



Arrêt

**n° 295 113 du 5 octobre 2023
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. GHYMERS
Rue Ernest Allard 45
1000 BRUXELLES**

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 21 avril 2023, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision prise par le Ministre de la Politique de migration et d'asile ou son délégué le 15.03.2023 [...] rejetant la demande de régularisation médicale du 12.12.2018 fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980 et l'avis médical du médecin conseil de l'Office des Étrangers du 14.03.2023 annexé à ladite décision* ».

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.

Vu les notes d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 août 2023 convoquant les parties à l'audience du 5 septembre 2023.

Entendue, en son rapport, Madame M.-L. YA MUTWALE, juge au contentieux des étrangers.

Entendus, en leurs observations, Me M. VRIJENS *loco* Me C. GHYMERS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* 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 le 13 mars 2018. Le jour même, il a introduit une demande de protection internationale, laquelle s'est clôturée négativement par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n° 234.949 du 7 avril 2020.

1.2. Le 12 décembre 2018, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la Loi. Le 19 mars 2019, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non-fondée. Le recours introduit devant le Conseil a été accueilli par l'arrêt n° 271.860 du 26 avril 2022.

1.3. Le 9 décembre 2021, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la Loi. Le 20 avril 2023, il a été autorisé au séjour pour une durée de deux ans.

1.4. Le 15 mars 2023, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande visée au point 1.2. ci-dessus non-fondée. Cette décision constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« 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 D., S. 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 la Guinée, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 14.03.2023, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Guinée.

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 pour sa vie ou son intégrité physique ou vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Guinée

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018). »

2. Question préalable

Le Conseil note que l'objet du recours comprend également l'avis du médecin-conseil, rédigé le 14 mars 2023. Il souligne cependant qu'il ressort des termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 4, de la Loi, que le rapport du médecin-conseil ne constitue qu'un avis. Il ne s'agit donc pas d'une décision attaquable au sens de l'article 39/1, § 1^{er}, de la même loi, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

L'avis du fonctionnaire médecin constitue une décision préparatoire à celle statuant sur la demande d'autorisation de séjour, qui constitue l'acte attaqué. Il ne cause donc pas grief par lui-même. Les irrégularités qui affecteraient cet avis seront examinées dans le cadre du recours contre la décision de rejet de l'autorisation de séjour.

Il en résulte que le recours est irrecevable en ce qu'il est dirigé contre l'avis médical.

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique « de la violation :

- *Des articles 9ter, 62 et 74/16 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers ;*
- *Des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, relative à la motivation formelle des actes administratifs ;*
- *Du principe général de bonne administration et de l'erreur manifeste d'appréciation ;*
- *Des droits de la défense et du principe du contradictoire*
- *De l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme ;*
- *De l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne ».*

Elle se livre à quelques considérations théoriques quant à l'article 9ter de la Loi et soutient que la motivation est erronée et incomplète.

3.2. Elle note que le médecin-conseil reconnaît la gravité de la pathologie du requérant et la nécessité des soins, d'hospitalisations, des consultations, de suivis réguliers et de

médicaments, mais affirme que les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine en sorte qu'il n'y a pas de risque vital. Elle affirme avoir apporté des informations allant dans le sens contraire.

3.3.1. Quant à la disponibilité, elle soutient que l'avis du médecin-conseil est incomplet en ce qui concerne la nécessité du suivi, de consultations et d'exams. Elle note qu'en réponse à l'arrêt d'annulation n° 271.860 du Conseil concernant la précédente décision 9ter, la partie défenderesse a simplement ajouté des extraits des requêtes MedCOI. Elle soutient que le médecin-conseil n'a nullement tenu compte des nouveaux éléments transmis après ledit arrêt d'annulation. Elle relève que les nouveaux éléments sont repris dans l'historique clinique mais estime qu'ils n'ont pas été lus. Elle estime que si tel avait été le cas, le médecin aurait examiné la disponibilité des consultations en médecine générale, des soins intensifs, d'un ORL ou de la chirurgie digestive. Elle note également que le médecin-conseil n'a pas recherché la disponibilité de la majorité des soins requis à savoir :

