



Arrêt

n° 299 832 du 11 janvier 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. LOMBAERT
Rue Veydt 28
1060 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 15 mai 2023, par X qui déclare être de nationalité algérienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 25 janvier 2023.

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

Vu le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 26 octobre 2023 convoquant les parties à l'audience du 27 novembre 2023.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. LOMBAERT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le 21 janvier 2010, le requérant a introduit une demande de visa de type C, pour raisons médicales. Le 26 janvier 2010, un tel visa lui a été délivré pour une durée de 45 jours, et a été prorogé jusqu'au 20 juin 2010.

1.2. Les 5 mai et 16 juin 2010, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Le 8 octobre 2010, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable. Le 14 mars 2012, la partie défenderesse a rejeté cette demande et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 223 886 du 11 juillet 2019 (affaire 123 898).

1.3. Le 16 septembre 2019, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 10 février 2020, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions ont été annulées par le Conseil de céans dans son arrêt n° 243 981 du 13 novembre 2020.

1.4. Le 25 janvier 2023, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande visée au point 1.3. et a délivré un nouvel ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'égard du requérant.

Ces décisions constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois :

« MOTIF :

L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers l'Algérie, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 25.01.2023, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où Il séjourne.

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.

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

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

- *L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable.*

Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné. La situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :

- *Unité familiale :*

L'intéressé est seul en Belgique. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité familiale et la vie de famille.

- Intérêt supérieur de l'enfant.
Pas d'enfant connu en Belgique.

- État de santé (retour) :
Pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine.

Par conséquent, Il n'y a pas d'éléments qui posent problème pour prendre un ordre de quitter le territoire. »

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante invoque un moyen unique pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation « [...] des articles 9 ter § 1 et 62 de la loi du 15 décembre sur l'accès au territoire, le séjour, rétablissement et l'éloignement des étrangers, [...] des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, [...] de l'autorité de chose jugée [...] de l'article 23 de la Constitution, [...] de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), [...] du principe général de précaution, du principe général de droit « Audi alteram partem » et du devoir de minutie [...] des formes substantielles de la procédure instituée par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...] l'article 2 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers [...] l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, rétablissement et l'éloignement des étrangers ».

2.2. Dans une première branche intitulée « quant à l'autorité de chose jugée », elle fait valoir que « la décision rendue en date du 25 janvier 2023 par [la partie défenderesse] est identique à sa décision prise le 9 septembre 2019 ». Elle allègue que « la partie défenderesse n'a dès lors pas respecté l'autorité de la chose jugée par le Conseil du contentieux des étrangers de son précédent arrêt d'annulation n°243 981 du 13 novembre 2020 ». Elle reproduit des extraits de l'arrêt précité ainsi que des extraits de l'avis médical du fonctionnaire médecin et conclut que « le médecin se base donc sur la même argumentation erronée pour justifier de l'accessibilité aux soins méconnaissant le principe de l'autorité de la chose jugée de l'arrêt rendu par votre Conseil ». Elle se livre à des considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à la notion d'autorité de chose jugée et allègue que « la partie défenderesse, en reprenant une décision de manière quasiment identique à la première, n'a pas pris en compte l'arrêt de votre Conseil ni les mesures demandées concernant la motivation de sa décision et a remis en cause l'autorité de la chose jugée ».

2.3.1. Dans une deuxième branche intitulée « quant à la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales », en ce qui s'apparente à une première sous-branche intitulée « quant à la gravité des pathologies du requérant et la nécessité d'un suivi et d'un traitement réguliers et spécifiques », elle fait grief à la partie défenderesse d'avoir indiqué que les soins requis seraient accessibles au pays d'origine. Elle effectue un résumé des conclusions dressées par le fonctionnaire médecin et estime qu'elles sont « en totale contradiction avec les rapports produits par les médecins du requérant tout au long de sa demande ». Elle reproduit des extraits de plusieurs attestations médicales rédigées par le médecin traitant du requérant et d'autres membres du corps médical. Elle en tire pour enseignement que :

