



Arrêt

n° 264 643 du 30 novembre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. DUSHAJ
Place Jean Jacobs, 5
1000 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 PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 26 novembre 2018, par X, qui déclare être de nationalité kosovare, 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 15 octobre 2018.

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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 3 décembre 2018 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 septembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 19 octobre 2021.

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

Entendus, en leurs observations, Me C. NTAMPAKA *loco* Me D. DUSHAJ, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Me D. MATRAY et Me C. PIRONT, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant déclare être arrivé en Belgique en septembre 2011.

1.2. Le 4 octobre 2011, 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°76 690 du 6 mars 2012 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection

subsidaire prise le 13 décembre 2011 par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA).

1.3. Le 22 novembre 2011, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 1^{er} mars 2012, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande irrecevable.

1.4. Le 22 mars 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale – (annexe 13quinquies) à son encontre. Par un arrêt n°185 583 du 20 avril 2017, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.5. Le 24 avril 2012, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 19 septembre 2012, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n°187 511 du 24 mai 2017, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.6. Le 12 décembre 2012, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 18 septembre 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi qu'une interdiction d'entrée de 3 ans. Par un arrêt n°190 158 du 28 juillet 2017, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.7. Le 23 mai 2018, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, complétée en date du 11 juillet 2018. Le 15 octobre 2018, 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 29 octobre 2018, 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) :

« Motif:

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.A.] 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'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 le Kosovo, pays d'origine du requérant.

Dans son rapport du 10.10.2018 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Kosovo.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'il 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 ».

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

« MOTIF DE LA DECISION :

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:

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 2° de la loi du 15 décembre 1980, en tant qu'étranger non soumis à l'obligation de visa, il demeure dans le Royaume au-delà de la durée maximale de 90 jours sur toute période de 180 jours prévue à l'article 20 de la Convention d'application de l'accord de Schengen:

Sa demande 9ter introduite le 23/05/2018 et s'est clôturée négativement le 15/10/2018 ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), 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 de préparation avec soin d'une décision administrative, de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs », du « principe d'égalité et de non-discrimination », ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2. La partie requérante prend une première branche, aux termes de laquelle elle se réfère tout d'abord à son dossier médical et à l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse. Sous un premier point, quant au caractère essentiel du traitement actif actuel, elle relève que le médecin de la partie défenderesse réfute le caractère essentiel de certains médicaments prescrits par ses médecins spécialistes. Elle rappelle que sa pathologie n'est pas guérissable et qu'en conséquence, la notion de « traitement essentiel » est à relativiser dès lors qu'il n'aura toujours pour objet que d'atténuer et retarder l'involution de son état de santé. A cet égard, elle constate qu'il n'est pas contesté par le médecin-conseil que le « Toviaz » a pour effet une certaine amélioration symptomatique, mais que le médecin-conseil considère que le « Gilenya » n'est pas indiqué en cas de sclérose en plaques primaire, et souligne que le Professeur [D.] a prescrit ce médicament en connaissance de cause. Elle affirme qu'il a néanmoins arrêté de prescrire ce traitement, malgré l'effet positif sur sa maladie, pour des raisons purement économiques, et constate que « *l'arrêt de traitement pour des raisons purement économiques liées au statut de séjour du requérant est équivalent à un traitement inhumain et dégradant, éléments, dont la partie adverse et le médecin conseil, prétendument compétent, ne tiennent nullement compte dans la décision querellée, Cela étant, le débat n'a plus lieu d'être s'agissant de ce médicament* ».

Sous un deuxième point, quant à la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, elle estime que le médecin-conseil, en se prévalant d'informations provenant de la base de données non publique MedCOI, soustrait l'ensemble des informations tirées de cette source au principe de contradictoire, et en déduit qu'il y a dès lors lieu de les écarter des débats. En outre, elle relève que le médecin-conseil cite comme source d'information « *la base de donnée de l'Autorité de Régulation des Médicaments du Kosovo (ACRB)* » mais que le lien fourni ne renvoie vers aucun résultat et qu'il ne peut donc être tenu compte des informations tirées de cette source. De plus, elle se réfère à un rapport de l'OSAR du 31 août 2016 concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins nécessaire au traitement de la sclérose en plaques au Kosovo, dont elle cite un extrait. Concernant la disponibilité médicale, elle réitère ses développements relatifs à la base de données MedCOI, et soutient que le médecin-conseil admet que tous ses médicaments ne sont pas toujours disponibles et que cette relative disponibilité ne s'observe que dans certains établissements. Elle en conclut que rien ne permet de démontrer que les soins requis à son état de santé sont disponibles de façon effective au Kosovo, et se réfère en ce sens à un rapport du l'OSAR du 3 avril 2017.