- *« Un suivi en médecine générale (comme évoqué dans le rapport pédiatrique du 25.11.2020, le suivi trimestriel est maintenant effectué par un médecin généraliste pour adultes, contrôle tous les 3 mois), seul le suivi en pédiatrie apparaît dans les requêtes Medcoi, cependant ça n'est pas pertinent car le requérant a maintenant 20 ans ;*
- *Un suivi en orthopédie (bilan du 17.06.2019), ce suivi apparaît dans les requêtes Medcoi ;*
- *Un suivi en médecine interne et en hématologie pour la gestion des CVO ainsi qu'un médecin spécialisé dans le traitement de la douleur (anesthésiste notamment pour l'administration de morphinique, nécessaire lors des crises²), ce suivi n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi ;*
- *Un suivi en cardiologie (bilan du 19.10.2021, contrôles annuels au minimum), ce suivi n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi ;*
- *Un suivi en endocrinologie (bilan du 28.09.2021, demande de bilan biologique), ce suivi n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi ;*
- *Un suivi ORL (surdité partielle, rapport du 21.08.2021), ce suivi n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi ;*
- *Disponibilité de la chirurgie digestive (en cas de nouvelles difficultés vésiculaires, rapport médical 01.03.2022, contrôle tous les six mois), ce suivi n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi ;*
- *Disponibilité de la chirurgie orthopédique (opérations nécessaires lorsqu'il y a d'importantes lésions d'ostéochondrite), ce suivi n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi ;*
- *Disponibilité de transfusions sanguines, ce suivi apparaît dans les requêtes Medcoi ».*

Elle ajoute que *« Concernant l'orthopédie et les transfusions sanguines, les requêtes MedCOI indiquent une disponibilité mais précisent qu'il s'agit de « private facility ». Rien ne permet d'affirmer que ces établissements seront accessibles pour le requérant (voir infra, 7.3). En outre, ces requêtes datent de 2018. Il n'est pas raisonnable de se baser sur des requêtes datant d'il y a cinq ans, surtout considérant d'une part les crises politiques auxquelles la Guinée a dû faire face depuis lors (crise autour de l'élection présidentielle de 2020), d'autre part les crises sanitaires importantes qui ont affaiblies le système de santé du pays dont le Coronavirus »* et qu' *« Au-delà des nombreux suivis ci-dessus qui n'apparaissent pas dans l'avis du médecin conseil, il est absolument effarant de constater que :*

- *La disponibilité des hospitalisations, notamment en soins intensifs, n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi. Pourtant, a de nombreuses reprises, le requérant a dû être hospitalisé de toute urgence suite à des crises CVO notamment (pièce 5 : 6*

hospitalisations en 2018, une hospitalisation d'urgence en avril 2019, 3 hospitalisations en 2020 pour des CVO aigues, dont une aux soins intensifs, et encore en mai 2022 pour une chirurgie digestive) ;

- *La disponibilité d'un service d'imagerie médicale n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi, alors que de très nombreux documents ont été déposés (et apparaissent dans le point histoire clinique de l'avis de médecin conseil) qui attestent de la nécessité de ce service. En effet, sur l'année 2018, le requérant a dû avoir accès au service de radiologie à six reprises, les documents attestent encore d'une demande d'IRM cérébrale du 17.08.2021, d'une échographie abdomino-pelvienne du 15.01.2022 et d'une radiographie du thorax du 16.01.2022 ;*
- *La disponibilité d'un laboratoire d'analyse médicale n'apparaît pas dans les requêtes Medcoi, (bilan du 28.09.2021, demande de bilan biologique), au-delà de ce genre de bilan, le requérant doit faire des prises de sang régulières pour suivre l'évolution de la maladie ».*

Elle invoque l'arrêt du Conseil n° 49.781 du 19 octobre 2010, lequel a annulé une décision 9^{ter} dans laquelle la partie défenderesse avait mentionné un hôpital et un laboratoire à Conakry. Le Conseil a estimé qu'il n'y avait aucune certitude quant à la disponibilité des soins requis avec un seul établissement, d'autant plus qu'il s'agit d'un établissement privé.

3.3.2. En ce qui concerne les médicaments, elle note que la requête MedCOI qui mentionne la disponibilité de l'Hydroxycarbamide date de 2017 et n'est donc plus d'actualité au vu de l'instabilité politique et économique, la crise du Coronavirus et les fréquentes ruptures de stocks que connaît la Guinée. Elle relève également que le médicament est disponible dans une « private facility » et qu'il n'est donc pas certain que le requérant y ait accès. Elle ajoute qu'« *Il convient de noter que dans la liste des médicaments essentiels publiés par le ministère de la santé en Guinée en 2021, sur 177 médicaments, l'hydroxycarbamide n'apparaît pas* ». Elle explique que le nombre de malades atteints de la drépanocytose est important en Guinée et qu'il n'est nullement certain que le médicament soit disponible en suffisance. Elle estime que la partie défenderesse aurait dû vérifier l'actualité de ses informations et souligne que « *Le médecin conseil relève enfin que tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde et qu'en Belgique comme ailleurs, cette indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des médicaments alternatifs.*

Le jeune requérant a du mal à comprendre cet argument du médecin conseil, sur lequel se fonde la partie adverse.