- le traitement suivi par le requérant au pays d'origine « a eu pour conséquence de lourdement aggraver son état de santé, au point de presque le tuer puisqu'il est arrivé en Belgique dans un état moribond : cela signifie bien qu'en cas de retour dans son pays d'origine, les risques sont très élevés que le requérant se retrouve exactement dans la même situation, que son état s'aggrave et qu'il en meure potentiellement »
- le traitement suivi en Belgique « est très complexe, a dû être mis en place suite à une concertation de nombreux spécialistes universitaires : ce traitement complexe ne pourra donc pas être mis en place dans le pays d'origine du requérant, où il n'est plus suivi par aucun médecin depuis 10 ans et où de tels soins ne sont ni disponibles ni accessibles »
- le traitement requis « permet une stabilisation très précaire, le requérant se trouvant toujours dans un état squelettique, souffrant par ailleurs de fractures spontanées récurrentes ainsi que de crises d'épilepsie importantes, et d'une insuffisance rénale quasi terminale nécessitant une greffe difficilement envisageable au vu de l'immunité quasi inexistante du requérant : cette stabilisation permet donc seulement la « survie » du requérant, qui n'est dès lors ni en mesure de travailler ou de voyager et doit être suivi très régulièrement pour faire perdurer cette stabilisation très précaire »

- le médecin traitant du requérant « s'étonne de l'arrêt précité et de l'avis du médecin-conseil considérant que le requérant ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ou constitue un traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine : cela va entièrement à l'inverse de ce que [le médecin du requérant] a explicité et rappelle encore dans son attestation »
- le médecin traitant du requérant « s'étonne encore plus que le médecin-conseil n'ait pas examiné le patient et qu'il n'ait pas été consulté pour avis : cela constitue en effet d'un manquement dans le chef du médecin conseil ».

Elle rappelle ensuite que le traitement requis doit être poursuivi à vie et qu'« en cas d'arrêt de traitement, les conséquences seraient une mort immédiate ». Elle se livre à des explications médicales relatives à la pathologie dont souffre le requérant et fait grief au fonctionnaire médecin d'avoir indiqué qu'« en ce qui concerne une éventuelle le marché de l'emploi du requérant, même si ses différentes pathologies rendent plus difficile l'entrée sur le marché général du travail, toute aptitude n'a cependant pas disparu et on doit dès lors considérer tout poste de travail adapté y compris les métiers de type physiquement légers ». Elle allègue que « la gravité même du stade de la maladie du requérant implique pourtant bien qu'il soit impossible pour le requérant de travailler » et reproduit un extrait d'un certificat médical à l'appui de son argumentaire. Elle poursuit en indiquant « qu'à aucun moment de la procédure, le requérant n'a été examiné par le médecin-conseil de l'Office des Etrangers et que ce dernier n'est par ailleurs jamais entré en contact avec le médecin-traitant du requérant [...] pourtant spécialiste de la pathologie- pour obtenir un avis médical concernant le suivi de l'actuel traitement de l'intéressé, l'évolution de sa maladie et l'estimation d'un suivi dans son pays d'origine alors que le [médecin du requérant] précise bien que le renvoyer maintenant dans son pays d'origine nuirait gravement à sa survie ». Elle estime qu'« il incombait, à tout le moins, au médecin-conseil de l'Office des Etrangers --- lequel est apparemment médecin généraliste- de prendre contact avec le médecin-traitant du requérant afin d'obtenir davantage d'informations sur l'état de santé de l'intéressé ou, à tout le moins, d'adresser à l'intéressé et/ou à son conseil, une demande de complément d'informations sur l'évolution de la pathologie de l'intéressé ». Elle se livre à des considérations jurisprudentielles et fait valoir qu'« il ressort du certificat médical type du 08 août 2019 produit dans le cadre de la demande de séjour que « le suivi serré et universitaire » du requérant est nécessaire et que son pronostic vital est mauvais, quelque soit le traitement ». Elle en conclut que « l'état de santé du requérant doit être considéré comme suffisamment grave pour justifier un examen par le médecin conseil ». Elle allègue que la partie défenderesse « a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que le défaut d'identification claire de la maladie de l'intéressé ne permet pas de confirmer la nécessité d'un traitement ni d'évaluer sa possibilité et son accessibilité dans le pays d'origine ou le pays où séjourne le concerné ». Elle se livre à nouveau à des considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à l'article 9ter et relève que les documents médicaux produits font état « d'un risque motivé d'aggravation de la maladie en cas de retour dans le pays d'origine, où le requérant ne pourrait recevoir de soins accessibles et disponibles ». Elle ajoute que « de nombreux articles scientifiques et de presse font état d'un dysfonctionnement du système des soins de santé en Algérie, ne permettant pas de conclure que les soins y seraient disponibles premièrement, et accessible ».

