

Arrêt

n° 265 088 du 8 décembre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. DIONSO DIYABANZA
Rue des Alcyons 95
1082 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 février 2021, par X, qui déclare être de nationalité ukrainienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 2 décembre 2020.

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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 1^{er} mars 2021 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 2 juillet 2021 convoquant les parties à l'audience du 30 juillet 2021.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me C. DIONSO DIYABANZA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

Le 15 mai 2020, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 2 décembre 2020, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée. Cette décision qui lui a été notifiée en date du 14 janvier 2021, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

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

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

Dans son avis médical du 01.12.2020 (remis au requérant sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors, le dossier 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 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.»

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un premier moyen tiré de la violation « des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et des articles 9 ter §1er, alinéa 1er et 62 de la loi du 15 décembre 1980 [...], de la violation de principes généraux de bonne administration, dont le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause ».

Elle fait valoir des considérations théoriques sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et indique « Qu'il s'ensuit que le texte même de l'article 9 ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne permet pas une interprétation qui conduirait à l'exigence systématique d'un risque « pour la vie » du demandeur puisqu'il envisage, au côté du risque vital, deux autres hypothèses ; Que suivant l'arrêt n°135 037 du 12 décembre 2014 pris en Assemblée générale par le Conseil de Céans, le champ d'application de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 citée supra est autonome de l'article 3 de la CEDH ; Que l'article 3 de la CEDH, qui constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980 précitée et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9 ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi ; Que la CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013 ; n°223.96i ; CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633) ; Que l'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention; Qu'en ce qui concerne la référence par la partie défenderesse à la jurisprudence de la Cour. E.D.H. relative à l'article 3 de la CEDH, il sied de constater que le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH ; Que pour justifier qu'il rentrait bien dans les conditions de l'article 9 ter, alinéa 1er de la loi du 15 décembre 1980, le requérant a produit un certificat médical type daté du 5 mai 2020 signé par le Docteur [E. O.], qui a noté qu'il souffrait de plusieurs pathologies, à savoir d'une anémie, d'une insuffisance rénale, de glaucome, d'une hypothyroïdie important et d'un diabète pas suffisamment contrôlé ; Que le degré de gravité a été jugé très sévère ; Que le médecin a également indiqué qu'un bilan cardiologique, gastro-entérologique, endocrinologique, néphrologique était nécessaire et que les traitements médicaux étaient en cours, avec plusieurs médicaments ; Que quant à la durée du traitement nécessaire, le médecin a estimé qu'il s'agissait d'un traitement à vie ; Qu'en ce qui concerne les conséquences et complications en cas d'arrêt du traitement, elles seront défavorables sans réelle prise en charge médicale globale ; Que le médecin indique en effet qu'un risque d'infarctus du myocarde et un risque de décompensation du diabète. Le risque vital pouvait être engagé ; Que le requérant a nourri sa demande par des preuves documentaires justifiant que les maladies dont il souffre ne pourraient pas être prises en charge en Ukraine, faute de traitements adéquats et disponibles sur place en manière telle que leur suivi risquerait donc d'être sérieusement compromis en cas de retour prématuré dans son pays d'origine où l'accessibilité aux soins de santé reste un luxe, en l'absence de système de sécurité sociale efficient; Que pourtant, dans son rapport du 1er décembre 2020, le médecin conseiller a conclu son avis médical en ces termes : [...] Que souscrivant à cet avis, la partie défenderesse a ainsi déclaré non-fondé la demande de séjour du requérant; Que le requérant conteste avec la dernière énergie la décision de la