En effet, le médecin conseil pour étayer son raisonnement affirme que : « certains 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 ».

Or, de telles informations ne sont étayées par aucunes sources qui confirmeraient que des médicaments alternatifs existeraient en Guinée en cas de rupture de stock. Rien n'est précisé non plus sur la nature de tels médicaments éventuels.

On ne voit dès lors pas en quoi cet élément permettrait de justifier de la disponibilité du traitement médical que requiert l'état de santé du requérant, que du contraire puisque cela laisse entendre qu'il existe une rupture de stock de médicaments en Guinée ».

3.3.3. Elle souligne ensuite que le médecin-conseil se fonde en outre sur une base de données non publique et déclare que le requérant ne peut dès lors y avoir accès. Elle souligne que « *Si la note en bas de page mentionne les sources (des sociétés privées et des médecins locaux anonymes), elle n'indique absolument pas ce que disent exactement ces sources* ». Elle reconnaît que le médecin-conseil a reproduit des extraits des requêtes

MedCOI dans son avis mais soutient que le requérant ne peut toujours pas avoir une information complète quant à la disponibilité des soins requis. Elle reproduit un extrait de l'arrêt n° 213.722 du 11 décembre 2018 concernant la motivation par référence et estime que *« les requêtes MedCOI ne rencontrent pas la première condition dès lors que la décision administrative fait référence à ces requêtes mais que celles-ci ne sont aucunement motivées. Il s'agit uniquement d'extraits provenant d'une base de données non publique, d'extraits non accessibles et la partie requérante ne peut donc pas vérifier ces informations, ni leurs sources, d'où elles proviennent et en tout état de cause elles ne sont pas motivées. Concernant le NB « les références citées dans les rapports médicaux de MedCOI (BMA /AVA) le sont uniquement au titre d'exemples prouvant la disponibilité de l'objet de la requête dans le pays concerné et ne sont pas limitatives. Il ne peut donc en aucun cas être déduit que la disponibilité soit limitée à ces seules références. » cet argument est totalement irrecevable en termes de motivation formelle. En effet, le médecin-conseil ne peut se prévaloir d'une existence potentielle et non démontrée d'autres disponibilités pour les soins et médicaments nécessaires dans le pays concerné. Il n'y a absolument aucune preuve qui atteste que d'autres centres de santé, pharmacies, ou hôpitaux disposent de ces suivis et médicaments ».*

Elle rappelle *« qu'à l'appui de sa demande de régularisation, la partie requérante a déposé de nombreux rapports et articles témoignant de l'indisponibilité des suivis spécialisés et des médicaments en Guinée.*

De plus, le requérant a adéquatement expliqué dans la demande initiale les particularités de sa situation qui est totalement différente de celle des autres victimes de la drépanocytose en Guinée. En effet, le requérant a quitté son pays d'origine il y a plus de cinq ans alors qu'il n'avait que 15 ans à l'époque et il n'a plus aucun contact avec sa mère. Le seul membre de sa famille avec lequel le requérant est en contact est son frère, qui est avec lui en Belgique ! ».

3.3.4. Elle estime, au vu de ces éléments, que *« rien ne prouve que le jeune requérant puisse bénéficier du traitement médicamenteux strict et du suivi médical multidisciplinaire régulier et adapté à ses pathologies.*

Cela est d'autant plus vrai que le jeune requérant a déposé à l'appui de sa demande de régularisation des documents qui établissent que ces soins de ne sont pas disponibles, documents dont le médecin conseil n'a pas tenu compte.

En outre, la partie adverse n'a donc pas pris en compte le profil individuel du jeune requérant. L'analyse faite par la partie adverse doit donc à tout le moins être qualifiée de superficielle voir de trompeuse ».

3.4.1. Elle note également que la partie défenderesse affirme que les soins requis sont accessibles au pays d'origine alors que le requérant avait apporté des informations contraires. Elle rappelle que la situation personnelle du requérant devait être prise en compte et insiste sur le fait qu'*« En ce qui concerne l'accessibilité à un traitement adéquat, elle doit s'analyser en tenant compte « du coût des médicaments et traitements, de l'existence d'un réseau social familial, et de la distance géographique pour accéder aux soins requis ». En cas de « sérieux doutes », il revient à l'État de renvoi de solliciter de l'État d'accueil des « assurances individuelles et suffisantes » relatives à l'accessibilité des soins ».*

3.4.2. Elle rappelle les éléments invoqués dans la demande d'autorisation de séjour du 12 décembre 2018 concernant l'accessibilité du traitement contre la drépanocytose et la situation catastrophique des soins de santé en Guinée, notamment les échanges transfusionnels. Elle note que la partie défenderesse a rejeté ces éléments au motif que le

requérant ne démontrait pas que sa situation personnelle était comparable avec la situation générale. Elle soutient à cet égard que « le requérant a adéquatement expliqué dans la demande initiale les particularités de sa situation qui est totalement différente à celle des autres victimes de la drépanocytose en Guinée. En effet, le requérant a quitté son pays d'origine il y a plus de cinq ans, il avait alors 15 ans à l'époque, il n'a plus aucun contact avec sa mère. Le seul membre de sa famille avec lequel le requérant est en contact est son frère, qui est avec lui en Belgique !

