

Arrêt

n° 304 291 du 4 avril 2024
dans l'affaire X / I

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

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

LE PRESIDENT DE LA Ière CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 octobre 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, prise le 18 septembre 2023.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu la demande et le consentement à recourir à la procédure purement écrite en application de l'article 39/73-2 de la loi précitée.

Vu l'ordonnance du 20 novembre 2023 selon laquelle la clôture des débats a été déterminée au 28 novembre 2023

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents.

1.1. La partie requérante, de nationalité algérienne, arrive en Belgique le 2 juin 2011.

1.2. Elle introduit une demande de protection internationale qui sera définitivement rejetée par un arrêt n° 77.619 du Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) du 20 mars 2012.

1.3. Le 20 mars 2012, elle introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : loi du 15 décembre 1980).

Le 14 mars 2013, le médecin conseil de la partie défenderesse rend un avis. Le 21 mars 2013, une décision d'irrecevabilité est rendue et un ordre de quitter le territoire est délivré. Ces décisions sont retirées le 23 mai 2013.

Le 19 octobre 2016, un nouvel avis médical est rendu. Le 25 octobre 2016, la partie défenderesse prend une décision déclarant la demande d'autorisation de séjour pour raison médicale non fondée et délivre un ordre de quitter le territoire. Par un arrêt n°219.383 du 2 avril 2019, le Conseil rejette le recours introduit contre ces deux décisions.

1.4. Le 19 juin 2019, la partie requérante introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 18 novembre 2019, le médecin conseil de la partie défenderesse rend son avis médical, duquel il ressort qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Le 21 novembre 2019, la demande de séjour est déclarée recevable mais non fondée et la partie défenderesse prend à l'encontre de la partie requérante un ordre de quitter le territoire. Par un arrêt n° 277.291 du 13 septembre 2022, le Conseil annule les décisions attaquées.

La partie requérante complète sa demande de séjour.

Le 13 septembre 2023, le médecin conseil de la partie défenderesse rend un nouvel avis médical duquel il ressort que les soins et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour dans celui-ci.

Le 18 septembre 2023, la partie défenderesse déclare la demande de séjour recevable mais non fondée. Il s'agit de l'acte attaqué, lequel est motivé comme suit :

« *Motifs :*

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.

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

Dans son avis médical du 13.09.2023 (remis au requérant sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de l'intéressé ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors,

- 1) Il n'apparaît pas 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*
- 2) Il n'apparaît pas 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.*

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. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de : « Erreur manifeste et violation des articles 3 CEDH, 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que du devoir de minutie ».

2.2. Dans ce qui s'apparente à une première branche, intitulée « La banque de données Medcoi », elle fait valoir ce qui suit : « La décision consiste en une motivation par double référence : un rapport du médecin fonctionnaire, lequel renvoie lui-même à divers sites internet et à une requête MedCoi reproduite dans son avis. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés (Cons. État [13e ch.], 17 juin 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130). Cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond donc pas au prescrit des articles 62 §2 de la loi sur les étrangers, 2 et 3 de la loi relative à la motivation formelle. Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester. De plus, la clause de non-responsabilité relative au projet MedCOI stipule précisément que : « *les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis* ». Il ressort de cette clause que le projet MedCOI analyse la disponibilité des soins en Algérie uniquement sur base d'informations recueillies dans un seul et unique établissement de soins. Une telle information permet légitimement de douter du sérieux de cette étude supposée évaluer la disponibilité des soins à l'échelle nationale. Ensuite, les auteurs de ces rapports ne sont pas renseignés, pas plus leurs qualifications et mérites que leurs sources ; il faudrait donc croire sur parole la partie adverse qui se base sur des rapports aux auteurs anonymes et aux sources non identifiées, alors que Monsieur B., dans sa demande, a cité et reproduit de multiples sources qui ne sont pas rencontrées par la décision. Les informations tirées de la base de données ne concernent pas personnellement Monsieur B. et visent d'autres patients souffrant d'autres pathologies et ne peuvent donc fonder que ce soit, selon la propre logique du défendeur : « *ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant* ». Par ailleurs, les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies par MedCOI et rien ne permet de confirmer l'accessibilité aux soins annoncée. De plus, ces rapports Medcoi sont rédigés intégralement en langue anglaise, sans traduction, ce qui ne permet pas au requérant, francophile, d'en comprendre la teneur et portée exacte. Erreur manifeste et violation des articles 9ter, 62 et 74/13 delà loi et du devoir de minutie (arrêts 229280, 208435 du 30 août 2018 et 94.505 du 30 octobre 2017), ainsi que de l'autorité de chose jugée de Votre arrêt 262413.