2.3.2. Dans une seconde sous-branche intitulée « violation de l'obligation de motivation formelle compte tenu de la disponibilité des soins dans le pays d'origine », elle affirme que la partie défenderesse « se réfère au site internet MedCOI pour affirmer que des traitements sont disponibles dans le pays d'origine du requérant ». Elle fait valoir que « cette base de données est non seulement, non publique, de sorte qu'il est impossible de vérifier ces informations, mais qu'en outre ces informations "se limitent à la disponibilité du traitement médical 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 du traitement n'est fournie" ». Elle allègue que « votre Conseil semble ne pas admettre la référence à cette base de données » et cite la jurisprudence du Conseil de céans à l'appui de son argumentation. Elle se livre ensuite à des considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à la notion de motivation par référence et soutient que « la recherche MedCOI est seulement reprise en partie dans la décision attaquée sans que le requérant ne puisse comprendre si les soins dont il a besoin sont effectivement disponibles et sans pouvoir vérifier l'exactitude, la pertinence et la véracité de ces informations ». Elle cite les informations contenues dans les différentes requêtes MedCOI et relève que les différents composants de son traitement médicamenteux sont disponibles à Alger « à 4h30 de route de la ville natale et de résidence du requérant ». Elle allègue que le requérant doit effectuer « des hémodialyses 3 fois à 4 fois par semaine » et qu'« il est dès lors totalement démesuré d'exiger de l'intéressé de parcourir 4h30 de route 3 fois par semaine, aller-retour ». Elle ajoute qu'il est « absurde de conseiller une compagnie de

service d'aide infirmière à domicile se trouvant à plus de 4 heures de route ». Elle fait ensuite valoir des considérations relatives à l'état de santé du requérant dont il ressort notamment que :

- « le requérant est plusieurs fois tombé dans un coma accompagné de crises d'épilepsie à cause d'une chute de sodium, ce qui implique encore qu'un suivi minutieux rigoureux, une réactivité d'urgence mais aussi un plan de prévention doivent être mis en place autour du requérant »
- « l'état squelettique du requérant est catastrophique, avec des fractures spontanées multiples, résultant d'une corticothérapie excessive administrée par le passé ainsi que d'un état de dénutrition important affaiblissant ses réponses immunitaires et son état général »
- « la maladie du requérant est donc difficilement contrôlée par une équipe universitaire de médecins spécialisés en Belgique, alors même que le médecin traitant de l'intéressé est professeur en médecine et chef de service universitaire spécialisé dans la pathologie du requérant »
- le requérant ne peut prendre ses médicaments « en auto administration » étant donné que « ces ions sont injectés dans les os du requérant, à l'hôpital ».

Elle réitère que « sans ces médicaments essentiels, le requérant risque fortement de tomber dans le coma (puisque cela est déjà arrivé plusieurs fois, malgré le jeune âge du requérant) et *a fortiori* potentiellement d'en mourir ». Elle cite ensuite plusieurs articles de presse dont elle tire pour enseignement qu'« il serait erroné de considérer que les soins de santé sont disponibles dans le pays d'origine du requérant, dans la mesure où sa condition implique des soins de santé effectifs en structure hospitalière, ce qui ne peut être le cas en Algérie où des dysfonctionnements structurels empêchent totalement cette prise en charge ». Elle indique que « le médecin traitant [du requérant] atteste du fait que le requérant se trouvait dans un état dans un état de santé plus que moribond à son arrivée en Belgique » et que « cet état de santé était lié à un traitement inapproprié et aux effets secondaires inacceptables ». Elle affirme que « placer à nouveau l'intéressé dans cette situation reviendrait à le placer dans une situation de traitement inhumain et dégradant ». Elle se livre à des considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à l'article 3 de la CEDH et soutient que « le requérant serait ainsi soumis à un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme en cas de retour en Algérie en raison du fait que ses pathologies ne pourraient être prise en charge de manière adéquate, mais aussi en raison de l'inaccessibilité du traitement requis par son état de santé au regard de sa situation financière ». Elle conclut que la partie défenderesse « expose le requérant à un risque de traitement inhumain et dégradant et se rend coupable d'une violation de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi que d'une atteinte au droit subjectif de l'intéressée à la santé, garanti par l'article 23 de la Constitution ».

3. Discussion

3.1.1. A titre liminaire, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine

ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *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 9^{ter} précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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

3.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur l'avis du médecin fonctionnaire daté du 25 janvier 2023, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, et dont il ressort, notamment, que le requérant souffre de « *Néphropathie interstitielle sévère chronique secondaire à une sarcoïdose avec néphrite et insuffisance rénale terminale traitée par hémodialyse* », d'« *épilepsie récidivante* » et d'« *ostéopénie cortisonique* », pathologies pour lesquelles les traitements et les suivis requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin y cite les sources sur lesquelles son avis est fondé.

