

Arrêt

n°334 627 du 20 octobre 2025
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ANDRIEN
Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIII^E CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 avril 2024, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 19 avril 2023.

Vu le titre I^{er} *bis*, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'arrêt n° 325 984 du 29 avril 2025.

Vu la demande de poursuite de la procédure de la partie requérante du 30 avril 2025.

Vu l'ordonnance du 28 août 2025 convoquant les parties à l'audience du 23 septembre 2025.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. LAURENT *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante déclare être arrivée sur le territoire, le 8 septembre 2013.

1.2. Elle a introduit plusieurs demandes de protection internationale dont aucune n'a eu d'issue positive.

1.3. La partie défenderesse a délivré, à l'encontre de la partie requérante, plusieurs ordres de quitter le territoire (annexes 13*quinqüies*).

1.4. Le 8 novembre 2021, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980. Le 19 avril 2023, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable

mais non fondée. Cette décision, qui a été notifiée le 13 mars 2024, constitue l'acte attaqué par le présent recours et est motivée comme suit :

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

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

Dans son avis médical remis le 17.04.2023, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles en Guinée.

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

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 n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

1.5. Le 17 avril 2025, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies) ainsi qu'une interdiction d'entrée (annexe 13sexies).

1.6. Par requête du 23 avril 2025, la partie requérante a introduit une demande de mesures provisoires devant le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) à l'encontre de la décision visée au point 1.4., laquelle a été rejetée, par un arrêt n° 325 984, prononcé le 29 avril 2025.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un **moyen unique** de la violation

- des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH),
- des articles 8.4 et 8.5 du livre VIII du Code Civil (et du « *principe qui s'en déduit, imposant à celui qui invoque une preuve de la rapporter avec un degré suffisant de certitude* »),
- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980,
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs,
- et du « *devoir de minutie* », ainsi que de l'erreur manifeste.

2.2. Dans une 1^{ère} branche, intitulée « *motivation inadéquate et rapport MedCOI* », elle fait valoir ce qui suit : « A titre principal, le refus consiste en une motivation par double référence : un rapport du médecin fonctionnaire, lequel renvoie lui-même à divers sites internet et à des requêtes MedCoi reproduites 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 et à des sites internet, 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.

A titre subsidiaire, l'auteur des rapports MedCOI est inconnu, de même ses qualifications, mérites et sources, puisque les 6 requêtes indiquent : « Information provider : local doctor ». Ce ne sont donc pas la Clinique Pasteur, le CHU Donka, le CHU Ignace Deen ou le laboratoire Biomar qui ont été consultés, mais un « local doctor », non autrement identifié. Un rapport dont l'auteur est anonyme et dont les sources ne sont pas identifiées est totalement invérifiable et ne peut fonder aucune preuve suffisamment certaine de la disponibilité des soins ».

2.3. Dans une seconde branche, intitulée « disponibilité des soins », elle allègue ce qui suit :

« Il n'est pas contesté par le médecin-conseil que le requérant a besoin d'un suivi en neurologie, rhumatologie, gastro-entérologie, médecin physique et révalidation, urologie et psychiatrie. Il n'est pas non plus contesté que son traitement actuel se compose de : Redomex (antidépresseur), Lyrica (anxiolytique, antiépileptique et antidouleur), Duloxetine (antidépresseur) et Keppra (antiépileptique).

La première requête AVA 16102 indique la disponibilité d'un médecin général et à un médecin spécialiste interne, sans plus de précisions. Elle indique la disponibilité des médicaments suivants : l'amitriptyline et la carbamazépine. Ce dernier, la carbamazépine, est toutefois utilisé comme un remplaçant du Lyrica, sans qu'il soit démontré qu'il sera autant adapté au requérant que le Lyrica, auquel il est habitué.

La deuxième requête AVA 15131 indique la disponibilité d'un psychiatre, d'un Psychologue et de plusieurs soins psychiatriques. Elle indique la disponibilité des médicaments suivants : fluoxétine. Ce dernier, la fluoxétine, est toutefois utilisée comme un remplaçant du Duloxetine, sans qu'il soit démontré qu'elle sera autant adaptée au requérant que le Duloxetine, auquel il est habitué.

La troisième requête AVA 16279 indique la disponibilité d'un neurologue. Elle indique la disponibilité des médicaments suivants : Dépakine et Midazolam. La Dépakine est toutefois utilisée comme un remplaçant du Keppra, sans qu'il soit démontré qu'elle sera autant adaptée au requérant que le Keppra, auquel il est habitué. Le Midazolam n'apparaît pas dans la médication du requérant et le médecin conseil n'explique pas quel médicament le Midazolam viendrait remplacer.