2.3. Dans ce qui s'apparente à une deuxième branche, intitulée « Disponibilité et accès aux soins en Algérie », la partie requérante expose des considérations théoriques sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et notamment que « pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande » (C.C.E. n°54648 20 janvier 2011 ; C.C.E. n°48809 du 30 septembre 2010).

Quant à l'anti-dépresseur trazodone, le médecin adverse reconnaît qu'il n'est pas disponible en Algérie, mais prétend le remplacer par « plusieurs autres antidépresseurs » disponibles. Cependant, un anti-dépresseur ne constitue pas un médicament générique adapté à tout individu ni susceptible d'être remplacé par un autre sans l'avis du médecin spécialiste qui suit le requérant en Belgique depuis plusieurs années (dans ce sens, arrêt 289 033 du 16 mai 2023). Le médecin adverse ne démontre pas que les médicaments de substitution proposés sont adéquats pour Monsieur B. (arrêt 178.215 du 23 novembre 2016). Or, en cas d'arrêt du traitement, le médecin de Monsieur B. avertit dans son certificat médical du 5 juin 2019 qu'il risque un décès prématuré. Il évoque un très haut risque de décès cardiovasculaire à court terme s'il arrête son traitement médicamenteux ou son suivi régulier chez les spécialistes.

De nombreux traitements et médicaments sont disponibles uniquement en « Private facility », ce qui dément leur accès au public général et leur remboursement par un quelconque système collectif de santé ; il n'est nullement démontré que le requérant pourrait concrètement et financièrement y avoir accès, étant en incapacité de travailler vu son âge et son état de santé.

Quant à l'accessibilité aux soins, le médecin adverse se contente de répondre que le requérant ne démontre pas qu'il est sans famille au pays ni qu'il ne pourra bénéficier du système de sécurité sociale et d'une pension de vieillesse.

Or, ces éléments étaient clairement et en détail exposés : dans la demande, dans le précédent recours et dans le complément du 22 septembre 2022.

Le médecin adverse perd ainsi de vue la mission qui lui incombe en vertu de l'article 9ter : « 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 ».

Le requérant a apporté à l'appui de sa demande des éléments concrets, que le médecin adverse ne conteste pas concrètement. De sorte que l'accessibilité aux soins n'est pas établie.

Violation des articles 3 CEDH, 9ter, 62 de la loi et du devoir de minutie ; erreur manifeste ».

3. Discussion.

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

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

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

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un avis du médecin conseil, daté du 13 septembre 2023, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une « hypercholestérolémie, une cardiopathie ischémique, une fibrillation auriculaire, une hypothyroïdie, une insomnie. Une dépression, une thalassémie, un adénome prostatique, des kystes rénaux droits, une coxarthrose et une arthrose lombaire, des hémorroïdes » pour lesquelles le traitement et soins médicaux requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.2.1. Sur la première branche, s'agissant des développements de la partie requérante relatifs à la double motivation par référence, en ce que l'avis du médecin conseil renvoie à divers sites internet et à des requêtes

MedCOI, le Conseil rappelle, tout d'abord, que la motivation par référence est admise lorsque la motivation d'une décision reproduit en substance le contenu du ou des documents auxquels elle se réfère. En l'occurrence, l'acte attaqué contient une motivation qui s'appuie sur les conclusions du médecin conseil de la partie défenderesse émise dans son rapport du 13 septembre 2023, lequel est joint à l'acte querellé et a été communiqué à la partie requérante, et que ce rapport se fonde en substance sur des informations provenant de la Banque de données MedCOI, seule source qui semble réellement contestée quant à la motivation par référence, indiquant, d'une part, le traitement ou le suivi qui est expressément désigné et, d'autre part, la disponibilité ou non de ceux-ci. Le fonctionnaire médecin a, en l'espèce, reproduit les tableaux qu'il estimait pertinents. Les critiques relatives à une violation de la motivation formelle ne peuvent dès lors être retenues.