Il a quitté la Guinée à 15 ans, il n'a donc pas eu le temps de se créer un réseau en dehors de la sphère familiale sur lequel il pourrait compter. Il n'a absolument aucune connaissance, ni réseau en Guinée, ce qui le met dans une situation sensiblement différente aux autres victimes de drépanocytose en Guinée.

En outre, le requérant ayant quitté son pays à 15 ans, il n'a jamais travaillé. Il n'a donc ni cotisé ni mis de l'argent de côté. Il ne dispose d'aucune ressource personnelle.

Rappelons que le requérant est atteint d'une drépanocytose sévère ce qui implique de nombreuses complications et le besoin d'un suivi pluridisciplinaire. En outre, le coût de son traitement pose un véritable problème dans la mesure où il s'agit d'une maladie chronique avec un traitement à prendre à vie ».

Elle relève que la partie défenderesse lui reproche de ne pas démontrer son incapacité financière alors qu'il a pu voyager en Belgique. Elle explique que « Premièrement, le requérant n'est plus mineur d'âge et l'était au moment de la rédaction de la demande de séjour 9 ter.

Ensuite, les éléments relatifs à son impossibilité financière relèvent du système de sécurité sociale en Guinée. Notons à ce sujet que le médecin conseil n'aborde même pas la question de l'accès à la sécurité sociale en Guinée pour le requérant alors que d'une part, cet élément avait été développé dans la demande (notamment dans l'extrait de l'allocution du professeur A. Y. S.), d'autre part, c'est évidemment un élément essentiel afin de déterminer si le requérant aura réellement accès au traitement qui lui est nécessaire ».

Elle ajoute que « Malgré le fait que cet élément n'est pas développé dans l'avis du médecin conseil, le requérant tient à rappeler qu'il n'a jamais cotisé et ne pourra donc pas être bénéficiaire de la sécurité sociale qui ne bénéficie qu'aux salariés et à leur famille en Guinée (voir code de la sécurité sociale). Il ressort des informations reprises sur le site de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) que l'assurance santé ne concerne que les employés du secteur privé enregistré et que pour pouvoir bénéficier des prestations en nature ou d'un remboursement en espèce, la personne malade doit d'une part être travailleur et d'autre part être immatriculé à la CNSS et doit justifier de trois mois d'activité au cours du trimestre qui précède de la constatation médicale de la maladie, un mois d'activité devant comprendre dix-huit jours ou cent vingt heures de travail salarié dans le mois.

Votre Conseil a déjà jugé : « Il ressort toutefois des informations figurant au dossier administratif, et plus particulièrement du document intitulé « Caisse nationale de Sécurité sociale » provenant du site Internet http://www.cnssguinee.org/content_manager.asp?CategoryID=10, auxquelles fait référence le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, que le régime de sécurité sociale guinéen offre une protection contre les risques de maladies aux « Travailleurs salariés » qui sont « immatriculés » et ont « travaillé et cotisé pendant au moins trois mois, avant la constatation médicale de la maladie », « un mois de travail s'entend[ant] pour au moins dix-huit jours, ou cent vingt heures de travail salarié ».

Il appert de ces informations que les prestations en nature et en espèce ne sont dispensées qu'aux personnes répondant à certains critères de prestations de travail, avant la constatation médicale de la maladie. Or, le Conseil relève, à l'instar de la partie requérante, que le requérant est sur le territoire belge depuis au moins 2008, en sorte qu'il ne pourra

d'emblée, dès son retour sur le territoire guinéen, ni même par la suite, bénéficier des prestations offertes par le régime de sécurité sociale guinéen, telles que décrites dans les documents figurant au dossier administratif et auxquels s'est référé la partie défenderesse, à la suite de son médecin conseil, pour conclure à l'accessibilité des soins ».(CCE, 31.03.2014, n°121.938).

De plus, il n'existe aucun système public d'assurance maladie, les frais médicaux sont donc entièrement à charge des patients ». Elle reproduit à cet égard un extrait d'un rapport de l'OSAR du 14 octobre 2010.

