



Arrêt

n° 214 424 du 20 décembre 2018
dans l'affaire X / III

En cause : 1. X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître B. BRIJS
Rue de Moscou 2
1060 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration,
chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre
des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la
Migration

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

Vu la requête introduite le 5 février 2016, en son nom personnel et au nom de ses fils X et X (dits respectivement ci-après « les deuxième et troisième parties requérantes »), tous deux mineurs d'âge à l'époque, par Mme X (dite ci-après « la première partie requérante »), qui déclare être tous de nationalité rwandaise, tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 18 septembre 2015 sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* », à son égard et à l'égard de la deuxième partie requérante.

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 12 septembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 5 octobre 2018.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. NACHTERGAELE *loco* Me B. BRIJS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. DE SOUSA *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Selon ses déclarations, la première partie requérante est arrivée sur le territoire du Royaume le 25 juillet 2007. Elle était accompagnée de la deuxième partie requérante, soit son fils né à Kigali le 20 mars 2002.

1.2. Le 26 juillet 2007, la première partie requérante a introduit une première procédure d'asile. Cette procédure a été clôturée définitivement par un arrêt n°6.838 prononcé par le Conseil de céans le 31 janvier 2008.

1.3. Par un courrier recommandé daté du 29 octobre 2007, la première partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 5 décembre 2007, une décision d'irrecevabilité de cette demande a été prise. Par un arrêt n°76.245 du 29 février 2012, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit contre cette décision.

1.4. Le 7 juillet 2008, la première partie requérante a introduit une nouvelle procédure d'asile, qui s'est clôturée définitivement par un arrêt n°67.812 du 3 octobre 2011 du Conseil de céans.

1.5. Par un courrier recommandé daté du 7 mai 2008, la première partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée irrecevable le 4 septembre 2008. Cette décision a toutefois été retirée et la demande a été déclarée recevable le 29 octobre 2008. Le 26 octobre 2011, une décision de rejet de cette demande a été prise. Aucun recours n'a été introduit à l'encontre de cette décision à la suite de sa notification, intervenue le 29 décembre 2011, de sorte qu'elle est devenue définitive.

1.6. Le 1^{er} octobre 2008, la première requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 18 février 2013, une décision d'irrecevabilité de cette demande a été prise. En l'absence de recours, cette décision est devenue définitive.

1.7. Le 7 novembre 2011, un ordre de quitter le territoire (annexe 13quinquies) a été pris à l'encontre de la première partie requérante. Par un arrêt n°76.244 du 29 février 2012, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit contre cette décision.

1.8. Le 1^{er} mars 2012, les autorités néerlandaises ont demandé à la Belgique de prendre en charge le traitement de la demande d'asile introduite auprès d'elles par [I.G.], qui s'est présenté sous différentes identités et qui serait le fils de la première partie requérante, né le 25 mai 1998.

1.9. Par un courrier recommandé daté du 23 avril 2012, la première partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été actualisée le 10 mai 2012.

1.10. Le même jour, la requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, pour elle-même et pour la deuxième partie requérante. Cette demande a été actualisée le 6 septembre 2012.

Le 17 octobre 2012, cette demande a été déclarée recevable.

Le 6 novembre 2012, une décision de rejet de cette demande a été prise, décision qui a toutefois été ensuite annulée par un arrêt n° 147.815 du 16 juin 2015.

Il convient de préciser que la partie requérante avait entendu anticiper ladite annulation en actualisant, dans l'intervalle, sa demande par des courriers des 6 janvier 2014 et 17 février 2015.

1.11. Le 17 octobre 2013, une décision d'irrecevabilité de la demande visée au point 1.9. du présent arrêt, assortie d'un ordre de quitter le territoire, a été prise à l'encontre de la première partie requérante. Le recours dirigé contre ces deux actes a été rejeté par un arrêt n° 144.163 du 27 avril 2015.

1.12. Le 6 juillet 2015, les parties requérantes ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée irrecevable par une décision du 5 novembre 2015, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions est enrôlé sous le n° 183.142.

1.13. Le 18 septembre 2015, la partie défenderesse a déclaré non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite le 23 avril 2012, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, soit la demande visée au point 1.10 du présent arrêt.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« *Motif* :

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

[La première partie requérante] 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'intéressée 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 le Rwanda (Rép.), pays d'origine des requérants.

Dans son rapport du 15 septembre 2015 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Rwanda (Rép.).

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée 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 elle 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.