La quatrième requête AVA 14664 indique la disponibilité d'un rhumatologue, d'un spécialiste en médecine interne, sans autres précisions, d'un hépatologue, d'un laboratoire d'analyses, d'un physiothérapeute, d'un thérapeute du travail, et d'un spécialiste en médecine de réadaptation.

La cinquième requête AVA 16493 indique la disponibilité d'un gastro-entérologue, de tests en laboratoire, notamment des Doppler et biopsie, ainsi que d'un hépatologue. Elle indique la disponibilité des médicaments suivants : le Tenofovir disoproxil, l'entécavir et le tenofovir alafenamide. Ces médicaments ne font toutefois pas partie du traitement du requérant et le médecin-conseil n'explique pas quels médicaments ils viendraient remplacer,

La sixième requête AVA 14807 indique la disponibilité d'un urologue.

Premièrement, il ressort que le médecin-conseil ne peut conclure, sur base des 6 requêtes MedCOI présentées, à la disponibilité Redomex (antidépresseur), Lyrica (anxiolytique, antiépileptique et antidouleur), Duloxetine (antidépresseur) et Keppra (antiépileptique). En effet, il ressort des six requêtes MedCOI que sont uniquement disponibles : l'amitriptyline, la carbamazépine, la fluoxétine, la dépakine et le midazolam. Rien ne permet toutefois de s'assurer que ces 5 médicaments sont équivalents au traitement actuel du requérant et qu'ils lui seront adaptés. S'agissant en particulier de médicaments « antidépresseurs », qui doivent être adaptés à chaque patient, rien ne permet de s'assurer que ces substituts seront efficaces pour le requérant. Les substituts proposés par le médecin conseil n'ont jamais été essayés sur le requérant et son corps peut ne pas être en mesure de les tolérer (arrêts n°192.775 du 28 septembre 2017 et n°178.215 du 23 novembre 2016). Ce raisonnement est pleinement applicable en l'espèce, puisque le médecin conseil n'a à aucun moment démontré la possibilité et l'efficacité d'un tel remplacement de médicaments. De plus, dans sa demande, le requérant avait fourni une pièce 19 du Dr DIALLO L.L., chef du service de Neurologie à l'hôpital de l'Amitié Sino-Guinéenne de Kipe Conakry, qui indique : « [...] Au vu de ce qui précède, je ne pense pas être capable de suivre ce patient en GUINEE [...] ». Dans cette pièce, le médecin précise que le Keppra n'existe pas sur le marché Guinéen, sans même mentionner l'existence de la Depakine comme remplaçant possible. Ni le médecin-conseil dans son avis, ni la partie adverse ne tiennent compte de ce document, sans s'expliquer sur cette non-prise en considération.

Deuxièmement, la plupart des suivis par des médecins spécialistes seraient disponibles au « CHU Donka » et au « CHU Ignace Deen ». Or, il ressort que ces hôpitaux publics ne sont pas en mesure d'offrir les soins nécessaires aux patients : [...].

Troisièmement, la partie adverse se devait d'apporter une attention particulière à la disponibilité et l'accessibilité effective du suivi médical en hépatologie, d'autant plus vu les difficultés importantes de la prise en charge de l'hépatite B en Guinée en raison de défaillances au niveau de la formation des médecins dans ce domaine et des coûts exorbitants de la prise en charge. En 2016, la Guinée était un des rares pays qui n'avait pas de programme national de lutte contre les hépatites et le programme validé en décembre 2016 reste bloqué et n'est pas effectif à défaut d'être mis en œuvre : [...].

Malgré cela, seules les quatrième et cinquième requêtes MedCOI indiquent la disponibilité d'un hépatologue, et elles renvoient uniquement à la disponibilité d'un hépatologue à la Clinique Pasteur. Aucune information sur cette « Clinique Pasteur » n'est toutefois disponible, le site Internet mentionné dans la cinquième requête ne débouchant pas sur un site de cette clinique ou ne semblant plus fonctionner. La disponibilité du suivi en hématologie n'est donc pas vérifiable, et ce, alors que le requérant souffre d'une hépatite B chronique ».