3.2.1. S'agissant de la violation alléguée de l'autorité de chose jugée de l'arrêt n° 243 981 rendu par le Conseil de céans le 13 novembre 2020, le Conseil rappelle que le Conseil d'Etat a jugé que l'autorité de chose jugée qui s'attache à un arrêt d'annulation « interdit à l'autorité de reprendre le même acte sans corriger l'irrégularité qui a entraîné l'annulation » (CE, 17 octobre 2012, n°221.068), « interdit la répétition, à l'occasion de la réfection d'un acte, d'une illégalité identique à celle qui a déterminé l'annulation » (C.E., 8 mai 2013, n° 223.452), et « implique la disparition rétroactive, *erga omnes*, de l'acte annulé, et l'interdiction de refaire cet acte sans tenir compte des motifs de l'annulation » (C.E., 11 décembre 2009, n° 198.829).

3.2.2. En l'espèce, force est de constater que le fonctionnaire médecin ne s'est pas contenté de reproduire le motif ayant mené à l'annulation de la décision visée au point 1.3. du présent arrêt, mais a également ajouté, s'agissant de l'accessibilité des soins requis au pays d'origine, que : « *Le CLEISS précise également que les bénéficiaires d'avantages de sécurité sociale comme la pension d'Invalidité, les personnes avec handicap reconnu ou celles bénéficiant de l'allocation forfaitaire de solidarité peuvent également bénéficier des avantages en nature de l'assurance maladie. Notons que le requérant pourrait faire reconnaître ses problèmes de santé et difficultés au quotidien pour bénéficier des aides sociales et de l'assurance maladie de son pays. Les personnes atteintes de maladie chronique, les titulaires de pension de retraite ou d'invalidité dont le revenu est égal ou inférieur au SNMG bénéficient d'une prise en charge de 100 % du montant des soins. L'assuré règle le montant des frais et demande le remboursement à sa caisse d'affiliation à l'aide d'une feuille de soins remplie par le médecin, sauf dans l'hypothèse où il s'adresse à un praticien, une officine pharmaceutique ou un établissement de soins ayant passé une convention permettant de bénéficier du tiers payant. Les séjours pour convalescence sont remboursés si la caisse a délivré une prise en charge. Pour les frais d'appareillage et de prothèse de grande importance, un accord préalable du devis estimatif de la caisse est nécessaire. En cas d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques, les frais de séjour et de soins sont en pris en charge sur la base des conventions conclues entre la CNAS et les établissements de soins de santé concernés. De plus, une requête spécifique a été effectuée auprès de MedCOI. Leur rapport, établi sur base de contacts récents*