Elle précise « concernant son voyage en occident et la présence de membre de sa famille sur le territoire guinéen, [que] le requérant a eu l'occasion de préciser ces informations dans son audition au CGRA : sa mère s'est arrangée pour trouver de l'argent pour le voyage en mars 2016, il y a 7 ans. Depuis lors sa mère, victime de violences conjugales, a fui son époux et le requérant ne sait pas où elle se trouve actuellement (extrait de l'entretien personnel du requérant du 09.05.2019 : Elle s'est cachée de mon oncle paternel, pourquoi ? Car mon oncle paternel poursuivait ma mère, comme dans nos coutumes et nos cultures, il avait l'habitude de frapper ma mère, elle a fui pour ça). Concernant son grand-frère resté en Guinée, il souffre de problèmes psychologiques importants qui l'ont poussé à quitter le domicile familial en 2015, le requérant n'a plus jamais entendu parler de lui. Ces informations se trouvent également dans les notes de l'entretien personnel du requérant au CGRA du 09.05.2019. En tout état de cause, avant d'invoquer une aide potentielle de sa famille, le médecin-conseil aurait dû se renseigner sur l'actualité des informations à sa disposition. Cet argument est dénué de pertinence ».

3.4.3. Elle considère que la partie défenderesse se contente de citer tous les hôpitaux de Guinée sans s'assurer de l'accessibilité des soins en tant que tels, notamment des échanges transfusionnels. Elle insiste à cet égard sur le fait qu'*« Il convient de noter que le requérant n'a pas uniquement besoin d'avoir accès à des échanges transfusionnels mais bien à différents types d'hospitalisation (notamment accès à une unité de soins intensifs, une unité de chirurgie digestive ou encore un hôpital qui permet le traitement de la douleur en cas de crise CVO (prise de morphine)).*

Enfin, la partie adverse ne démontre pas que les centres de santé dans lesquels les soins nécessaires au requérant sont disponibles sont des établissements accessibles au requérant. Au contraire, l'ensemble des requêtes Medcoi reproduites dans la décision précisent que les établissements sont des « private facility » ».

Elle ajoute « Concernant le centre SOS Drépanocytaires, bien qu'aidé financièrement par la Fondation Pierre Fabre, [que] ce centre reste l'unique centre de soins spécialisés dans la prise en charge globale des patients souffrant de drépanocytose. Le directeur médical du centre notait d'ailleurs en 2019 : « Si on estime que 2,5% de la population est atteinte de la drépanocytose, seulement 2000 malades sont suivis annuellement par le centre de SOS Drépano-Guinée. Le Dr [D.] regrette "le manque d'investissement en termes de ressources matérielles et humaines", ce qui rend difficile l'application de la couverture sanitaire dans le territoire alors qu'elle pourrait permettre de maîtriser la maladie. »

Le directeur de ce centre reconnaît donc que les moyens sont limités et qu'ils ne peuvent prendre en charge tous les patients. Rien n'indique donc que le requérant, sans famille, sans moyens financiers, sans logement, pourrait être pris en charge dans cette institution. En outre, comme indiqué sur le site de l'association, il ne s'agit que de consultations médicales externes et de soins d'urgence en hôpital de jour, ce qui est insuffisant pour le requérant qui a fréquemment besoin d'hospitalisations plus longues.

Concernant l'accès aux médicaments nécessaires, le médecin conseil ne développe aucun argument sur le coût des médicaments. Le traitement médicamenteux nécessaire au requérant n'est pourtant pas remis en doute par le médecin-conseil.

Vu les conditions de l'assurance-maladie obligatoire (cfr supra), il n'existe aucune certitude que le requérant puisse bénéficier d'un remboursement des médicaments requis.

A cet égard, l'OSAR a pu rappeler en 2018 que la moitié des infrastructures sanitaires sont dans un état de délabrement tel qu'elles ne répondent pas aux standards minimums, qu'il y a des graves problèmes de disponibilité de médicaments dans le pays, que la majorité de la population n'a pas accès à des médicaments de qualité à prix abordables, que la crise d'Ebola en 2014-2015 a mis en avant les faiblesses du système des soins de santé.

Il est incompréhensible que cet élément ne soit pas développé dans la décision attaquée étant donné que le médicament HYDREA est l'élément le plus constant dans le traitement du requérant (depuis mai 2018) ».

3.4.4. En conclusion, elle affirme que *« rien ne permet donc de penser que le requérant aura accès aux soins, aux médicaments et au suivi multidisciplinaire indispensable à son état.*

Cela est d'autant plus vrai que le jeune requérant a déposé à l'appui de sa demande de régularisation des documents qui établissent qu'il n'aura pas accès aux soins que son état nécessite.