2.4. Dans une 3^{ème} branche, intitulée « Accessibilité », elle fait valoir ce qui suit :

« Premièrement, il suffit de lire la demande 9^{ter} initiale pour constater que le requérant a fourni une grande quantité d'informations quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins en Guinée. Une étude minutieuse du système sanitaire avait été effectuée et transmise à la partie adverse avant la prise de la décision. En réponse à ces informations, le médecin conseil de la partie adverse soutient que cet élément « a un caractère général et ne vise 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 décrite et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009) » (avis du médecin conseil, p.13). Or le médecin conseil ne se base sur aucune information pour affirmer que les soins nécessaires à la survie de [la partie requérante] sont accessibles en Guinée. Dans son arrêt Paposhvili c/ Belgique du 13 décembre 2016, la Cour européenne des Droits de l'Homme a jugé que : [...]. De plus, dans sa demande, le requérant avait fourni une pièce 19 du Dr DIALLO L.L., chef du service de Neurologie à l'hôpital de l'Amitié Sino-Guinéenne de Kipe Conakry, qui indique : « atteste que votre patient [Monsieur KEITA] présentant une polyneuropathie selon votre correspondance faite le 10/03/2020, dont la prise en charge dans son pays d'origine la République de GUINEE pose de sérieux problèmes. Actuellement, nos structures sanitaires ne disposent pas d'un plateau technique performant tant en explorations neurophysiologiques cliniques qu'en disponibilité des molécules spécifiques pour la prise en charge thérapeutique en rapport avec une telle affectio neurogène périphérique. Parmi les molécules citées dans votre courrier, hormis le LYRACA 75mq qui est vendu à 775.000 Frq, alors que le taux d'échange est de 1 EURO=10.500 Frq. Les trois autres médicaments à savoir : DULOTEXINE 60 MG, REDOMEX 10 MG et KEPBRA n'existent pas sur le marché pharmaceutique guinéen. Par ailleurs, l'ENMG ne saurait se pratiquer sur place en GUINEE, seuls les pays limitrophes tels le SENEGAL, la Côte d'Ivoire ou le Mali disposent des appareils d'électroneuromyographie. Le coût varierait selon qu'on soit dans le public ou le privé, de l'ordre de 75.000 à 120.000 Fr CFA. Ainsi, faire un tel examen à chaque trimestre exige des frais en plus des dépenses liées au déplacement et au séjour. Au vu de ce qui précède, je ne pense pas être capable de suivre ce patient en GUINEE. En foi de quoi, je lui délivre la présente, pour servir et valoir ce que de droit » (nous soulignons). Sans explications, la partie adverse ne tient pas compte de cette pièce, et ce alors qu'elle individualise précisément la situation du requérant. Partant, la partie adverse qui rejette les informations communiquées par le requérant sans énerver leur contenu qui dénonce le système des soins de santé guinéen particulièrement dans le domaine de la prise en charge des maladies du requérant, ne motive pas valablement sa décision en méconnaissance des articles 9^{ter} et 62 de la loi sur les étrangers.

Deuxièmement, le médecin-conseil poursuit en indiquant que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale, dont le requérant pourrait bénéficier « après 6 mois de souscription au régime de protection sociale via le travail », et qu'il pourra se constituer en Belgique une réserve de médicaments de 6 mois pour pallier à cette période d'attente. D'une part, la source mentionnée date de 2009, soit de 15 ans avant la décision. D'autre, le médecin-conseil reconnaît lui-même que : « la majorité de la population guinéenne est soit indépendante, soit travaille dans le secteur informel. Il n'y a pas de programme de sécurité sociale mis en place pour eux. [...] des mutuelles de santé sont mises en place en Guinée depuis 1998 avec l'appui de partenaire au développement. Cependant, le pays ne dispose pas d'un cadre législatif approprié pour les mutuelles de santé. Selon le contact MedCOI GN9, un projet de loi sur les mutuelles de santé est en cours » (avis, p. 13). Non seulement, le médecin-conseil fait référence à un contact anonyme, ne permettant ainsi pas à la partie requérante de répondre correctement à cet argument mais en outre, il est fait référence à un « projet de loi », aucunement d'une loi ni même d'une pratique qui permettraient de penser, a fortiori de conclure, à l'efficacité de ces mutuelles. Le médecin-conseil poursuit en précisant que 80 000 personnes bénéficient de ces mutuelles. Rappelons que la population guinéenne, compte actuellement près de 14 millions d'habitants. Dans la même veine, il reconnaît lui-même que « les forfaits santé, les taux de remboursement, les frais d'admission et d'abonnement annuel varient d'une mutuelle à l'autre » (avis du

médecin conseil, p. 13). De telles déclarations, sorties de leur contexte, qui ne se basent sur aucune source fiable et qui plus est, anonyme, ne peuvent être prises en considération par la partie adverse pour affirmer que les soins nécessaires à la vie de la partie requérante sont accessibles en Guinée, alors que d'autres sources confirment que les médicaments sont tellement coûteux qu'un marché illégal de vente de médicaments périmés ou de contrefaçons s'est développé de manière exponentiel en Guinée : [...]

