défaut de démontrer que le voyage du requérant vers l'Irak entraînerait nécessairement un arrêt du traitement, dans la mesure où elle ne soutient pas que ce dernier ne pourrait se voir prescrire, en Belgique, les médicaments requis en quantité suffisante dans l'attente de la mise en place de son traitement médicamenteux dans son pays d'origine.

Quant à l'allégation portant que « l'avis médical sur lequel se base l'acte attaqué ne permet pas de confirmer avec certitude que le requérant sera soigné efficacement et de la même manière qu'en Belgique », le Conseil observe que la partie requérante n'établit nullement *in concreto* que la qualité des soins serait moindre en Irak qu'en Belgique, et rappelle, en tout état de cause, ainsi qu'il est relevé dans son avis par le fonctionnaire médecin que « *Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique. [...]* » et que « *Le fait que [l]a situation [du requérant] dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume-Uni du 02 mai 1997, §38)* ». Partant, l'allégation susvisée est inopérante.

En ce que la partie requérante reproche au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas examiner les conséquences d'un arrêt du traitement en cas de « complications » ou « si les alternatives ne convenaient pas au requérant », force est de constater qu'à défaut de toute autre précision, la survenance de telles complications apparaît purement hypothétique. Quant aux « alternatives » qui ne conviendraient pas au requérant, force est de constater que la partie requérante ne démontre nullement que le requérant ne supporterait pas la substitution de l'amisulpiride par l'alprazolam, telle que préconisée par le médecin conseil de la partie défenderesse. Partant, à défaut de développements concrets à ces égards, le grief précité est inopérant.

3.2.6. S'agissant de l'accessibilité du traitement et du suivi en Irak, le Conseil relève que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis, ce qui suit :

« Accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine

Le conseil du requérant indique que les infrastructures et médicaments ne sont pas toujours présents partout en Iraq, qu'il y aurait des coupures de courant et de distribution d'eau et que l'accès aux hôpitaux serait difficile. Cependant, le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. En effet, l'annexe numérotée 7 s'y rapportant ne figure pas avec la demande.

Notons également que les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale décrite et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

En outre, la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir CEDH 4 décembre 2008, Y/Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

En outre, il ressort de la demande d'asile du requérant en Belgique, qu'il a de la famille dans le pays d'origine (notamment ses parents et ses sœurs). Rien ne démontre qu'il ne pourrait ainsi faire appel à ces personnes en vue d'obtenir une aide financière ou matérielle dans le pays d'origine.

Il a également déclaré avoir payé la somme de 5000 € au passeur lors de sa venue en Belgique. Ceci démontre que l'intéressé disposait de moyens relativement importants au moment de quitter l'Iraq et rien ne démontre qu'il n'aurait pas encore des ressources financières dans le pays d'origine.

De plus, l'intéressé est en âge de travailler et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi au pays d'origine. Il a également déclaré lors de sa demande d'asile avoir travaillé comme ouvrier en Iraq, il pourrait ainsi faire valoir son expérience professionnelle pour trouver de l'emploi.

Précisons que nous devons considérer ces informations comme étant crédibles puisque le requérant, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître comme réfugié.

Par ailleurs, il ressort d'un rapport MedCOI que le système de santé publique est basé sur un modèle de coût partagé dans lequel le gouvernement prend en charge la quasi-totalité du coût des soins tandis

que le patient paie un montant minimum (1000 IQD = 0.75 € pour les soins de santé de base et jusqu'à 5000 IQD = 3.80€ pour les services hospitaliers universitaires). Ces charges permettent au patient d'entrer dans l'établissement et couvre le prix d'une consultation. Bien que le pays manque de psychiatres, les soins sont possibles dans la capitale et sont pris en charge par l'assurance santé publique. L'intéressé provenant de Bagdad, il n'aura pas de difficulté à trouver les soins dont il a besoin. Notons aussi que plusieurs ONG comme Heartland Alliance et International Medical Corps UK offrent un soutien psychologique notamment aux populations déplacées souffrant de stress traumatique . Par conséquent, le requérant peut prétendre à un traitement médical en Iraq. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention {CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38}. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, l'Iraq. »

En l'espèce, s'agissant de l'allégation de la partie requérante selon laquelle le requérant est dans l'impossibilité de travailler, le Conseil observe que, dans la demande visée au point 1.4., la partie requérante n'a jamais invoqué le fait que le requérant serait dans l'incapacité de travailler, laquelle incapacité ne ressort, au demeurant, d'aucun des documents médicaux produits à l'appui de ladite demande. Partant, l'allégation susvisée apparaît péremptoire et, dès lors, inopérante, et il ne saurait être reproché au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir considéré à cet égard que « l'intéressé est en âge de travailler et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi au pays d'origine ».

En pareille perspective, et à défaut d'autres précisions, les allégations de la partie requérante relative à un arrêt du traitement du requérant apparaissent dénuées de toute pertinence.

L'allégation portant que « la partie adverse elle-même considère que le requérant peut travailler à l'exception de certains travaux lourds » n'appelle pas d'autre analyse, une telle affirmation ne ressortant ni de la décision attaquée, ni de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse.

3.2.7. Quant à la violation, alléguée, de l'article 3 de la CEDH, la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après: 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 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 » (Cour EDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume Uni, §§42-45).

La Cour a ensuite précisé, qu'il faut entendre par des "cas très exceptionnels" pouvant soulever, au sens de l'arrêt précité, un problème au regard de l'article 3, « les cas d'éloignement d'une personne gravement malade dans lesquels il y a des motifs sérieux de croire que cette personne, bien que ne courant pas de risque imminent de mourir, ferait face, en raison de l'absence de traitements adéquats dans le pays de destination ou du défaut d'accès à ceux-ci, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie. La Cour précise que ces cas correspondent à un seuil élevé pour l'application de l'article 3 de la Convention dans les affaires relatives à l'éloignement des étrangers gravement malades » (CEDH, 13 décembre 2016, Paposhvili v. Belgium, §183).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises.

3.3. Enfin, s'agissant des développements relatifs à l'ordre de quitter le territoire, ils sont dénués de toute pertinence, l'acte attaqué n'étant assorti d'aucune mesure d'éloignement.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique ne peut être tenu pour 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 vingt-cinq novembre deux mille vingt-et-un par :

Mme N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

N. CHAUDHRY