partie défenderesse; Que le Conseil de céans observera que l'avis du médecin-conseiller mentionne ce qui suit quant à la disponibilité des soins et du suivi en Ukraine : [...] Qu'à la lecture de cet extrait, le Conseil notera que la motivation de l'acte attaqué procède d'une double motivation par référence dès lors que, d'une part, la partie défenderesse s'est référée à l'avis médical du médecin-conseiller, et d'autre part, celui-ci s'est référé à des « informations provenant de la base de données non publique MedCOI » ; Qu'en l'occurrence, la question qui se pose donc est celle de savoir si cette double motivation par référence satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle découle de la loi du 29 juillet 1991, dont la violation des articles 2 et 3 est invoquée par le requérant; Que dans son arrêt n°242 734 du 22 octobre 2020, le Conseil de céans a précisé que la motivation par référence était admise sous réserve du respect de trois conditions : [...] Que concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : [...]) ; Qu'en l'espèce, le Conseil estime qu'il ne peut être considéré que l'avis du médecin conseiller, susmentionné, satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne la disponibilité des traitements médicamenteux requis en Ukraine, à tout le moins ; Qu'en effet, le médecin-conseiller s'est référé à des « informations provenant de la base de données non publique MedCoi », précisant les dates des « Requêtes MedCOI » et leurs numéros de référence; Qu'en note de bas de page, l'avis du médecin-conseiller précise les informations suivantes, quant à la banque de données MedCOI : [...] Qu'il plaira au Conseil de céans d'observer que la mention figurant dans l'avis du médecin conseiller, selon laquelle « les informations provenant de la base de données non publique MedCOI [précisions quant à cette base de données, en note de bas de page] : Requêtes MedCOI des 30.01.2019, 01.04.2019, 16.09.2019, 06.03.2020, 21.08.2020, 30.09.2020, portant les numéros de référence uniques BMA 12214, BMA 12770, BMA 13338, BMA 13905, BMA i4047.{...} », ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé dudit document, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées; Qu'il s'ensuit que cette motivation de l'avis du médecin-conseiller, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; Qu'en effet, la simple conclusion du médecin-conseiller ne permet pas au requérant de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité des traitements médicamenteux requis ; Qu'il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par le requérant, les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles s'est fondé le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public ; Qu'en conséquence, entendant motiver son avis par référence à ce document, le médecin conseiller se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de le résumer, ou encore de l'annexer audit avis ; Qu'à l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour le requérant dans l'introduction de son recours, puisque celui-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses 9 aux « requête MedCOI», sur lesquelles le médecin-conseiller a fondé son avis, et ainsi en vérifier la pertinence; Que ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du médecin-conseiller doit être complète, afin de permettre au requérant et au Conseil de céans, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du médecin-conseiller et, en ce qui concerne le requérant, de pouvoir le contester ; ».

Elle ajoute que « Que quoi qu'il en soit, les informations résultant des réponses aux requêtes MedCOI sur lesquelles s'appuie le médecin-conseiller pour affirmer que le suivi en gastro-entérologie, en cardiologie, en ophtalmologie, en endocrinologie et en néphrologie serait disponible et ou accessible en Ukraine sont stéréotypées ; Que de manière générale, aucune information quant au coût des soins et du suivi n'est produite au travers des réponses aux requêtes MedCOI ; Que de ce point de vue, la motivation du médecin conseiller quant à la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, à laquelle souscrit la partie défenderesse, apparaît comme une pétition de principe; ».

Elle soutient ensuite « Qu'en ce qui concerne l'accessibilité d'une prise en charge globale le suivi en gastroentérologie, en cardiologie, en ophtalmologie, en endocrinologie et en néphrologie en Ukraine, [...] la partie défenderesse n'a pas correctement motivé sa décision en s'appuyant sur les conclusions du médecin conseiller, selon lesquelles que l'Ukraine disposerait d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de vieillesse, invalidité, décès, maladies, maternité, les accidents de travail, le chômage et les prestations familiales; Que le requérant affirme pour sa part que le coût des soins le suivi en gastro-entérologie, en cardiologie, en ophtalmologie, en endocrinologie et en

néphrologie est exorbitant; Qu'il convient de mentionner d'emblée qu'avec un salaire moyen de 246 euros (291 dollars US)⁴ en Ukraine, le requérant n'a pas les moyens financiers de couvrir les soins de santé précités nécessaires; Qu'un article tiré du site internet www.expat.com/fr, intitulé « Santé et assurances en Ukraine »⁵ confirme l'inaccessibilité ainsi que l'indisponibilité des soins (pièce n°7):