Troisièmement, le médecin-conseil indique d'une part que l'ONG Fraternité Médicale Guinée fournit des services de soins psychiatriques à coûts réduits à travers 4 centres de santé communautaires et d'autre part que le dispensaire Saint Gabriel, mis en place par l'organisation FIDESCO, propose plus de 300 consultations par jour et soigne 80 000 personnes chaque année. Toutefois, l'accès à ces centres ainsi qu'à ce dispensaire n'est pas pertinent, puisqu'il n'est pas indiqué qu'ils disposeraient des soins qui sont nécessaires à la survie du requérant (cf supra). Les requêtes MedCOI citées ne font d'ailleurs aucune référence à ces centres de santé communautaire et à ce dispensaire, de sorte qu'on ne peut considérer qu'ils disposeraient des soins et des médicaments nécessaires au requérant.

Quatrièmement, la partie adverse indique que le requérant « a encore de la famille qui réside en Guinée », et que celle-ci pourrait l'aider financièrement. Ce faisant, la partie adverse ne procède à aucun examen individuel et concret de la situation familiale du requérant dans son pays d'origine, ce qui ne permet aucunement de garantir que le requérant bénéficiera effectivement d'une aide suffisante pour prendre en charge les coûts du traitement et des suivis médicaux de [la partie requérante]. Dans ce sens, Votre Conseil a déjà jugé que le seul fait de mentionner la présence de la famille sans examiner sa situation financière et si elle est disposée à aider le demandeur ne suffit pas (CCE - arrêt n°96.043 du 29 janvier 2013) Erreur manifeste et violation des articles 3 CEDH et 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ».

3. Discussion

3.1. **Sur le moyen unique**, 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 alinéa 3 et 5 de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. [...] 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 ».

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

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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 souligne également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où la partie requérante doit être tenue pour complètement informée de la portée de la disposition dont elle revendique l'application, il lui incombait de transmettre avec la demande, ou les compléments éventuels de celle-ci, tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Enfin, l'obligation de motivation 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'explicitier 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.

Le contrôle de légalité que le Conseil est appelé à exercer, se limite à vérifier :

- si l'autorité administrative qui a pris l'acte attaqué n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif
- et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de ses décisions, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (Dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

3.2.1. En l'espèce, la motivation de l'acte attaqué est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 17 avril 2023, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la partie requérante souffre de

« *Polyneuropathie axonale prédominant sur le versant sensitif*

Scoliose

Hépatite B chronique

Dépression

Epilepsie

Suspicion de néoplasie testiculaire droite »,

pathologies pour lesquelles le traitement médicamenteux et le suivi requis « *en neurologie, médecine interne (rhumatologie, gastro-entérologie, médecine physique et réhabilitation) Urologie, psychiatrie* » seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que le traitement médicamenteux actif actuel est composé de :

« *Redomex® (amitriptyline) antidépresseur*

Lyrica®(prégabaline), anxiolytique, antiépileptique, antidouleur neurogène peut être remplacé par la carbamazépine

Duloxetine (antidépresseur) peut être remplacé par fluoxétine qui est aussi un antidépresseur

Keppra®(lévétiracétam) : antiépileptique peut être remplacé par la Dépakine (valproate, sodium) qui est disponible en Guinée ».

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.3. Quant à la disponibilité des soins et du traitement requis au pays d'origine, la partie requérante invoque en substance :

a) la motivation par double référence,

b)

- l'anonymat des auteurs des requêtes MEDCOI,

- le fait que le CHU Donka et le CHU Ignace Dee, ne sont pas en mesure d'offrir les soins nécessaires aux patients,

- pour l'hépatite B, le coût exorbitant, le rare programme mis sur pied en 2016 bloqué faute d'effectif, et le fait que le site internet de la Clinique Pasteur cité dans les MEDCOI, ne fonctionne pas et l'information n'est pas vérifiable.

c)

- la substitution de certains médicaments par d'autres sans vérifier l'adaptabilité au requérant,

- le fait que certains médicaments repris dans l'avis ne sont pas dans le traitement du requérant et qu'il n'est pas expliqué quels médicaments ils remplacent,

d) et l'absence de réponse de la partie défenderesse à la pièce 19 annexée à sa demande.

A cet égard, il peut être relevé ce qui suit :

a) Relativement à l'argumentation fondée sur la motivation par référence, le Conseil rappelle que celle-ci 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 »

(le Conseil souligne ; X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in P. JADOUL et S. VAN DROOGENBROUCK (coord.), La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Charte, 2005, p. 44-45).

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 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., 2 octobre 2001, n° 99 353 ; C.E., 13 septembre 2007, n° 174 443 ; C.E., 25 juin 2009, n° 194 672 ; C.E., 21 octobre 2014, n° 228 829 ; C.E., 19 mars 2015, n° 230 579 ; C.E., 23 juin 2016, n° 235 212 ; C.E., 15 septembre 2016, n° 235 763 ; C.E., 14 mars 2017, n° 237 643 ; C.E., 27 octobre 2017, n° 239 682).