En outre, la partie adverse n'a donc pas pris en compte le profil individuel du jeune requérant. L'analyse faite par la partie adverse doit donc à tout le moins être qualifiée de superficielle voir de trompeuse ».

Elle invoque l'arrêt n° 73.791 du 23 janvier 2012 dans lequel le Conseil a annulé une décision où le médecin-conseil se contentait d'analyser la situation au regard de ses propres sources, sans examiner celles fournies par le requérant. Elle affirme que cette jurisprudence s'applique en l'espèce et affirme enfin que *« conformément à la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, il appartenait aux autorités belges de s'enquérir de la manière dont les autorités guinéennes pourraient effectivement et concrètement garantir les soins de santé dont Sadou a besoin pour sa survie et le traitement de sa maladie conformément à la dignité humaine. L'accès aux soins ne doit en effet pas être théorique mais réel et garanti ».*

4. Examen du moyen d'annulation

4.1. Le Conseil rappelle que l'article 9ter, §1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi 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 ».*

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que *« L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son*

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

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter dans la Loi, 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, 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'expliquer 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).

4.2. En l'espèce, le Conseil relève, à la lecture de la décision entreprise, que la partie défenderesse, en se basant sur l'avis médical du médecin-conseil du 14 mars 2023, a rejeté la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois du requérant au motif que « *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 pour sa vie ou son intégrité physique ou vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.*

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Guinée ».

Il ressort en effet de l'avis médical du 14 mars 2023 que « *Le requérant est à présent âgé de 20 ans et est par conséquent majeur. Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger ou qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressé ne serait pas en état de voyager.*

Il ne peut également être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible.

Rappelons qu'il n'incombe pas au médecin conseiller de l'OE, dans l'exercice de sa mission, de supputer l'éventualité d'une aggravation ultérieures de pathologies, en ce compris d'hypothétiques complications, mais de statuer, sur base des documents médicaux qui lui ont été transmis, si ces pathologies peuvent actuellement être considérées comme des maladies visées au §1^{er} alinéa 1^{er} de l'art. 9^{ter} de la loi du 15/12/1980 et donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article.

D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Guinée ».

Force est de constater que ce faisant, le médecin-conseil et, partant, la partie défenderesse ont bien examiné le fond de la demande d'autorisation de séjour et ont indiqué les raisons pour lesquelles les pathologies du requérant ne permettent pas de lui octroyer une autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi, en sorte que l'ensemble des éléments médicaux communiqués ont été pris en considération. Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui se borne à contester l'appréciation faite par la partie défenderesse quant à la disponibilité et à l'accessibilité des traitements et suivis utiles, argumentation qui ne peut être suivie, dès lors qu'elle tend à prendre le contrepied de la décision attaquée en essayant 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.

4.3.1. Plus précisément, en ce qui concerne la disponibilité des soins de santé et des médicaments pour le requérant, le Conseil ne peut suivre la partie requérante lorsqu'elle reproche au médecin-conseil de ne pas avoir recherché la disponibilité de toute une série de médecins spécialistes. En effet, force est de constater que le traitement repris sur le certificat médical type reprend uniquement Hydréa, Acide folique, Vitamine D, transfusions sanguines, pédiatrie et orthopédie. Si des documents médicaux effectivement transmis traitent d'un suivi en cardiologie, en chirurgie digestive, en hématologie, en endocrinologie ou encore chez un ORL, le Conseil ne peut que constater qu'il s'agit uniquement de rapports de consultation ou d'examen ; aucun élément ne permet de s'assurer de la nécessité d'un suivi à l'avenir. Il ne peut dès lors être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir examiné la disponibilité au pays d'origine. La même argumentation peut être faite en ce qui concerne les services de soins intensifs, un service d'imagerie médicale ou un laboratoire d'analyse médicale ; ceux-ci n'étant nullement repris dans le traitement ou le suivi actuels.

Concernant le reproche fait à la partie défenderesse d'avoir recherché la disponibilité d'un pédiatre et non d'un médecin général au vu de la majorité du requérant, le Conseil note une nouvelle fois que le médecin-conseil a tenu compte des éléments en sa possession pour fonder son avis. S'il ressort effectivement des éléments que le requérant est bien âgé de 20 ans, force est de constater que la plupart des documents transmis font état d'une prise en charge du requérant par des services pédiatriques. Si le Conseil note que le rapport du Docteur D. du 25 novembre 2020 parle d'un transfert en médecine adulte, force est de constater que celui-ci est « à organiser ».