Sous un troisième point, quant à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, elle relève que le médecin-conseil fonde le caractère accessible des soins et du suivi sur l'existence d'une loi prévoyant un principe d'équité et de non-discrimination dans la provision des soins. Sur ce point, elle fait valoir que le médecin-conseil ne développe ni l'étendue des droits octroyés ni l'effectivité de cette loi, et que ce faisant, il en déduit erronément le bénéfice d'un accès concret aux soins. Quant à l'assurance maladie payante obligatoire, elle affirme que le site référencé ne fait qu'énumérer abstraitement les soins auxquels cette assurance donne droit, sans développement concret sur leur efficacité. Elle se

réfère au rapport OSAR sur le Kosovo, et rappelle que la corruption y est omniprésente, que les salaires sont extrêmement bas et que les paiements informels perçus par le personnel médical sont courants. Elle précise avoir produit, en termes de demande, une attestation du Ministère du travail et du bien-être social au Kosovo certifiant qu'elle ne bénéficie pas de l'aide sociale, et que dans le cas où sa demande aboutirait elle ne bénéficierait que de 40€ par mois et ne pourrait donc pallier les inégalités en payant pour avoir accès aux soins. De plus, elle fait valoir que sa famille ne pourrait l'aider à avoir accès à son traitement médical et qu'elle ne pourrait à nouveau se réinsérer dans le marché de l'emploi. Elle précise que son état de santé entraîne un handicap socio-professionnel qui l'empêche de travailler, que cet élément est clairement établi par son dossier médical, et ajoute que les affirmations du médecin-conseil entrent manifestement en porte-à-faux avec les rapports médicaux du Docteur [L.] et du Professeur [D.]. Elle se réfère à nouveau au rapport de l'OSAR quant à l'accessibilité financière des soins de santé au Kosovo, et estime que ces éléments démontrent à quel point le médecin-conseil est loin de la réalité pratique quant à l'inaccessibilité et à l'indisponibilité des soins de santé au Kosovo. Elle déclare que les délais d'attente pour subir un examen ou un traitement sont longs, que les plus pauvres et les personnes souffrant de maladies chroniques sont les plus vulnérables, et précise que son état de santé nécessite un suivi régulier. Quant au coût des prestations, elle observe qu'il ne faut pas négliger celui des transports, que tous les centres de soins ne fournissent pas les mêmes prestations, et que toutes les pharmacies ne possèdent pas les mêmes médicaments. S'agissant du coût des prestations médicales, elle rappelle que le chômage est largement répandu, et qu'au vu de son incapacité de travail elle ne pourra bénéficier, au maximum et dans le meilleur des cas, que d'un montant de 40€ par mois.

Dès lors, elle affirme que c'est à tort que la partie défenderesse affirme que les soins médicaux requis existent au pays d'origine. Elle rappelle avoir produit, notamment, une attestation médicale du 27 octobre 2011 du Docteur [G.H.] « *lequel confirme à nouveau que leurs moyens et les possibilités d'une réhabilitation sont très minimalistes pour ce genre de problème et ajoute connaître plusieurs demandes pour ce type de patient et que leur traitement doit se faire hors du Kosovo* ». Elle se réfère au rapport de l'OSAR relatif à l'état des soins de santé au Kosovo, et affirme que les recherches faites par la partie adverse sur l'existence d'un traitement adéquat dans son pays d'origine sont, d'une part, invérifiables au vu du caractère non consultable des sites sur lesquels se fonde le médecin-conseil, et d'autre part, les recherches sont largement insuffisantes et contredites par les informations produites par la partie requérante. Elle expose ensuite des considérations théoriques relatives à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, et affirme que les recherches de la partie défenderesse sont contredites, vagues et générales, et ne tiennent pas compte de sa situation individuelle. Elle soutient que la combinaison des rapports médicaux déposés et des rapports de l'OSAR démontre à suffisance l'inaccessibilité et l'indisponibilité des traitements au Kosovo.