S'agissant du grief selon lequel le projet MedCoi a analysé la disponibilité des soins dans le pays d'origine uniquement sur la base d'informations recueillies dans un seul et unique établissement de soins, il ressort de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse et plus particulièrement de la note de bas de page que : « [...] Dans le cadre de la recherche de la disponibilité, 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. Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie. [...] ». Cette réserve entend par conséquent préciser que cette base de donnée 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. Le Conseil ne peut, dès lors, suivre l'argumentation de la partie requérante sur ce point. Il en est d'autant plus ainsi que le médecin conseil ajoute qu'« il convient de rappeler que les réponses fournies par l'EUAA Medcoi Sector n'ont pas vocation à être exhaustives (...). La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées ». En tout état de cause, la partie requérante reste en défaut d'établir, *in concreto*, qu'elle ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles et accessibles.

Concernant le fait que les auteurs des rapports MedCOI ne sont pas renseignés, pas plus que leurs qualifications et les sources, ces éléments sont sans aucune pertinence dans la mesure où, comme indiqué en note de bas de page de l'avis du fonctionnaire médecin, « L'EUAA MedCOI Sector reçoit des informations des sources suivantes : - Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine : Ces médecins ont été sélectionnés par l'EUAA MedCOI Sector sur base de critères de sélection prédéfinis : avoir 6 ans d'expérience en tant que médecin, être fiable, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des compétences linguistiques ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. L'identité de ces médecins locaux, engagés sous contrat avec EUAA, est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et CV sont connus par EUAA. La spécialisation exacte de ces médecins n'a pas de pertinence. C'est, en effet, leur réseau professionnel médical dans le pays d'origine, critère de sélection pour être engagé, qui importe. Celui-ci leur permet ainsi de répondre à des questions concernant n'importe quelle spécialisation médicale [...] ». Le Conseil ne peut en conséquence suivre le raisonnement de la partie requérante consistant à déduire de ces éléments que les rapports établis par les médecins locaux travaillant dans leur pays d'origine devraient être remis en cause, car ils n'indiquent pas les qualifications et mérites des médecins ou encore leurs sources. La partie requérante s'abstient de fournir le moindre élément concret de nature à démontrer ses affirmations, dès lors, ces dernières ne peuvent être tenues pour établies.

En termes de recours, la partie requérante souligne avoir « cité et reproduit de multiples sources qui ne sont pas rencontrées par la décision ». Elle reste toutefois en défaut d'identifier quelles sont ces sources et en quoi elles n'auraient pas été rencontrées par la partie défenderesse. Partant, le grief soulevé par la partie requérante n'est pas pertinent.

Le Conseil relève que si les requêtes MedCOI ne visent pas personnellement la partie requérante, elles concernent des personnes présentant des pathologies similaires à cette dernière.

En ce qui concerne les requêtes MedCOI susmentionnées, force est de constater que la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, daté du 13 septembre 2023, expose en français les éléments qui sont déduits desdites requêtes et sur lesquels la partie défenderesse entend fonder sa décision en telle sorte que le fait que ces documents soient rédigés en anglais est sans incidence. Par ailleurs, rien n'empêche la partie requérante de faire usage des nombreuses possibilités existant sur internet pour traduire les passages en anglais ou demander à son conseil de lui expliquer la teneur de ces passages.

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

Pour le surplus, le Conseil constate que la partie requérante se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par l'état de santé du requérant ne lui serait pas disponible au pays d'origine, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité. La motivation de la partie défenderesse quant à la disponibilité du suivi est adéquate et suffisante.