Le Conseil estime, en l'espèce, qu'à la lecture de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, il est satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne la disponibilité du traitement médicamenteux et des suivis médicaux en Guinée.

En effet, le Conseil constate que pour démontrer cette disponibilité, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse

- s'est basé sur des informations tirées de la banque de données MedCOI versées au dossier administratif qui révèlent la disponibilité du traitement médicamenteux et des suivis médicaux,
- et a, dans son avis, reproduit les extraits des éléments des requêtes MedCOI permettant de démontrer ladite disponibilité.

Le Conseil constate dès lors qu'il ne peut être considéré que le contenu du document auquel il est fait référence, à savoir les requêtes MedCOI, ne serait pas connu de la partie requérante.

Par ailleurs, la partie requérante n'explique pas en quoi les deux autres conditions que doit remplir une motivation par référence valable ne seraient pas remplies.

Ainsi, l'avis du fonctionnaire médecin permet de comprendre les raisons pour lesquelles ce dernier a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux et des suivis médicaux en Guinée.

Cette motivation quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et des suivis médicaux en Guinée doit en conséquence être considérée comme suffisante et adéquate.

b) En ce qui concerne les griefs relatifs :

- à la fiabilité des informations de la base de données MEDCOI,
 - au fait que l'auteur des rapports MedCOI soit inconnu,
 - aux hôpitaux publics : CHU Donka et Ignace Deen,
 - et au suivi médical en hépatologie,
- le Conseil estime que les griefs ne sont pas fondés.

En effet, comme indiqué dans l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse :

« Le projet européen MedCOI (Medical Country of Origin Information), auparavant financé par l'AMIF (Asylum, Migration and Integration Fund), a été repris par l'EUAA (European Union Agency for Asylum) le 1^{er} janvier 2021. Dans ce contexte, l'EUAA MEDCOI Sector est désormais chargé de collecter des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine. Ces informations sont stockées dans une base de données non publique accessible aux États membres européens et à la Norvège et à la Suisse.

Disclaimer: 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. L'information est recueillie avec grand soin. L'EUAA MedCOI Sector fait tout son possible pour fournir des informations précises, transparentes et actualisées dans un délai limité. Aucun droit, tel que la responsabilité médicale, ne peut être dérivé du contenu.

L'EUAA MedCOI Sector définit que

- 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).*
- un médicament est considéré comme disponible lorsqu'il est en principe, enregistré dans le pays d'origine et y est distribué dans les pharmacies, les drogueries ou autres lieux où les médicaments peuvent être vendus. Le médicament est soit produit, soit importé dans le pays d'origine et il n'y a pas de problème d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche ».*

De plus, les sources du projet sont reprises expressément à savoir :

- « *Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine* »
- et « *International SOS (Blue Cross Travel)* ».

En outre, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales fournies par ces deux sources sont évaluées par les médecins de l'EUAA MedCOI Sector. Le fonctionnaire médecin a précisé plus particulièrement quant aux médecins locaux travaillant dans le pays d'origine que « *Les informations médicales fournies par les médecins sous contrat local et international SOS (BCT) sont ensuite évalué par les médecins de l'EUAA medCOI Sector* ». La partie requérante ne démontre pas, *in concreto*, en quoi il y aurait lieu de mettre en doute la fiabilité de cette source.

Comme exposé, les recherches effectuées ne sont pas exhaustives mais démontrent la disponibilité suffisante du traitement médical.

Enfin, la circonstance que le site Internet Pasteur n'était pas accessible au moment de sa consultation ne permet pas de remettre en cause, à elle seule, les informations fournies par la banque de données MEDCOI.

c) S'agissant du remplacement de différents médicaments par d'autres médicaments, le Conseil se rallie aux observations de la partie défenderesse en ce qu'elle soutient : « Il convient de préciser que la loi ne prescrit nullement que les médicaments identiques soient disponibles. Il suffit que le traitement disponible au pays d'origine soit approprié. Il ressort de l'avis du médecin conseil qu'il a considéré que les substitutions de traitements proposées sont possibles sans conséquences néfastes sur la santé de la partie requérante, qu'elles sont adaptées à la pathologie de la partie requérante et que, ne fût-il pas identique, le traitement disponible est approprié et adéquat. En termes de recours, elle ne démontre pas que les médicaments proposés par le médecin fonctionnaire ne seraient pas une réelle alternative au médicament initialement prescrit. En outre, le Conseil d'Etat a déjà jugé qu' « Il ne revient pas (au juge administratif), (...), de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ».