Le Conseil rappelle que le médecin-conseil a donné un avis sur l'état de santé du requérant, au vu des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Il est de jurisprudence administrative constante (notamment, C.E., arrêt n° 109.684, 7 août 2002) qu'il incombe au demandeur qui se prévaut d'une situation d'aviser l'administration compétente de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Il ne saurait dès lors être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir recherché la disponibilité d'un autre suivi que celui indiqué sur le certificat médical type.

L'argumentation portant sur les stocks de médicaments, sur les complications dues à la COVID-19 ou sur la crise politique et économique en Guinée ne peut ensuite être suivie dans la mesure où la partie requérante n'a nullement étayé son argumentation et n'a nullement démontré que le traitement et le suivi nécessaires ne seraient pas disponibles au pays d'origine au regard de la situation individuelle du requérant.

En outre, le Conseil note que la partie défenderesse n'avait aucune obligation de chercher un médicament alternatif à l'heure actuelle dans la mesure où elle a démontré que le traitement actuel était bien disponible. La motivation relative au risque de rupture de stock est simplement surabondante.

Quant à l'argument selon lequel le médicament requis ne se trouve pas sur la liste des médicaments essentiels publiée en 2021 par le ministère de la Santé de Guinée, il ne peut être suivi dans la mesure où il s'agit d'un élément nouveau non invoqué avant la prise de la décision. Le Conseil note également qu'il s'agit d'une liste des médicaments jugés essentiels, ce qui peut seulement signifier que le médicament prescrit n'est pas considéré comme essentiel, cela ne signifie pas qu'il n'est pas disponible en Guinée.

4.3.2. Quant à l'argumentation selon laquelle la base de données MedCOI n'est pas publique, celle-ci ne peut suffire à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Force est en effet de constater que, contrairement à la précédente décision et aux critiques formulées dans l'arrêt du Conseil n° 271.860, la partie défenderesse a reproduit de larges extraits de ses recherches, lesquels permettent à la partie requérante de savoir dans quels établissements les médicaments et soins sont disponibles. En outre, les requêtes MedCOI mentionnées dans l'avis du médecin-conseil figurent au dossier administratif de sorte que la partie requérante et le Conseil peuvent vérifier leur contenu. De plus, la partie requérante dispose du droit de consulter son dossier administratif en vertu de l'article 4 de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, selon les modalités prévues par cette loi, et dispose en outre, lorsqu'un recours est introduit devant le Conseil à l'encontre de la décision litigieuse, du droit de consulter le dossier administratif au greffe selon les modalités prévues par la Loi, étant rappelé que le dépôt dudit dossier administratif doit permettre à la partie défenderesse d'établir l'exactitude de ses motifs.

Quant à l'argumentation critiquant la base de données MedCOI, le Conseil souligne que le projet MedCOI est une initiative du « *Bureau Medische Advisering (BMA)* » du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qui associe 15 partenaires, dont 14 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. En outre, les sources du projet sont reprises expressément dans la note sub paginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « *International SOS* », « *Allianz Global Assistance* » et « *Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine* ».

Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

Le Conseil ajoute également que l'examen de la disponibilité n'a pas pour objet d'établir que lesdits traitements et suivis sont disponibles à l'échelle nationale ni à vérifier s'ils sont effectivement accessibles. Ainsi, l'argumentation par laquelle le requérant met en évidence le fait que les requêtes MedCOI n'analysent la disponibilité des soins en ne se fondant que sur certains établissements de soins n'est pas de nature à contredire leur disponibilité.

En tout état de cause, quant au fait que les informations relatives à la disponibilité des soins ne concerneraient que certains établissements de soins, le Conseil observe, à la lecture du rapport du médecin-conseil, que la réserve émise par une note sub paginale de l'avis du médecin-conseil est libellée comme suit : « *Dans le cadre de la recherche de la disponibilité, les informations fournies se limite à la disponibilité du traitement dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif. Aucune information sur l'accessibilité n'est fournie [...]* ». Cette réserve entend préciser que cette base de données ne concerne que la disponibilité du traitement et non son accessibilité sans pour autant signifier que ledit traitement n'est disponible que dans un seul hôpital. Pour le surplus, même si les traitements et soins requis sont effectivement disponibles dans un seul ou deux établissement(s) au pays d'origine, cela suffit à démontrer, à défaut d'élément contraire, la disponibilité de ceux-ci.

Quant à la critique sur la date des requêtes MedCOI, force est de constater que même si certaines requêtes remontent à plus de cinq ans, la partie requérante n'a nullement démontré que les médicaments et suivis requis ne sont pas disponibles au pays d'origine et que les résultats de la partie défenderesse ne sont plus d'actualité.