avec des médecins et des pharmacies en Algérie, confirme que ces personnes qui ne peuvent travailler et qui souffrent d'une maladie chronique reçoivent une carte leur permettant d'obtenir ces soins dont ils ont besoin dans ces Institutions privées. Un patient souffrant d'insuffisance rénale peut ainsi bénéficier de la dialyse gratuite dans le privé mais il devra payer les médicaments tandis que dans le public tant les soins que les médicaments sont entièrement remboursés. D'après les Informations ci-dessus, contrairement à ce qu'indique le conseil du requérant, nous constatons qu'il n'est pas nécessaire de travailler pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des frais médicaux (y compris pour l'hémodialyse) en Algérie. Concernant la présence de proches dans le pays d'origine, rappelons que l'article 9ter §1^{er} alinéa 3 prévoit que « L'étranger transmet avec la demande tous les enseignements 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique d'en apporter lui-même la preuve. La situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins et c'est au requérant de démontrer qu'il serait eseuilé dans son pays d'origine. D'après le bulletin de renseignement du 28.02.2011 présent au dossier administratif, nous constatons que l'intéressé a encore de la famille vivant en Algérie et recevait de l'argent de son père pour assurer ses besoins. De plus, selon sa demande de VISA, sa sœur est attachée diplomatique pour l'Algérie. Ainsi rien n'a été porté à notre connaissance démontrant que son père ou sa sœur ne résiderait plus en Algérie et qu'ils ne pourraient plus l'aider financièrement. Par ailleurs, le conseil du requérant affirme dans la requête que les soins spécialisés dont a besoin le requérant ne seraient pas disponibles en Algérie. Cependant ce dernier n'apporte aucun élément probant pour étayer cette assertion. Rappelons en outre que nous avons démontré supra par des sources récentes et fiables (requêtes à MedCOI) que tous les soins nécessaires à l'intéressé sont bien disponibles en Algérie. La disponibilité des soins ne saurait donc être mise en doute par ces simples allégations non documentées. D'autre part, Il nous soumet dans son complément du 25.05.2022 un article de presse mentionnant une augmentation du prix de fabrication des kits d'hémodialyse. Il a également cité en date du 11.11.2022 un article « Appel à intégrer la prise en charge de l'insuffisance rénale dans le plan stratégique national ». Cette augmentation du coût de fabrication et l'inquiétude évoquée ne remettent néanmoins pas en cause la disponibilité et la gratuité de l'hémodialyse à l'heure actuelle en Algérie comme nous l'avons démontré ci-dessus. Le conseil du requérant renvoie également aux arguments qu'il a fait valoir lors du recours au Conseil du Contentieux des Etrangers contre la décision de non fondement précédente. 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°203076 du 18/05/2018). Ainsi les documents sur lesquels se fonde le conseil du requérant pour illustrer ses arguments n'ont pas été portés à la connaissance de l'Office des Etrangers. De plus, les liens de plusieurs articles tels que « Gratuité des soins en Algérie entre mythe et réalité » de 2014 et « Un risque fort d'une accentuation des inégalités d'accès aux soins de santé » de 2015 n'étaient pas consultables au moment de la rédaction du présent avis (preuves au dossier) et sont de toutes façons trop anciens par rapport aux sources que nous avons citées pour démontrer ce qu'il avance. Notons aussi que ce qui est évoqué qui concerne le système de santé en général, le manque d'investissement, l'absence d'initiative de la part du gouvernement algérien ou la pauvreté de la population sont des considérations générales qui ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En outre, le conseil du requérant ne démontre pas en quoi son client serait contraint de se tourner vers ces structures privées comme il le soutient et nous avons démontré, quoi qu'il en soit, qu'une prise en charge dans le privé était également possible au moins pour la dialyse en ce qui concerne ces personnes les plus défavorisées. Rappelons aussi que les disponibilités que nous avons citées sont données à titre d'exemple et n'ont pas vocation à être exhaustives (cf. disclaimer de la base de données MedCOI). Concernant l'offre de soins, le CCE affirme que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (arrêt 61464 du 16.05.2011). Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné ». Mais aussi l'arrêt 168755 du 31.05.2016 qui affirme que la disponibilité des soins doit être établie au niveau du pays et non d'une région spécifique d'où proviendrait le demandeur. L'Arrêt 248242 du 27.01.2021 du CCE indique aussi qu'une faible couverture des soins au niveau d'une région de provenance en particulier ne permet pas de démontrer, in concreto, que le requérant ne pourrait pas en bénéficier alors que la disponibilité a été démontrée au niveau national. Rappelons pour terminer qu'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). Ce qui a été démontré en l'espèce. Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical en Algérie. 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 Bensaid c. Royaume-Uni du 06 février 2001, §38). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments. Il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine. »

Le Conseil observe à cet égard que la partie défenderesse a comblé les lacunes de motivation ayant conduit à l'annulation de la précédente décision de rejet de la demande visée au point 1.3. étant donné que d'une part, elle ne fonde plus l'accessibilité des soins requis sur base de la capacité à travailler du requérant, et d'autre part, elle a démontré que *« les bénéficiaires d'avantages de sécurité sociale comme la pension d'invalidité, les personnes avec handicap reconnu ou celles bénéficiant de l'allocation forfaitaire de solidarité peuvent également bénéficier des avantages en nature de l'assurance maladie »*. Elle précise à cet égard que *« le requérant pourrait faire reconnaître ses problèmes de santé et difficultés au quotidien pour bénéficier des aides sociales et de l'assurance maladie de son pays »* et que *« les personnes atteintes de maladie chronique, les titulaires de pension de retraite ou d'invalidité dont le revenu est égal ou inférieur au SNMG bénéficient d'une prise en charge de 100 % du montant des soins »*.

3.2.3. Partant, le Conseil estime que la partie défenderesse n'a pas méconnu l'autorité de chose jugée qui s'attache à l'arrêt du Conseil susmentionné.