Par ailleurs, les allégations des parties requérantes selon lesquelles :

- « *il ressort des six requêtes MedCOI que sont uniquement disponibles : l'amitriptyline, la carbamazépine, la fluoxétine, la dépakine et le midazolam. Rien ne permet toutefois de s'assurer que ces 5 médicaments sont équivalents au traitement actuel du requérant et qu'ils lui seront adaptés. S'agissant en particulier de médicaments « antidépresseurs », qui doivent être adaptés à chaque patient, rien ne permet de s'assurer que ces substituts seront efficaces pour le requérant. Les substituts proposés par le médecin conseil n'ont jamais été essayés sur le requérant et son corps peut ne pas être en mesure de les tolérer* »,
- et « *le médecin conseil n'a à aucun moment démontré la possibilité et l'efficacité d'un tel remplacement de médicaments* »,

ne sont étayées par aucun élément probant.

d) Enfin, quant à la pièce 19 annexée à la demande d'autorisation de séjour, le Conseil constate

- d'une part, que la pièce figurant au dossier administratif est illisible,
- et, d'autre part, en tout état de cause, au vu du contenu de cette pièce reproduite dans la requête, le Conseil constate que l'avis du fonctionnaire médecin y a suffisamment répondu dans son examen de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et suivis.

La circonstance que le médecin ayant établi l'attestation ne puisse suivre la partie requérante, n'implique pas que le traitement n'est pas accessible et disponible au pays d'origine.

Par ailleurs, l'affirmation de la partie requérante selon laquelle « *Dans cette pièce, le médecin précise que le Keppra n'existe pas sur le marché Guinéen, sans même mentionner l'existence de la Depakine comme*

remplaçant possible », n'est pas suffisante pour renverser les constats du fonctionnaire médecin repris ci-dessus.

3.4. Quant à l'accessibilité des soins et du traitement requis au pays d'origine, la partie requérante

- reproche à la partie défenderesse :

- le fait que le médecin conseil ne se base sur aucune information pour affirmer que les soins sont accessibles,
- la non prise en considération de la pièce 19 annexée à sa demande,
- le rejet des informations communiquées par la partie requérante sans énerver leur contenu,

- et fait valoir que :

- la décision reconnaît que la majorité de la population travaille dans le secteur informel où il n'y a pas de sécurité sociale,
- les mutualités ne disposent pas d'un cadre législatif,
- le nombre de bénéficiaires n'est pas proportionnel au nombre d'habitants,
- les informations sur le régime de sécurité sociale date de 2009,
- les forfaits de santé, les taux de remboursement, les frais d'admission et d'abonnement varient d'une mutuelle à l'autre,
- les sources de la partie défenderesse ne sont pas fiables, elles sont anonymes et ne peuvent amener à conclure que les soins sont accessibles alors que d'autres sources indiquent que les médicaments sont tellement coûteux et qu'un marché illégal s'est développé de manière exponentielle,
- la référence à l'ONG Fraternité et au dispensaire Saint Gabriel, n'est pas pertinente puisqu'il n'est pas indiqué qu'ils disposeraient des soins nécessaires à la survie de la partie requérante, les références MEDCOI, n'en font d'ailleurs pas état,
- et l'aide de la famille ne suffit pas et aucun examen individuel n'a été fait.

A cet égard, les constats suivants peuvent être dressés :

a) Dans son avis médical du 17 avril 2023, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique ce qui suit :

« Le conseil de l'intéressé apporte, à l'appui de sa demande, certains documents au sujet de la situation des soins de santé en Guinée et notamment sur la non-accessibilité à des médicaments de qualité ou encore le manque de personnel de soins et d'infrastructures. Cependant ces documents n'apportent rien de neu[f] par rapport à la situation particulière de l'intéressé. Notons que cet élément a un caractère général et ne vise 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). Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical en Guinée. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, *Affaire Bensaid c. Royaume Unis* du 06 février 2001, §38). Et, « (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier les disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. » (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int) Le site Internet Social Security Online nous apprend que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles et les prestations familiales. Soulignons que l'intéressé est en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Notons également qu'après 6 mois de souscription au régime de protection sociale via le travail, l'intéressé pourra bénéficier des avantages de cette protection de plein droit si des difficultés devaient subvenir. Pour pallier à ce délai de 6 mois, dans le cadre de ses pathologies, ces affections étant chroniques, il peut se constituer une réserve de médicaments nécessaires. Le site Internet de la Global Extension of Social Security nous apprend que plusieurs institutions et organisation ont joué un rôle important dans la mise en place de programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité. Le projet du CIDR notamment vise à créer des organisations mutualistes en milieu rural et urbain capables de gérer des mécanismes d'assurance santé afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé existants. D'autre part, le programme "Santé pour tous", soutenu par l'Association Essentiel, apporte un appui pour la mise en place et le développement de mutuelles de santé, en partant du principe que les populations connaissant leurs problèmes de santé, doivent pouvoir s'impliquer dans leur prise en charge. Cette démarche solidaire de mutualisation doit permettre l'accès à des soins de qualité et faciliter ainsi la lutte contre la pauvreté. Les populations concernées peuvent être organisées en groupements (groupements d'agriculteurs, groupements de femmes...) ou non. Cet appui se fait toujours en concertation avec les autorités sanitaires nationales et locales. Un régime obligatoire a été mis en place pour les travailleurs du secteur formel. Plusieurs régimes ont été mis en place pour les fonctionnaires offrant une couverture sociale partielle, mais l'assurance maladie n'est pas incluse La majorité de la population guinéenne soit est indépendante, soit travaille dans le secteur