En termes de recours, la partie requérante évoque, en fin de première branche, la violation de l'autorité de chose jugée de l'arrêt n°262.413 du Conseil mais ne dit rien sur l'affaire en question, ni sur la manière dont l'autorité de chose jugée serait violée. Partant, la référence à cet arrêt n'est pas pertinente.

3.2.2.1. Sur la seconde branche du moyen unique, quant à la circonstance selon laquelle l'anti-dépresseur trazodone n'est pas disponible dans le pays d'origine, il ressort de l'acte attaqué que la partie défenderesse s'est assurée que celui-ci pourra être remplacé par un autre anti-dépresseur. L'avis du médecin conseil du 13 septembre 2023 précise que « *[l]e trazodone est un antidépresseur agissant directement sur les neuro récepteurs, et n'est pas disponible en Algérie. En revanche, plusieurs autres anti-dépresseurs sont disponibles en Algérie, avec le même effet thérapeutique attendu. Nous pouvons citer, entre autres : la miansérine (même classe thérapeutique des anti-dépresseurs agissant directement sur les neuro récepteurs, la venlafaxine, la fluoxétine.* ». En relevant que plusieurs autres anti-dépresseurs, agissant sur les neuro récepteurs comme le trazodone, sont disponibles en Algérie, la partie défenderesse a suffisamment démontré que les médicaments de substitution proposés sont adéquats. Par ailleurs, la partie requérante ne démontre pas que les médicaments mentionnés par le médecin conseil ne constituent pas une réelle alternative au médicament initialement prescrit.

En termes de recours, la partie requérante ne conteste pas utilement le constat relatif à la possibilité de remplacer le trazodone par un autre anti-dépresseur. Elle relève que l'avis du médecin spécialiste qui suit la partie requérante n'a pas été demandé. Or, le Conseil rappelle que le fonctionnaire médecin n'est nullement tenu d'interroger la partie requérante ou de l'examiner. Il a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur ni de solliciter l'avis d'un autre médecin (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010). En outre, force est de convenir que ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste.

La partie requérante soulève ensuite que le certificat médical du 5 juin 2019 indique qu'en cas d'arrêt du traitement, la partie requérante risque un décès prématuré. Or, le fonctionnaire médecin ne préconise pas un arrêt du traitement mais uniquement de remplacer l'anti-dépresseur pris par la partie requérante actuellement par un autre anti-dépresseur, fonctionnant de la même manière et disponible dans son pays d'origine.

3.2.2.2. Quant aux griefs liés à l'examen de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine, une simple lecture de l'avis médical du 13 septembre 2023 susmentionné montre que le médecin conseil a examiné l'accessibilité des soins et suivis requis, au regard de la situation personnelle de la partie requérante. Il a eu égard aux différents éléments présentés par la partie requérante en termes de demande, mais a considéré que « *ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Notons qu'un manque d'infrastructures adaptées ou encore à l'absence de qualité de soins ne suffisent pas à démontrer une inaccessibilité des soins dans le pays d'origine.* ».

Quant au fait que la partie requérante relève que de nombreux médicaments et traitements sont disponibles uniquement en « Private facility » ce qui « dément leur accès au public général et leur remboursement par un quelconque système collectif de santé » et qu'il n'est « nullement démontré que le requérant pourrait concrètement et financièrement y avoir accès », étant en incapacité de travailler vu son âge et son état de santé », le Conseil rappelle que les enquêtes MEDCOI mentionnent des exemples d'hôpitaux ou de pharmacies où les médicaments/suivis sont disponibles. Partant, cela ne signifie pas que les médicaments/suivis ne seraient pas également disponibles dans le secteur public. De plus, il est indiqué dans la note de bas de page de l'avis du médecin conseil, relative au fonctionnement du projet MedCOI, qu'« *un traitement médical est considéré comme disponible lorsqu'il est ; lors de la recherche, suffisamment présent dans le pays d'origine dans au moins un établissement médical particulier (public ou privé)* ». Partant, le fait que certains médicaments/suivis soient mentionnés comme étant disponibles en « Private facility » ne veut pas dire qu'ils ne pourront pas l'être dans un établissement public et donc accessible à la partie requérante malgré son âge et son incapacité de travailler.