3.3. S'agissant de l'argumentaire aux termes duquel la partie requérante allègue que les conclusions du fonctionnaire médecin sont *« en totale contradiction avec les rapports produits par les médecins du requérant tout au long de sa demande »*, le Conseil n'aperçoit pas de contradiction entre l'avis du fonctionnaire médecin et les conclusions du médecin spécialiste du requérant, le fonctionnaire médecin n'ayant nullement remis en cause le diagnostic et le suivi médical renseignés dans le certificat médical type annexé à la demande d'autorisation de séjour du requérant, mais a considéré que *« ces pathologies n'entraînent pas un risque réel pour la vie du requérant, pour son intégrité physique ou encore de risque de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement et le suivi médical sont disponibles et accessibles en Algérie »*.

Si le fonctionnaire médecin semble effectivement contredire le médecin certificateur en indiquant qu' *« en ce qui concerne une éventuelle te marché de l'emploi du requérant, même si ses différentes pathologies rendent plus difficile l'entrée sur le marché général du travail, toute aptitude n'a cependant pas disparu et on doit dès lors considérer tout poste de travail adapté y compris tes métiers de type physiquement léger »*, force est de constater que ces considérations s'apparentent à une observation introductive sans pertinence au regard de l'analyse effectuée par la suite par le fonctionnaire médecin dans son avis médical étant donné que la capacité à travailler du requérant demeure en l'espèce sans incidence sur l'accessibilité des soins requis au pays d'origine.

3.4. S'agissant de l'allégation selon laquelle *« il incombait, à tout le moins, au médecin-conseil de l'Office des Etrangers — lequel est apparemment médecin généraliste- de prendre contact avec le médecin-traitant du requérant afin d'obtenir davantage d'informations sur l'état de santé de l'intéressé ou, à tout le moins, d'adresser à l'intéressé et/ou à son conseil, une demande de complément d'informations sur l'évolution de la pathologie de l'intéressé »*, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a donné un avis sur l'état de santé du requérant sur base des documents médicaux produits à l'appui de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt, et rappelle à cet égard que ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin-conseil de rencontrer ou d'examiner l'étranger et de demander l'avis complémentaire d'experts. Partant, l'argumentation de la partie requérante est inopérante à cet égard.

En ce que la partie requérante allègue que la partie défenderesse *« a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que le défaut d'identification claire de la maladie de l'intéressé ne permet pas de confirmer la nécessité d'un traitement ni d'évaluer sa possibilité et son accessibilité dans le pays d'origine ou le pays où séjourne le concerné »*, le Conseil constate que ni les décisions attaquées ni l'avis du fonctionnaire médecin ne font état d'un *« défaut d'identification claire de la maladie de l'intéressé »*. Partant, l'argumentation de la partie requérante est également inopérante à cet égard.

3.5. S'agissant de l'argumentaire relatif à l'utilisation de la base de données non publiques MedCOI, le Conseil estime que, contrairement à ce que semble alléguer la partie requérante en termes de requête,

cette base de données constitue une réelle garantie quant à la réalité et la fiabilité des informations sur lesquelles se base le fonctionnaire médecin. En effet, le Conseil constate que cette base de données fournit en l'espèce des renseignements précis quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et des suivis psychologiques et psychiatriques nécessaires afin de pallier les pathologies du requérant.

Le Conseil observe en outre que si les requêtes MedCOI ne fournissent aucune information sur l'accessibilité du traitement, cette question est examinée par le fonctionnaire médecin dans son avis, dans la rubrique « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine ».

3.6.1. S'agissant de l'argumentaire aux termes duquel la partie requérante soutient que « la recherche MedCOI est seulement reprise en partie dans la décision attaquée sans que le requérant ne puisse comprendre si les soins dont il a besoin sont effectivement disponibles et sans pouvoir vérifier l'exactitude, la pertinence et la véracité de ces informations », 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).

3.6.2. S'agissant de la disponibilité de la prise en charge médicale du requérant, dans son pays d'origine, le fonctionnaire médecin a notamment indiqué ce qui suit :

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

1/Le site web de l'annuaire médical Phamnet-dz [note en bas de page]

2/Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI [note en bas de page] :

- Requête MedCOI du 22/08/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11484, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Algérie et qui confirme la disponibilité de greffe rénale, de carbonate de calcium, de complexe de vitamines B :

Required treatment according to case description	transplantation of kidney including all pre-and aftercare
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	CHU [...] [...] Algiers
Medication	vitamin B Complex
Medication Group	Vitamins
Type	Current medication
Availability	Available
Example of pharmacy where treatment is available	Pharmacie [...] [...] Algiers

Medication	calcium carbonate
Medication Group	Minerals : supplement
Type	Current medication
Availability	Available
Example of pharmacy where treatment is available	Pharmacie [...] [...] Algiers

- Requête MedCOI du 22/09/2020 portant le numéro de référence unique BMA-13996, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Algérie et qui confirme la disponibilité de Levetiracetam :

Medication	levetiracetam
Medication Group	Neurology : antiepileptics
Type	Alternative medication
Availability	Available
Example of pharmacy where treatment is available	Pharmacie [...] [...] [...]