informel. Il n'y a pas de programme de sécurité sociale mis en place pour eux. Cependant, plusieurs régimes d'assurance maladie volontaires au niveau communautaire ou mutualiste ont été créés pour fournir une couverture santé à ce groupe de population. La main-d'oeuvre du secteur informel représente plus de 80% de l'emploi total en Guinée. Les mutuelles de santé, comme l'assurance maladie volontaire, sont une solution pour la couverture santé du secteur informel. Des mutuelles de santé sont mises en place en Guinée depuis 1998 avec l'appui des partenaires au développement. Cependant, le pays ne dispose pas d'un cadre législatif approprié pour les mutuelles de santé. Selon le contact MedCOI GN9, un projet de loi sur les mutuelles de santé est en cours. En 2013, les mutuelles de santé ont rejoint le Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI). La PPSOGUI compte plus de 80 mutuelles sociales de santé (plus de 80 000 bénéficiaires) qui proposent une assurance maladie volontaire. Cependant, les forfaits santé, les taux de remboursement, les frais d'admission et d'abonnement annuel varient d'une mutuelle à l'autre. En 2016, la personne de contact MedCOI GN2 a déclaré que les mutuelles de santé sont principalement situées dans les zones rurales et ne couvrent que les soins de santé primaires. L'hospitalisation n'est pas couverte ni les maladies telles que la tuberculose, le VIH et le cancer. La personne de contact MedCOI GN9 ajoute que les ensembles de prestations comprennent principalement les services de santé primaires et secondaires, les soins spécialisés (y compris les soins dentaires), les médicaments génériques essentiels et le transport (frais négociés). En ce qui concerne le taux de remboursement, les mutuelles de santé soutenues par l'ONG DYNAM (en partenariat avec 'Solidarité Mondiale/Belgique) assurent une couverture complète des services de santé primaires et secondaires, tandis que les mutuelles de santé soutenues par l'Organisation nationale des mutuelles de santé L'ONAM (en partenariat avec Essentiel/France) couvre 100% des soins primaires dispensés dans les centres de santé et postes de santé et 50% des coûts au niveau hospitalier avec un plafond de couverture de 500000 GNF. Le droit d'admission aux mutuelles de santé soutenues par DYNAM est de 2 000 GNF, payé uniquement par le chef de ménage. Chaque membre du ménage paie une cotisation annuelle de 15 000 GNF. Les mutuelles de santé soutenues par l'ONAM comprennent deux packages de prestations et la possibilité de s'inscrire en groupe ou en unité familiale. L'admission et les frais annuels varient selon le forfait et la catégorie d'abonnement : Forfait « A » : couvre les services de santé au niveau primaire (centres et postes de santé) Forfait « B » : couvre les soins de santé primaires et secondaires. L'ONG Fraternité Médicale Guinée (FMG) fournit des services de soins psychiatriques à coût réduit à travers ses 4 centres de santé communautaires (2 à Conakry, 1 à Kindia et 1 à Labé). Le FMG soutient 9 centres de santé publics (où les soins médicaux sont dispensés par des infirmières en l'absence de médecin). Par ailleurs, l'ONG mène des campagnes de sensibilisation pour améliorer la perception et le comportement de la population envers les malades mentaux. Notons que l'organisation catholique de solidarité internationale FIDESCO a construit en 1987 le dispensaire Saint Gabriel, qui est aujourd'hui une des plus grosses structures médicales de Conakry, avec plus de 300 consultations par jour soit 80 000 personnes soignées chaque année. La qualité des soins est reconnue tant par les services de santé de l'état guinéen que par des ONG internationales qui ont noué des partenariats durables avec le dispensaire. Ce dispensaire permet l'accès aux soins pour les plus démunis en ne faisant payer qu'une somme forfaitaire modeste (5000 francs guinéens soit moins de 1 euros, le prix du transport pour venir au dispensaire) Ce forfait comprend la consultation, les soins, les examens de laboratoires et les médicaments. [K, D] est en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Nous pouvons donc supposer que le requérant est capable d'assurer ses moyens de subsistance. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. Notons également qu'après 6 mois de souscription au régime de protection sociale via le travail, il pourra bénéficier des avantages de cette protection de plein droit si des difficultés devaient subvenir. Enfin d'après la demande d'asile de l'intéressé il ressort qu'il a encore de la famille qui réside en Guinée, celle-ci pourrait l'accueillir et l'aider financièrement si nécessaire. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