« Le système de santé en Ukraine est géré par le ministère de la Santé. Il fonctionne grâce aux recettes des administrations publiques, les cotisations d'assurance sociale des salariés, les cliniques privées et leurs patients. Théoriquement, les Ukrainiens et les résidents agréés à long terme bénéficient de la gratuité pour la plupart des services médicaux, y compris le traitement par des spécialistes, l'hospitalisation, les prescriptions, la grossesse et l'accouchement et la rééducation. Il faut toutefois savoir que les centres de santé publics en Ukraine sont peu ou mal équipés, tout comme les établissements médicaux, fortement éloignés des normes occidentales : les équipements médicaux et le personnel sont insuffisants par rapport à la forte demande. Qui plus est, les médecins et les infirmières qui travaillent dans les centres de santé ne sont pas toujours pleinement formés au système de santé. S'agit d'une intervention chirurgicale nécessitant des équipements spécialisés. Les fournitures médicales étant limitées dans les établissements publics, les patients doivent également fournir leurs propres pansements, médicaments et nourriture durant leur hospitalisation. S'ajoute à cela, les frais liés au temps passé pour les consultations. Enfin, la plupart des médecins et des hôpitaux n'acceptent que les paiements en espèces. Les personnes qui ont les moyens nécessaires pour se tourner vers le système privé bénéficient quant à elles de soins de grande qualité : le niveau médical, tant humain que matériel dépasse de loin le système public. »

Que dans sa demande d'autorisation de séjour, le requérant avait également produit un article tiré du site internet d'Equal Times, intitulé : « En Ukraine, le système de santé a toujours besoin d'un traitement de choc », confirmant l'inaccessibilité ainsi que l'indisponibilité des soins en Ukraine (pièce n° 12 de la demande de régularisation 9ter du requérant) :

« Eduard Vitonshynsky a 28 ans et est atteint d'une leucémie. Ce jeune père de famille, après plusieurs chimiothérapies avait besoin d'une transplantation, qui ne pouvait se faire en Ukraine, faute de services hospitaliers compétents et abordables. Son père Igor affirme avoir payé près de 100.000 dollars de sa poche pour payer la totalité des traitements d'Eduard. « Après le diagnostic, on nous a orienté vers un hôpital privé. Mais on n'avait pas d'informations. Je n'ai plus d'argent désormais, j'ai vendu tout ce que j'avais », racontait-il à Equal Times en septembre dernier. L'espoir de la famille résidait alors dans un programme financé par l'État ukrainien qui permet de prendre en charge exceptionnellement (et surtout, en dernier recours) certains soins, notamment des chirurgies à l'étranger. Pendant près d'un an, des blocages bureaucratiques et financiers ont mis les familles de malades, dont les semaines sont comptées, au désespoir. À l'automne 2018, des familles ont ainsi campé des semaines, comme Igor, devant le ministère de la Santé à Kiev. « Nous sommes allées partout demander de l'aide, mais on n'a eu aucune réponse. On nous fait attendre, mais nos proches mourront avant. C'est comme si on voulait nous éliminer », affirme-t-on au sein du petit groupe d'une dizaine de personnes, au milieu de leurs tentes colorées recouvertes de photos de leurs enfants malades. Fin 2018, quelques malades, dont Eduard, ont finalement obtenu leur visa et leur chèque pour être opéré en Turquie. Mais tous n'ont pas eu le temps d'avoir cette chance. Entre manque d'investissements et problème de corruption chronique, la situation du système de santé ukrainien s'est fortement dégradée depuis l'indépendance du pays et il ne vaut mieux pas tomber malade, surtout si l'on a des revenus modestes. Il n'existe en effet pas de système d'assurance-maladie universelle dans ce pays. À l'époque soviétique, l'accès au soin était gratuit pour tous (et le reste encore dans le principe de la loi), mais dans les faits, les malades et leur famille doivent aujourd'hui payer toujours plus de leur poche la plupart des soins et médicaments. Désormais, entre ceux qui ont les moyens de payer soit un pot-de-vin, soit un médecin du privé et ceux qui ne peuvent pas, les inégalités d'accès aux soins ne cessent de se creuser. L'espérance de vie des Ukrainiens recule Au manque de protection sociale efficace, s'ajoute la très faible rémunération des médecins ukrainiens (entre 140 et 280 dollars par mois, selon les spécialités) et de la plupart des travailleurs de la santé, qui contribue à une hémorragie des ressources humaines vers le système privé, mais surtout vers l'étranger. « Environ 70 % des postes dans le secteur hospitalier sont à pourvoir à Kiev, car les jeunes une fois formés partent massivement travailler en Pologne, aux États-Unis et ailleurs », déplore Larysa Vyacheslavina Kanarovska, du syndicat indépendant des travailleurs médicaux de Kiev. « Le manque de praticiens est une catastrophe pour le pays. Les salaires sont bas et parfois même pas payés ! Le personnel est soumis à de fortes pressions et manque constamment de moyens. Des patients qui pourraient être soignés, meurent tous les jours, et les médecins sont désespérés, car ils ont la vie des gens entre leurs mains et ne peuvent rien faire ». Alors que l'espérance de vie était similaire entre l'Ukraine et l'Europe occidentale dans les années 60, l'écart s'est aujourd'hui creusé de plus 10 ans en moyenne et à dégringoler à 67 ans pour les hommes, alors qu'elle approche les 80 ans dans la plupart des pays européens. Faute de politiques de prévention suivies, le nombre de malades du sida et de la tuberculose a également explosé ces dernières années. Par peur de la facture, beaucoup de malades attendent de se trouver dans un état critique pour se rendre finalement chez un médecin. D'après une étude, 80 % des patients ont des difficultés à acheter des médicaments et donc à suivre leur traitement, tandis que les entreprises pharmaceutiques évitent le marché ukrainien à cause des problèmes de corruption. Pour la médecin et députée Olga Bogamolets, qui a été présidente de la Commission parlementaire de la santé, l'Ukraine est dans une situation très critique et qui risque encore de s'aggraver : « Aujourd'hui, 99% de la population ne fait que survivre. La