Elle ajoute qu'en ne répondant pas aux pièces produites, la partie défenderesse n'a ni adéquatement ni suffisamment motivé sa décision, a commis une erreur manifeste d'appréciation et a méconnu les dispositions et principes repris au moyen. En ce sens, elle se réfère à un arrêt du Conseil et déclare qu'en tout état de cause, la partie défenderesse a violé l'obligation de motivation formelle, et que la référence à la base de données non publique MedCOI pour fonder la disponibilité de soins constitue une violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991.

En outre, elle fait valoir que la motivation de l'acte attaqué ne lui permet pas de comprendre en quoi son état de santé ne revêtirait pas le seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, et que ce faisant, la partie défenderesse a violé le principe de bonne administration lui imposant de statuer en tenant compte de tous les éléments pertinents de la cause. Enfin, elle souligne qu'au vu des rapports de l'OSAR, l'indisponibilité et l'inaccessibilité d'un traitement adéquat au Kosovo ne font aucun doute, et en déduit que la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas suffisamment et adéquatement motivé sa décision. Elle rappelle ensuite, successivement, plusieurs considérations théoriques relatives à la motivation adéquate et au principe de bonne administration, et conclut qu'en « *ne réalisant pas un examen de la situation individuelle du requérant quant à l'accessibilité et la disponibilité du traitement approprié et prescrit par les médecins spécialistes, la partie défenderesse viole l'article 9ter* ».

2.3. Dans une deuxième branche, la partie requérante soutient que rien ne permet d'établir que le médecin-conseil est compétent pour apprécier son état de santé, et encore moins qu'il soit spécialisé dans ce type de pathologie. Elle relève que ce dernier ne l'a pas rencontrée, de sorte qu'il a émis un avis médical en se référant uniquement à son dossier médical, et qu'il convient dès lors de s'interroger sur la possibilité pour un médecin de rendre un avis sur son état de santé sans l'avoir auscultée et sans être spécialisé pour ce type de pathologie. Elle se réfère à l'article 124 du Code de déontologie

médicale, et précise que « le Conseil d'Appel d'expression française de l'ordre des médecins a déjà considéré qu'il était du devoir du médecin d'examiner le patient avant de rendre un avis médical, sous peine de rendre cet avis à la légère ou encore que des écrits attestant un fait non constaté personnellement par le médecin sont susceptibles de compromettre des intérêts privés et publics ». De plus, elle renvoie à l'article 10, §2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, ainsi qu'à l'article 126, §4, du Code de déontologie médicale, et constate que le Conseil d'appel d'expression française de l'ordre des médecins a déjà jugé que le médecin contrôleur ne peut s'ingérer directement dans le traitement d'un patient soumis à contrôle et qu'il lui incombe, préalablement à toute décision, de prendre contact avec le médecin traitant. Par conséquent, elle estime que le médecin-conseil ne peut s'écarter des certificats médicaux établis par ses différents médecins traitant sans les avoir au préalable contactés, ce que la partie défenderesse n'a pas jugé utile de faire en l'espèce. Elle en conclut que l'avis rendu par le médecin-conseil constitue une ingérence dans le traitement prodigué par son médecin traitant et que, dès lors, la décision attaquée ne peut valablement se fonder sur cet avis.

2.4. Dans une troisième branche, la partie requérante affirme qu'au regard des éléments développés ci-avant, il ne fait aucun doute qu'un retour dans son pays d'origine serait constitutif d'une violation de l'article 3 de la CEDH. Elle se réfère à l'affaire « D. c. Royaume-Unis » de la Cour européenne des droits de l'homme, et fait valoir que la partie défenderesse « n'a pas pris en considération l'argumentation développée par le requérant selon laquelle tant la jurisprudence du Conseil de céans que celle de la Cour européenne des droits de l'homme, qui a mis en exergue que, au risque de violer l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme consacrant l'interdiction absolue de soumettre quiconque à un traitement inhumain et dégradant, doit être autorisée au séjour une personne gravement malade qui ne peut voyager ou ne peut bénéficier dans son pays d'origine d'un traitement adéquat ou lorsque ce traitement existe mais n'est pas accessible, notamment pour des raisons financières ». Elle déclare qu'en décidant de son éloignement au péril de sa vie et de sa santé, contre les avis des médecins consultés, la partie défenderesse viole l'article 3 de la CEDH.

3. Discussion

3.1.1. Sur l'ensemble 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, 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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

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

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 10 octobre 2018, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une « sclérose en plaques primaire progressive », pour laquelle les traitements 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.