- b) Il ressort de cet avis qu'il existe plusieurs systèmes de couverture. Ainsi, il existe
- le système de sécurité sociale pour les travailleurs du secteur formel,
 - et le système de mutualité ou d'assurance volontaire pour le secteur informel.

D'une part, s'agissant du système de sécurité sociale, en termes de recours, la partie requérante se limite à indiquer que la source date de 2009, sans mentionner en quoi concrètement cette source ne serait plus d'actualité pour décrire le système de sécurité sociale des travailleurs du secteur formel.

La reconnaissance par la partie défenderesse que le secteur informel constitue 80% des travailleurs en Guinée n'est pas de nature à exclure totalement ce type de système de couverture pour la partie requérante.

D'autre part, sur les systèmes de mutuelles ou d'assurance volontaire pour le secteur informel, l'avis prend l'exemple des mutuelles de santé soutenues par « l'ONG DYNAM (en partenariat avec 'Solidarité Mondiale/Belgique) » lesquels « assurent une couverture complète des services de santé primaires et secondaires », et pour lequel, il a indiqué le droit d'admission, sans que cela fasse l'objet d'une critique concrète en termes de recours.

c) Concernant le grief selon lequel l'accès aux 4 centres de santé communautaires, lesquels fournissent des services de soins psychiatriques à coûts réduits via l'ONG Fraternité Médicale Guinée, et au dispensaire Saint Gabriel ne serait pas pertinent, dès lors que

- « *puisque'il n'est pas indiqué qu'ils disposeraient des soins qui sont nécessaires à la survie du requérant* »,
- et « *Les requêtes MedCOI citées ne font d'ailleurs aucune référence à ces centres de santé communautaire et à ce dispensaire* » n'est pas fondé.

En effet, l'acte attaqué indique expressément que l'ONG Fraternité Médicale Guinée dispense des soins psychiatriques à travers ses 4 centres et que cette ONG est activement impliquée dans la sensibilisation et la prise en charge des troubles mentaux. Il ne peut donc être affirmé de manière péremptoire que ces centres ne disposent pas des soins nécessaires, sauf à en apporter la preuve contraire, ce que la partie requérante reste en défaut de faire.

De plus, l'absence de référence de ces centres dans les requêtes MedCOI ne saurait suffire à disqualifier leur pertinence. Ces requêtes n'ayant pas vocation à être exhaustives, elles ne peuvent à elles seules constituer une preuve négative de l'inexistence de soins adaptés.

d) En ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse d'indiquer que

- la partie requérante « *a encore de la famille qui réside en Guinée* »,
- et celle-ci pourrait l'aider financièrement,

le Conseil constate qu'elle ne conteste pas valablement ce motif, se contentant d'alléguer que « *la situation familiale du requérant dans son pays d'origine, [...] ne permet[tra] aucunement de garantir que le requérant bénéficiera effectivement d'une aide suffisante pour prendre en charge les coûts du traitement et des suivis médicaux* », sans nullement développer ni étayer son propos.

e) Pour le surplus, il est renvoyé aux autres points de l'arrêt.

Dès lors, le Conseil estime que la partie requérante, qui n'est pas en incapacité de travail, aurait accès au traitement soit par l'intermédiaire du système de sécurité sociale soit par un système de mutuelle de santé.

3.5. Quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a établi, de façon constante, ce qui suit :

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

L'arrêt *Paposhvili / Belgique* rendu en Grande chambre par la Cour EDH, le 13 décembre 2016 a clarifié et étendu l'enseignement de l'arrêt *N / 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 adéquatement vérifié et conclu que la pathologie dont souffre la partie requérante ne l'exposait pas à un risque de traitement inhumain ou dégradant. Il en résulte que la partie requérante reste en défaut d'établir qu'il se trouve dans un des cas exceptionnels visés.

Partant, le moyen est inopérant, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

3.6. Il résulte de ce qui précède que le moyen 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 annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt octobre deux mille vingt-cinq par :

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDROY,

greffière assumée.

La greffière,

La présidente,

S. DANDROY

C. DE WREEDE