classe moyenne quitte le pays, ce sont des forces vives qui ne paient plus d'impôts ici, tandis que les plus fragiles et les plus pauvres restent. Nous avons près d'un million de personnes qui souffrent de cancers, et près de 100.000 nouveaux cas chaque année, et cela va continuer à augmenter », résume-telle dans une interview donnée en septembre à Equal Times. « Comment payer un traitement quand on ne gagne que 40 euros de retraite par mois, et que l'État ne couvre que 27 % de celui-ci, par exemple, pour les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité dans le pays ? » La députée, candidate à la présidentielle du 31 mars prochain, propose notamment d'augmenter à près de 5 % du PIB le budget public de la santé (contre 2,9% aujourd'hui). (...) »

Que c'est également ce que renseigne un rapport de l'Agence Wallonne pour l'Exportation - Kiev (en abrégé : AWEX-Kiev) daté du mois d'octobre 2013. On y lit ce qui suit (pièce n° 9 de la demande de régularisation 9ter du requérant) :

« Les services médicaux sont prestés gratuitement à tous les Ukrainiens mais leur qualité laisse à désirer : files, manque de matériel médical et de médicament dans les hôpitaux ukrainiens, des salaires bas des médecins et comme conséquence, manque de spécialistes qualifiés. L'organisation des services médicaux dans des structures médicales étatiques est différente : il faut faire la queue ou bien on peut s'inscrire d'avance. Chaque quartier de la ville a un hôpital. Ce quartier est divisé en plusieurs petites entités. Chaque entité a son généraliste qui fait le suivi de tout ce qui concerne la santé des habitants de ce quartier. Les docteurs - spécialistes sont moins nombreux. Les services d'urgence ainsi que les visites de généralistes à domicile sont gratuits. Seuls, les médecins des établissements d'état sont habilités à délivrer des certificats médicaux. Dans les villes principales, les hôpitaux publics gratuits sont équipés de matériel médical de diagnostic récent, ce qui n'est pas le cas en province. Pour des examens plus spéciaux, il faut se déplacer vers les villes régionales ou à Kiev (institut scientifiques, cliniques selon le profil) ou recourir aux cliniques privées qui sont, elles pourvues d'équipements modernes. Certains types de maladies ne peuvent être soignés en Ukraine, en raison de l'absence des équipements plus sophistiqués et du manque d'expérience des spécialistes. Le secteur scientifique médical stagne car son financement est insuffisant. Malgré le système de formation de cadres pour le secteur de la médecine en Ukraine, beaucoup de jeunes ne veulent pas travailler dans les hôpitaux publics car les salaires y sont très bas. Les Ukrainiens qui disposent de moyens financiers optent généralement pour les services médicaux privés payant ou, plus rarement pour des services médicaux à l'étranger. Le plus souvent ils vont en Russie, en Europe, en Israël, aux USA. Les Ukrainiens ont l'assurance médicale étatique obligatoire qui ne donne rien, en principe. Et, parfois, ils ne savent même pas qu'ils sont assurés. Ils n'ont aucun document prouvant cette assurance. Le système d'assurance médicale privée commence à se développer. Mais elle ne couvre pas tous les secteurs. Le prix est élevé et la qualité laisse à désirer. ».