- Requête MedCOI du 07/01/2021 portant le numéro de référence unique BMA-14224, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Algérie et qui confirme la disponibilité de acide folique :

Medication	folic acid
Medication Group	Vitamins
Type	Current medication
Availability	Available
Example of pharmacy where treatment is available	Pharmacie [...] [...] [...] Algiers

- Requête MedCOI du 14/06/2021 portant le numéro de référence unique BMA-14839, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Algérie et qui confirme la disponibilité de consultations en endocrinologie:

Required treatment according to case description	outpatient treatment and follow up by an endocrinologist
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[...] [...] [...] Algiers

- Requête MedCOI du 07/07/2021 portant le numéro de référence unique AVA-14893, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Algérie et qui confirme la disponibilité de Latanoprost :

Medication	latanoprost
Medication Group	Ophthalmology : glaucoma prostagland
Type	Current medication
Availability	Available
Example of pharmacy where treatment is available	[...] [...] Algiers

- Requête MedCOI du 08/07/2021 portant le numéro de référence unique AVA-14910, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Algérie et qui confirme la disponibilité de consultations en néphrologie, de consultations en cardiologie, de consultations en ophtalmologie, de consultations en médecine générale, de suivi par une infirmière à domicile, de l'hémodialyse :

Required treatment according to case description	outpatient treatment and follow up first line doctor; eg family doctor, general practitioner
--	--

Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[CHU] [...] [...] Algiers
Required treatment according to case description	outpatient treatment and follow up by a nephrologist
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[CHU] [...] [...] Algiers
Required treatment according to case description	nephrology : chronic hemodialysis
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[CHU] [...] [...] Algiers
Required treatment according to case description	outpatient treatment and follow up by a ophtalmologist
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[CHU] [...] [...] Algiers
Required treatment according to case description	home assistance/care at home by a nurse
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[...] [...] [...]
Required treatment according to case description	outpatient treatment and follow up by a cardiologist
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[CHU] [...] [...] Algiers

- Requête MedCOI du 08/07/2021 portant le numéro de référence unique AVA-15850, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments en Algérie et qui confirme la disponibilité de consultations en néphrologie, de consultations en cardiologie, de consultations en rhumatologie:

Required treatment according to case description	outpatient treatment and follow up by a rhumatologist
Availability	Available
Example of facility where treatment is available	[...] [...] Algiers

[...] ».

3.6.3. Le Conseil observe que les requêtes MedCOI sont reproduites dans leur intégralité. Il apparait également que la partie défenderesse « a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère ». Par conséquent, les conditions citées au point 3.6.1. sont réunies et il n'y pas lieu de conclure à la violation de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

3.7. En ce que la partie requérante allègue que le requérant doit effectuer « des hémodialyses 3 fois à 4 fois par semaine » et qu' « il est dès lors totalement démesuré d'exiger de l'intéressé de parcourir 4h30 de toute 3 fois par semaine, aller-retour », le Conseil observe que la partie requérante reste en défaut d'établir que le requérant ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles et ce, d'autant que celui-ci n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard dans sa demande (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464). À toutes fins utiles, le Conseil observe que la note infrapaginale de rapport médical susmentionné mentionne clairement que « [...] les

informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical, 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 [...] ».