En tout état de cause, le Conseil constate que la partie requérante reste manifestement en défaut de contester les considérations selon lesquelles « [l]e requérant se contente d'affirmer qu'il n'a ni enfants ni épouse et qu'il n'y aurait personne pour l'accueillir. Bien que la charge de la preuve lui incombe, il n'apporte aucun élément pour étayer ses dires. Par conséquent, rien ne nous permet de constater que le requérant ne possède plus de familles/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, il ne démontre pas qu'il ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe au requérant d'étayer son argumentation (...). ». En termes de recours, la partie requérante se limite à relever que « le médecin adverse se contente de répondre que le requérant ne démontre pas qu'il est sans famille au pays (...) », ce qui est manifestement insuffisant pour contester utilement les constats de la partie défenderesse repris ci-avant.

En termes de recours, la partie requérante relève encore avoir clairement exposé dans sa demande, dans le précédent recours et dans le complément d'informations du 22 septembre 2022, qu'elle ne pourra pas bénéficier du système de sécurité sociale et d'une pension vieillesse. Elle estime que les éléments apportés ne sont pas contestés concrètement par le médecin conseil. Ce grief manque en fait. Ainsi, il ressort de l'avis du médecin conseil qu'il « existe des allocations sociales : l'allocation de base de solidarité (AFS) et une allocation pour les personnes handicapées. L'allocation AFS est destinée aux catégories de personnes sans ressources qui ne peuvent pas travailler en raison de leur âge (nous soulignons), de leur condition médicale (...) ou de leur situation personnelle (...). Les bénéficiaires de PAFS sont couverts par le système de sécurité sociale et reçoivent la carte CHIFA et une allocation mensuelle de 3 000 DZD ». La partie requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait bénéficier de cette allocation AFS et avoir ainsi accès au système de sécurité sociale. De plus, la partie défenderesse a également relevé que « [l]e requérant déclare qu'il ne pourra pas avoir une pension de vieillesse car il ne remplit pas les conditions (années de cotisation). Bien que la charge de la preuve lui incombe, le requérant n'apporte aucun élément qui démontrerait qu'il ne pourrait toucher sa retraite en Algérie. D'autant plus que l'intéressé déclare être arrivé dans le Royaume le 02.06.2011, ce qui laisse supposer qu'il a vécu 59 ans de sa vie en Algérie [...] avant de venir en Belgique. Rien ne démontre qu'il n'a jamais travaillé ni cotisé pour sa retraite dans son pays ». Le fait de déclarer ne pas remplir les conditions, sans étayer ses propos d'éléments concrets propres à la partie requérante n'est pas suffisant pour renverser les constats de la partie défenderesse en matière d'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine.

La motivation de la partie défenderesse est suffisante et adéquate. La partie requérante n'établit pas que la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que les soins et suivi sont accessibles pour la partie requérante dans son pays d'origine.

3.2.2.3. Quant à la violation de l'article 3 de la CEDH, alléguée par la partie requérante, le Conseil constate que cette dernière reste dans l'incapacité d'explicitier de quelle manière la décision querellée violerait l'article 3 de la CEDH, dès lors que la motivation relative à l'existence d'un traitement adéquat dans le pays d'origine n'a pas été sérieusement critiquée par la partie requérante.

Par ailleurs, il ressort de la motivation de la décision attaquée que la partie défenderesse a pris soin d'examiner le risque de violation de l'article 3 de la CEDH en cas de retour de la partie requérante et qu'elle a estimé qu'il « ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger 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 ». Partant, il ne peut être conclu à la violation de l'article 3 de la CEDH.

Quoi qu'il en soit, l'acte attaqué n'est pas assorti d'un ordre de quitter le territoire et ne peut dès lors pas avoir pour conséquence des traitements inhumains et dégradants dans le pays d'origine.

3.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique n'est pas fondé.

4. Débats succincts.

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

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

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

Article unique.

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

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

M. OSWALD, premier président,

A. D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, Le président,

A. D. NYEMECK

M. OSWALD