3.2.1. S'agissant de l'examen de la disponibilité des soins et traitements, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a pris en compte le traitement de la partie requérante mais a considéré, concernant le « Gilenya », que ce dernier « *n'a pas été retenu comme ayant un caractère essentiel dans le traitement de la sclérose en plaque primaire progressive, contrairement à l'Interferon bêta-1a. En effet, le RCP (résumé des caractéristiques du produit) précise que l'indication est la SEP rémittente-récurrente, ce qui n'est pas le cas du requérant (forme primaire progressive). En Belgique, ce traitement n'est d'ailleurs remboursé que dans cette indication précise de SEP rémittentes-récurrente comme le confirme le formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité GILENYA. Notons que ce traitement n'est pas repris dans le dernier CMT du 18.04.2018 du Dr [F.L.] alors que ce traitement était déjà proposé rapport de consultation du 27.09.2017 par le Dr [V.D.]. Le courrier de la SEP N°149 décembre 2016 rappelle également « les résultats négatifs du natalizumab ou du fingolimod dans les formes progressives ».* La dernière études INFORMS concernant « Fingolimod oral dans la sclérose en plaques progressive primaire » réalisée en double aveugle, contrôlée par placebo et parue dans le Lancet de mars 2016 conclut que « les effets anti-inflammatoires du fingolimod n'ont pas ralenti la progression de la maladie dans la sclérose en plaques primaire progressive » ».

En outre, le Conseil rappelle que 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 1er mars 2016).

Quant aux affirmations de la partie requérante selon lesquelles le fonctionnaire médecin, en se prévalant d'informations provenant de la base de données non publique MedCOI, « *soustrait l'ensemble des informations prétendument tirées de cette source au principe de contradictoire et qu'il y a dès lors lieu de les écarter d'office des débats* », 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. Il en est de même concernant le renvoi à la base de données de l'Autorité de Régulation des Médicaments du Kosovo (ACRB), pour laquelle des reproductions des pages consultées sont reprises au dossier administratif.

De plus, le Conseil ne peut que constater que les rapports de l'OSAR du 31 août 2016 et du 3 avril 2017 sont invoqués 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).

3.2.2. S'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins et traitements, en ce que la partie requérante fait grief à la partie défenderesse d'énumérer abstraitement les soins auxquels l'assurance maladie obligatoire donne droit, sans développement concret quant à leur efficacité, le Conseil observe que la partie requérante n'a nullement invoqué ces préoccupations en termes de demande en sorte qu'il ne saurait être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir motivé sa décision sur ce point. Il en est de même concernant le coût des transports, des divergences de prestations entre les différents centres de soins, de l'approvisionnement des pharmacies, et des délais d'attente pour subir un examen ou un traitement.

En outre, force est de constater qu'en affirmant, sans plus de précision, que « *la famille du requérant ne pourrait l'aider à avoir accès à son traitement médical et ce dernier ne pourrait à nouveau se réinsérer dans le marché de l'emploi. Que c'est d'ailleurs ce qui a notamment justifié que le requérant prenne la lourde décision de quitter sa famille aux fins de bénéficier de soins et de suivi médical en Belgique* » la partie requérante se borne à cet égard à prendre le contre-pied de la décision querellée et tente 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, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard, *quod non* en l'espèce.

Quant à l'incapacité de la partie requérante à travailler, le Conseil ne peut que constater que ces allégations ne ressortent nullement du dossier administratif, la partie requérante ayant simplement mentionné, en termes de demande, son absence de formation professionnelle et le montant du salaire minimum et maximum moyen au Kosovo.

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 elle pourrait, d'une part, bénéficier de la loi n°2004/4 relative à la loi sur la santé et, d'autre part, faire appel à une assistance sociale temporaire présentent un caractère surabondant. Les observations formulées à leur sujet ne sont donc pas de nature à entraîner une annulation de l'acte attaqué.

3.3. Sur la deuxième branche du moyen unique, et plus particulièrement du grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir rencontré la partie requérante, le Conseil rappelle que ce dernier n'est nullement tenu d'interroger la partie requérante 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 9^{ter} 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). En outre, force est de convenir que ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste.

Quant à la référence au Code de déontologie, le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *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* ».

3.4. Sur la troisième branche du moyen unique, quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, 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 « *[l]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 « [l]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).

3.5. 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.

5. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article 1^{er}

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Article 2

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente novembre deux mille vingt et un par :

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT

E. MAERTENS