3.8. S'agissant des « nombreux articles scientifiques et de presse [faisant état] d'un dysfonctionnement du système des soins de santé en Algérie », le Conseil constate que les documents produits à l'appui de la demande visée au point 1.3. ont été pris en considération par la partie défenderesse qui a indiqué à cet égard que la partie requérante « nous soumet dans son complément du 25.05.2022 un article de presse mentionnant une augmentation du prix de fabrication des kits d'hémodialyse. Il a également cité en date du 11.11.2022 un article « Appel à intégrer la prise en charge de l'insuffisance rénale dans le plan stratégique national ». Cette augmentation du coût de fabrication et l'inquiétude évoquée ne remettent néanmoins pas en cause la disponibilité et la gratuité de l'hémodialyse à l'heure actuelle en Algérie comme nous l'avons démontré ci-dessus. Le conseil du requérant renvoie également aux arguments qu'il a fait valoir lors du recours au Conseil du Contentieux des Etrangers contre la décision de non fondement précédente. 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°203076 du 18/05/2018). Ainsi les documents sur lesquels se fonde le conseil du requérant pour illustrer ses arguments n'ont pas porté à sa connaissance de l'Office des Etrangers. De plus, les liens de plusieurs articles tels que « Gratuité des soins en Algérie entre mythe et réalité » de 2014 et « Un risque fort d'une accentuation des inégalités d'accès aux soins de santé » de 2015 n'étaient pas consultables au moment de la rédaction du présent avis (preuves au dossier) et sont de toutes façons trop anciens par rapport aux sources que nous avons citées pour démontrer ce qu'il avance. Notons aussi que ce qui est évoqué qui concerne le système de santé en général, le manque d'investissement, l'absence d'initiative de la part du gouvernement algérien ou la pauvreté de la population sont des considérations générales qui ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En outre, le conseil du requérant ne démontre pas en quoi son client serait contraint de se tourner vers des structures privées comme il le soutient et nous avons démontré, quoi qu'il en soit, qu'une prise en charge dans le privé était également possible au moins pour la dialyse en ce qui concerne les personnes les plus défavorisées. Rappelons aussi que les disponibilités que nous avons citées sont données à titre d'exemple et n'ont pas vocation à être exhaustives (cf. disclaimer de la base de données MedCOI). Concernant l'offre de soins, le CCE affirme que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (arrêt 61464 du 16.05.2011). Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médicaments que le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné ». Mais aussi l'arrêt 168755 du 31.05.2016 qui affirme que la disponibilité des soins doit être établie au niveau du pays et non d'une région spécifique d'où proviendrait le demandeur. L'Arrêt 248242 du 27.01.2021 du CCE indique aussi qu'une faible couverture des soins au niveau d'une région de provenance en particulier ne permet pas de démontrer, in concreto, que le requérant ne pourrait pas en bénéficier alors que la disponibilité a été démontrée au niveau national ».

Cette motivation n'est pas contestée par la partie requérante qui se borne à affirmer qu'« il serait erroné de considérer que les soins de santé sont disponibles dans le pays d'origine du requérant, dans la mesure où sa condition implique des soins de santé effectifs en structure hospitalière, ce qui ne peut être le cas en Algérie où des dysfonctionnements structurels empêchent totalement cette prise en charge ». Ce faisant, elle tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, sans toutefois démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière.

3.9. Quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, 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 socioéconomiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (cf. Cour EDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, §§42-45).

L'arrêt Paposhvili c. Belgique (rendu en Grande Chambre par la Cour EDH, le 13 décembre 2016) a clarifié et étendu l'enseignement de l'arrêt N. c. Royaume-Uni, précité, à d'autres « cas exceptionnels » afin de rendre les garanties prévues par la CEDH « concrètes et effectives » (§181) et en redéfinissant le seuil de gravité de l'article 3 de la CEDH.

En l'espèce, la partie défenderesse a examiné l'état de santé du requérant et a conclu que les pathologies dont souffre celui-ci ne l'exposent pas à un risque de traitement inhumain ou dégradant dès lors que le traitement et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, au vu de ce qui précède. Elle reste en défaut d'établir que le requérant se trouve dans un des cas exceptionnels, visés.

3.10. S'agissant de la violation alléguée de l'article 23 de la Constitution, le Conseil rappelle que cette disposition n'a pas d'effet direct dans l'ordre juridique belge et n'a donc l'aptitude de conférer par lui-même des droits aux particuliers dont ces derniers pourraient se prévaloir devant les autorités nationales, administratives ou juridictionnelles, sans qu'aucune mesure complémentaire ne soit nécessaire à cette fin, de sorte que sa violation ne peut être invoquée dans le cadre du présent recours (en ce sens notamment RvS nr. 54.196, 3 juli 1995).

En tout état de cause, le Conseil rappelle également que la partie défenderesse a examiné l'état de santé du requérant et a conclu que les pathologies dont souffre celui-ci ne l'exposent pas à un risque de traitement inhumain ou dégradant dès lors que le traitement et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, au vu de ce qui précède.

3.11. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue le second acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen spécifique à son encontre.

Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que, d'autre part, la motivation du second acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

4. Débats succincts

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

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le onze janvier deux mille vingt-quatre par :

J. MAHIELS,

A. KESTEMONT,

La greffière,

A. KESTEMONT

présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
greffière.

La présidente,

J. MAHIELS