Qu'un article internet du Monde diplomatique.fr confirme cette dégradation généralisée des soins de santé en Ukraine, aggravée par les conséquences néfastes de la guerre (pièce n° 10 de la demande de régularisation 9ter du requérant) :

« En dépit des promesses du nouveau pouvoir, la corruption sévit toujours en Ukraine, deux ans après la révolte de Maïdan (la place de l'Indépendance). Dans le secteur de la santé, l'argent public peine à parvenir aux malades. La situation sanitaire, plombée par des années de déliquescence économique, est encore aggravée par la guerre, comme en témoigne la recrudescence des maladies infectieuses. «La santé publique ? Cela n'a jamais été une priorité en Ukraine. Nous n'avons jamais perçu une volonté politique forte d'œuvrer au bien-être de la population. Alors, quand il s'agit de maladies considérées comme "socialement dangereuses", telles que le VIH-sida ou la tuberculose, je peux vous assurer que notre travail est loin d'être facile... » Sur le visage de Mme Svitlana Moroz se dessine un sourire amer, de ceux dont on se fait une carapace contre l'adversité. Affalée sur le canapé à fleurs délavé du local de l'association Noviy Den (« nouveau jour » en russe), entre des piles de documents jaunis et de cartons de préservatifs, la jeune femme semble perdue. A Kramatorsk, dans la partie du Donbass sous contrôle ukrainien, Noviy Den offre une assistance sociale et juridique à quelque cinq cents personnes atteintes du VIH, de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Sur la fenêtre, un carré de tissu jaune affiche les noms de patients de l'association décédés des suites de leur maladie. En 2015, le sida a emporté 29 personnes à Kramatorsk. « Le plus frustrant, c'est que les outils existent pour que des personnes séropositives ou tuberculeuses soient bien diagnostiquées, bien traitées et mènent une vie normale, soupire Mme Moroz. Mais, en Ukraine, on est loin de pouvoir assurer une existence digne à la plupart des patients. Le système médical est rigide, inadapté, discriminatoire et corrompu. Et la guerre n'a rien arrangé. » Dans une interview donnée au JSCR9, l'éminent docteur Walter MAKSYMOWYCH, a exprimé son opinion quant aux défis dans la prestation des soins en Ukraine (pièce n° 11 de la demande de régularisation 9ter du requérant) : « Quelles sont les ressemblances et les différences entre la médecine exercée en Ukraine et la médecine au Canada? En Ukraine, le principal problème est que la médecine est beaucoup plus axée sur les soins spécialisés. Le système de soins primaires n'est pas très bien développé, et les médecins de premier recours ne sont pas tenus en haute estime en Ukraine. Par conséquent, la plupart des étudiants en médecine veulent devenir des spécialistes. Même si l'économie ukrainienne n'est pas encore très bien développée, l'absence d'un système de soins primaires signifie que leur système de santé coûte beaucoup plus cher qu'il ne le devrait. Le deuxième problème est que relativement peu de médecins comprennent bien l'anglais, ce qui signifie que la communication avec leurs pairs occidentaux est difficile bien que cette

réalité change à mesure que les médecins plus jeunes parlent de mieux en mieux l'anglais. Cette évolution se fait très rapidement. Quels sont les défis dans la prestation des soins médicaux en Ukraine ? En premier lieu, il faut souligner que les soins médicaux coûtent cher parce qu'ils sont fondés principalement sur les soins spécialisés. Deuxièmement, à cause de l'économie encore sous-développée, les technologies de la santé coûteuses sont loin d'être à la portée de tous. Par exemple, il est très difficile d'acheter des appareils d'IRM. Alors, pour le citoyen ukrainien ordinaire, il est vraiment très difficile d'avoir accès à des épreuves diagnostiques et à des traitements coûteux¹⁰ — même s'il existe un système de santé privé en pleine croissance dans lequel toutes ces nouvelles technologies sont facilement disponibles. Troisièmement, on déplore de graves problèmes en matière de contrôle de la qualité des médicaments vendus en Ukraine! En effet, il n'existe pas de système rigoureux de contrôle de la qualité à l'échelle nationale. Cette lacune s'explique par l'absence d'un cadre réglementaire strict à l'échelle du pays. En dernier lieu, les professionnels de la santé sont très mal payés (environ 1 000 \$ par mois) ce qui, pour des raisons évidentes, ne rend pas la profession médicale très attrayante aux yeux des futurs étudiants. »