4.4. Le Conseil observe ensuite que le médecin-conseil a bien examiné la question de l'accessibilité des soins et des médicaments requis pour le requérant. Il a pris en considération l'ensemble des éléments invoqués par le requérant et a constaté, au terme d'une motivation détaillée et après avoir consulté différentes sources d'informations, que le suivi et le traitement requis étaient accessibles au pays d'origine.

Il appert que dans sa demande d'autorisation de séjour, le requérant n'a apporté aucune information étayée en vue d'établir l'absence d'accessibilité des traitements et suivis médicaux requis au pays d'origine au regard de sa situation personnelle. Le Conseil observe en effet que la demande d'autorisation de séjour et les certificats médicaux joints se limitent à des informations sur la situation générale des malades de la drépanocytose et des soins de santé, sans lien concret avec la situation personnelle du requérant.

Le Conseil observe également que, dans la décision attaquée, le médecin-conseil a notamment indiqué que le requérant ne démontre nullement qu'il ne pourrait prendre en charge ses frais médicaux et qu'il ne pourrait se faire aider. Force est de constater que cette motivation n'est pas valablement contestée. L'argumentation selon laquelle le requérant n'a malheureusement plus de nouvelles de sa mère au pays d'origine et qu'il ne peut y être aidé ne peut être suivie dans la mesure où il s'agit d'une allégation non étayée et qu'il s'agit d'un élément nouveau, non communiqué à la partie défenderesse avant la prise de l'acte attaqué en sorte qu'il ne peut lui être reproché de ne pas l'avoir pris en considération. En effet, le Conseil rappelle que la prise en considération dans les débats d'éléments qui sont invoqués pour la première fois dans la requête est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits.

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'en égard aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la Loi, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de sa situation, que le requérant peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays, et qu'elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'éléments dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de sa situation individuelle, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou à tout le moins, avant la prise de la décision attaquée. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération cet élément en l'espèce.

Quant à l'argument relatif au fait que le suivi soit disponible dans des « Private facility » et que le requérant ne pourrait peut-être pas y avoir accès, le Conseil note que la partie requérante ne le démontre nullement en sorte que la motivation est suffisante. La même remarque peut être faite en ce qui concerne les associations venant en aide aux malades ; le requérant ne démontre nullement qu'il ne pourrait y avoir accès. Quant au coût des médicaments et soins requis, force est également de constater que la partie requérante n'a apporté aucun élément à cet égard. Partant, elle n'a nullement démontré que le requérant ne pourrait se les procurer.

Le Conseil relève que la partie requérante se borne en réalité, à prendre le contre-pied de chacun des points invoqués par le médecin-conseil en essayant 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 d'établir que celle-ci a commis une erreur manifeste d'appréciation des éléments dont elle disposait, *quod non in specie*.

Dans sa requête, force est de constater que la partie requérante se borne en effet à opposer aux différents arguments figurant dans la décision attaquée et dans l'avis médical précité, les mêmes éléments que ceux invoqués dans sa demande sans pour autant démontrer l'existence d'une violation des dispositions visées au moyen, ce qui revient à inviter le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse. Or, le Conseil rappelle qu'il est compétent pour exercer un contrôle de la légalité de la décision administrative attaquée et qu'à ce titre, il ne lui appartient nullement de se prononcer sur l'opportunité des décisions qui relèvent du pouvoir discrétionnaire de la partie défenderesse, ni de substituer, dans le cadre de l'examen du recours, son appréciation à celle de l'administration dès le moment où il ressort du dossier que cette autorité a procédé, comme en l'espèce, à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

4.5. A la lumière de ces éléments, le Conseil constate que la partie défenderesse a dûment examiné la question de la disponibilité des soins adaptés à l'état de santé du requérant dans son pays d'origine et les possibilités pour ce dernier d'y avoir accès. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse a suffisamment et valablement motivé la décision entreprise en prenant en considération la situation personnelle du requérant et n'a nullement méconnu les dispositions visées au moyen.

4.6. S'agissant enfin de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil renvoie à l'ensemble des développements qui précèdent et desquels il ressort que la partie défenderesse a valablement pu constater, dans la décision attaquée, que le traitement et le suivi nécessaire au requérant sont accessibles et disponibles dans son pays d'origine.

Le Conseil rappelle que la Cour européenne des Droits de l'Homme 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 militent contre l'expulsion sont impérieuses* », et que « *[l]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* » (CEDH, 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 de la CEDH, « *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 en sorte que la violation de l'article 3 de la CEDH ne peut être retenue.

4.7. Partant, au vu des développements ci-avant, le moyen n'est nullement fondé.

5. Débats succincts

5.1. 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.

5.2. 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 cinq octobre deux mille vingt-trois,
par :

Mme M.-L. YA MUTWALE,	présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
Mme A. KESTEMONT	greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

M.-L. YA MUTWALE