Qu'au regard des considérations qui précèdent, force est de constater que l'avis du médecin conseiller est stéréotypé dans la mesure où il n'apporte aucun élément probant concernant la réalité de la disponibilité et de l'accessibilité des soins en Ukraine; Que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même de l'acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse s'est référée à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée ; Qu'il en résulte que la partie défenderesse n'a pas motivé adéquatement sa décision s'agissant de la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le pays d'origine du requérant, l'Ukraine; [...] Que compte tenu des considérations qui précèdent, la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation en ne tenant absolument pas compte de tous les éléments de la cause ; Que ce faisant, sa décision n'est pas motivée de manière adéquate; Qu'en suivant l'avis du médecin conseiller qui n'a pas exercé l'entière responsabilité du contrôle que requiert l'article 9 ter précité, la décision attaquée a violé l'article 9 ter §1er, alinéa 1er de la loi du 15 décembre 1980 dans la mesure où dénie au requérant l'accès à une demande d'autorisation de séjour dans le Royaume alors qu'il 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 et dégradant car il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine, à savoir l'Ukraine; ».

2.2. La partie requérante prend un second moyen tiré de « la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 [...] et de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ci-après : « la CEDH » ».

Elle indique que « la partie défenderesse a considéré que :

«(...)

Dans son avis médical du 01.12.2020 (remis au requérant sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible. Dès lors, le dossier 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.

(...) »

Elle fait valoir des considérations théoriques sur l'article 3 de la CEDH et soutient que « le requérant ne pourra pas se faire soigner en l'absence de traitement accessible et disponible, ce qui entraînera une dégradation de son état de santé s'apparentant à des traitements inhumains ou dégradant gravité tels que prévu par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et partant, et entrer dans les prévisions de l'article 9 ter ; Que s'il est vrai que le seuil de gravité visé par la deuxième hypothèse de l'article 9 ter, à savoir, le risque de traitement inhumain et dégradant, correspond à celui fixé par la jurisprudence de la CEDH relative à l'article 3, il n'en demeure pas moins que l'autre hypothèse visée par l'article 9 ter, à savoir le risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique, a un seuil de gravité inférieur à celui de l'article 3 de la CEDH¹³; Que pour le surplus, le Conseil de Céans a pris acte de l'évolution de la jurisprudence du Conseil d'Etat et a cristallisé sa propre jurisprudence selon laquelle le séjour médical (article 9 ter) offre une protection plus étendue que celle de l'article 3 CEDH ; Que ce faisant, le Conseil de Céans a contribué à clarifier l'étendue de la protection offerte par le droit belge aux étrangers gravement malades ; Qu'ainsi jugé :

« La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant

compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Pari. Ch., DOC51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n°228-778 et CE novembre 2014, n° 229.072 et 229.073) Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9 ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n°223.g6i ; CE, 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention. »

Qu'il ne fait aucun doute que les pathologies dont souffre le requérant atteignent bien le seuil minimum de gravité tel que requis par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et partant, entrer dans les prévisions de l'article 9 ter ; Qu'à la suite de la survenance de la décision attaquée, le requérant ne peut plus prétendre à la carte santé, ni à la mutuelle, ni par voie de conséquence aux soins spécifiques auxquels il a droit en manière telle que sa vie est sérieusement en danger; Que dans la mesure où il a été démontré dans le premier moyen que le requérant ne pouvait pas bénéficier des soins de bonne qualité dans son pays d'origine faute d'accessibilité et de disponibilité desdits soins, il apparaît clairement que la décision de la partie défenderesse expose ce dernier à un risque suffisamment réel et immédiat d'agissements prohibés par l'article 3 CEDH dans la mesure où il implique que le retour du requérant vers un pays dans lequel les soins de santé ne sont nullement garantis; ».

3. Discussion

3.1. L'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par

« 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 » .

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci 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.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 1^{er} décembre 2020 et joint à cet acte, lequel indique, en substance, que le requérant souffre de plusieurs pathologies, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors, à l'absence d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant.

3.2.1. Sur le premier moyen, quant à la motivation de l'avis du médecin-conseil, par référence aux requêtes de la banque de données MedCOI, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions :

« Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29

juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif, Ed. La Charte, 2005, p. 44-45, n°50). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001 ; C.E., arrêt n° 174.443 du 13 septembre 2007 ; C.E., arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 ; C.E., arrêt n° 228.829 du 21 octobre 2014 ; C.E., n° 230.579 du 19 mars 2015 ; C.E., arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016 ; C.E., arrêt n° 235.763 du 15 septembre 2016 ; C.E., arrêt n° 237.643 du 14 mars 2017 ; C.E., arrêt n° 239.682 du 27 octobre 2017) (le Conseil souligne).

En l'espèce, le Conseil observe que la partie requérante fait une mauvaise lecture de l'avis du médecin-conseil en prétendant que celui-ci se serait contenté d'indiquer que

« les informations provenant de la base de données non publique MedCOI [précisions quant à cette base de données, en note de bas de page] : Requêtes MedCOI des 30.01.2019, 01.04.2019, 16.09.2019, 06.03.2020, 21.08.2020, 30.09.2020, portant les numéros de référence uniques BMA 12214, BMA 12770, BMA 13338, BMA 13905, BMA 14047.{...} »,

et en concluant qu'une telle motivation

« ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé dudit document, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées ».

En effet, il ressort de la lecture de l'avis du médecin-conseil que celui-ci a bel et bien résumé chacune des requêtes MedCOI en indiquant les passages pertinents desdites requêtes. Le premier moyen est à cet égard infondé.

Le Conseil ne peut suivre la partie requérante lorsque celle-ci assimile la motivation de l'avis du médecin-conseil, sur la disponibilité des traitements et du suivi, à une pétition de principe en ce qu'

« aucune information quant au coût des soins et du suivi n'est produite au travers des réponses aux requêtes MedCOI »,

en effet, ces informations relèvent de l'examen de l'accessibilité des traitements et suivis, accessibilité que le fonctionnaire médecin n'a nullement entendu fonder sur les informations issues de la base de données MedCOI.

3.2.2. Concernant l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé que

« Le conseil de l'intéressée apporte différents articles et rapports en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (pièces 9 à 12 en annexe à la demande du 15.05.2020). Il affirme ainsi à l'appui de ces pièces que la qualité des soins laisserait à désirer (manque de matériel, de médicaments, de spécialistes,...), que le financement du secteur de la santé serait insuffisant, que le système de sécurité social est efficient, que la dégradation généralisée des soins de santé est aggravée par les conséquences néfastes de la guerre.

Notons que les éléments invoqués dans ces documents 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 et n'étaye en rien son allévation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). En effet, il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux pour établir les difficultés liées à l'accès aux soins, il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ce rapport est applicable au requérant.

Rappelons que "(...) 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» et que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (arrêt CCE 61464 du 16.05.2011). De plus, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique, mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Par ailleurs, notons que l'Ukraine ne dispose pas encore d'assurance maladie publique. Officiellement, les autorités proposent gratuitement de nombreux soins.⁴ Les groupes socialement défavorisés bénéficient de réductions pour se procurer les médicaments prescrits. Ces groupes comprennent les patients souffrant de maladies difficiles à vivre socialement et d'affections graves, les invalides, les personnes âgées qui perçoivent une pension sociale de vieillesse et les enfants de moins de 6 ans.⁵ Les patients peuvent s'adresser directement au spécialiste de leur choix dans une polyclinique. Au besoin, ils sont réorientés.⁶ Les personnes déclarées en incapacité partielle ou totale de travail bénéficient d'une pension d'invalidité. Le montant de la pension dépend de la durée de cotisation (= de travail). Il faut avoir cotisé pendant deux ans au minimum. Les personnes qui n'entrent pas en ligne de compte pour la pension de vieillesse et qui possèdent peu de biens ou disposent de peu de revenus perçoivent une pension sociale d'invalidité. Une allocation d'aide sociale est octroyée aux familles avec enfants ou aux mères isolées qui possèdent peu de biens ou disposent de peu de revenus.⁷

Ajoutons que le coordinateur du Vinnytsya Human Rights Group (VHRG), une ONG de Vinnytsya qui œuvre notamment à protéger les droits des patients, réaffirme que le système de santé ukrainien ressemble beaucoup à celui de l'ex-URSS, en ce sens qu'il offre l'assurance maladie universelle. Chaque citoyen étant enregistré auprès d'un médecin de sa région et bénéficiant de soins toute sa vie durant. Officiellement, le système est financé par les impôts et donne un accès universel et illimité à des soins de santé gratuits.

On y trouve également le secteur privé du système de santé, principalement constitué de pharmacies, d'établissements à vocation médico-prophylactique (pour patients hospitalisés et externes) et de médecins en pratique privée, qui est essentiellement financé par l'entremise des paiements directs versés par la population pour accéder aux services et aux dispositifs médicaux.⁸ L'intéressé étant originaire de ce pays, rien ne démontre qu'il ne pourra bénéficier de ces différents services.

Précisons également que Monsieur [P.V.] a vécu une grande partie de sa vie au pays d'origine. Aucun élément ne nous permet dès lors de mettre en doute la présence au pays d'origine de famille, d'ami ou entourage social qui pourraient lui venir en aide en cas de retour. Il apparaît également dans son dossier administratif que le requérant a son fils, sa femme et ses petits enfants en Belgique. Rien ne nous prouve que sa famille en Belgique ne pourrait l'aider en envoyant de l'argent par exemple.

Il s'en suit que le requérant peut prétendre à un traitement médical en Ukraine. 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-Uni 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.

3 Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int

4 World Health Organisation, Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine, 2010, p. 88.

5 Lekhan V, Rudyi V, Richardson E. Ukraine: Health system review, Health Systems in Transition, 2015, p. 39-40; World Health Organisation, Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine.

6 Lekhan V, Rudyi V, Richardson E. Ukraine: Health system review, Health Systems in Transition, 2015, p. 121-122.

7 Social Security system http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/europe/-/ro-geneva/--srobudapest/documents/publication/wcms_504529.pdf»

Ainsi, le raisonnement du médecin-conseil repose sur des éléments distincts, à savoir le système de sécurité sociale en Ukraine qui connaîtrait une assurance maladie universelle, le secteur privé du système de santé, le fait qu' « aucun élément ne nous permet [...] de mettre en doute la présence au pays d'origine de famille, d'ami ou entourage social qui pourraient lui venir en aide en cas de retour » et le fait que « rien ne nous prouve que sa famille en Belgique ne pourrait l'aider en envoyant de l'argent par exemple ».

En termes de recours, la partie requérante ne conteste pas ces deux derniers éléments de la motivation, relatifs à l'aide financière qu'il pourrait recevoir sur place et depuis la Belgique. Or, ces motifs permettent à eux seuls de justifier l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine. Les critiques formulées à l'encontre des autres motifs sont dès lors inopérantes.

Si la partie requérante reprend de nombreuses informations tirées d'articles et de rapports sur la situation sanitaire en Ukraine, elle n'explique pas en quoi ces informations seraient de nature à invalider ces motifs non contestés du médecin-conseil relatifs à l'accessibilité.

Le Conseil relève également que si la partie requérante dénonce le coût exorbitant du prix des nombreux suivis et médicaments dont a besoin le requérant par rapport au faible salaire moyen en Ukraine, elle n'indique pas en quoi cela invaliderait lesdits motifs.

3.3. Quant au second moyen, le Conseil observe qu'en ce qu'il est fondé sur la prémisse erronée, au vu de ce qui précède, selon laquelle « il a été démontré dans le premier moyen que le requérant ne pouvait pas bénéficier des soins de bonne qualité dans son pays d'origine faute d'accessibilité et de disponibilité desdits soins », il ne peut être considéré comme fondé.

3.4. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse n'a nullement porté atteinte aux dispositions et aux principes invoqués aux moyens.

4. Débats succincts

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.

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 huit décembre deux mille vingt et un par :

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J.-C. WERENNE