Signalons que la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures : l'article 9ter, procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduit par le requérant ».

Elle a été notifiée le 6 janvier 2016.

1.14. Le 16 janvier 2017, la première partie requérante a introduit une nouvelle demande de protection internationale, laquelle s'est clôturée négativement par un arrêt n°185.682, prononcé par le Conseil le 20 avril 2017.

2. Questions préalables.

2.1. La troisième partie requérante a, selon les indications fournies par la première partie requérante et non contredite sur ce point par la partie défenderesse, atteint l'âge de dix-huit ans le 25 mai 2016 et a repris, dès lors, l'instance en son nom personnel à cette date.

2.2. La partie défenderesse a soulevé dans sa note d'observations l'irrecevabilité de la requête pour défaut de capacité à agir dans le chef des deuxième et troisième parties requérantes, cette dernière ayant également été mineure d'âge lors de l'introduction du recours. La partie défenderesse fait valoir que les deuxième et troisième parties requérantes sont uniquement représentées par leur mère alors qu'une représentation conjointe par les deux parents s'imposerait selon le Code civil, et en particulier les articles 373 et 374. Elle rappelle que ces principes ont été appliqués à l'introduction d'un recours administratif devant le Conseil d'Etat et devant le Conseil de céans et ce, que les parents vivent ensemble ou non.

Les parties requérantes ont répliqué à l'audience que le recours est bien recevable à l'égard des deuxième et troisième parties requérantes, le père des enfants ayant disparu en 2004, soit avant leur arrivée sur le territoire en sorte qu'il était impossible d'obtenir une autorisation de sa part.

La partie défenderesse s'est quant à elle référée à un cas similaire dans sa note.

Le Conseil rappelle qu'en vertu de l'article 35 du Code de droit international privé, l'autorité parentale est régie par le droit de l'Etat sur le territoire duquel les enfants concernés ont leur résidence habituelle au moment des faits donnant lieu à la détermination de l'autorité parentale, soit en l'occurrence par le droit belge.

En droit belge, l'autorité parentale est régie par les articles 371 et suivants du Code civil. Il ressort plus particulièrement des articles 373 et 374 dudit Code que les père et mère exercent une autorité parentale conjointe sur leurs enfants mineurs, qu'ils vivent ensemble ou non, ce qui signifie que les parents doivent agir de manière conjointe en qualité de représentants légaux de leurs enfants mineurs, sauf si l'un des parents démontre qu'il est autorisé à exercer l'autorité parentale de manière exclusive.

En l'occurrence, la première partie requérante ne prétend pas avoir été autorisée à exercer l'autorité parentale de manière exclusive à l'égard des deuxième et troisième parties requérantes, mais indique qu'obtenir une autorisation du père était impossible dès lors que celui-ci a, selon ses dires, disparu.

Le Conseil observe que la première partie requérante n'a versé au dossier de la procédure aucun document au sujet de la disparition de son mari et que, si elle a fait état de cette circonstance lors de sa procédure d'asile, celle-ci n'a toutefois pas permis de confirmer cette circonstance alléguée.

Il résulte de ce qui précède que le recours est irrecevable à l'égard des deuxième et troisième parties requérantes.

3. Exposé du moyen d'annulation.

La première partie requérante prend un moyen unique, libellé comme suit :

« **MOYEN unique** :

PRIS DE LA VIOLATION :

- **Des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement 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 ;**
- **Du principe de motivation interne ;**
- **De l'erreur manifeste d'appréciation ;**
- **Du devoir de prudence et du devoir de minutie en tant que composantes du principe de bonne administration ;**

En ce que, la partie adverse rejette la demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales de la requérante au motif que les soins de santé seraient disponibles et accessibles sur le territoire rwandais.

Alors que, la requérante fait remarquer que les éléments relatifs à la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine ainsi qu'à l'accessibilité des soins, sont inadéquats et incomplets et que l'analyse de la décision attaquée permet de constater qu'aucun examen in concreto de sa situation médicale n'a été effectué.

1. Considérant que le but des dispositions légales précitées est d'astreindre l'administration "à fournir au juge une base solide à son contrôle de légalité" et que "l'obligation générale de motiver les actes administratifs en la forme constitue aussi une garantie essentielle pour le bon fonctionnement, c'est-à-dire pour le contrôle de la légalité des actes administratifs" (Dominique Lagasse, la loi du 29/7/1991, J.T., 1991, page 737).

Que E. Cerexhe et J. Vande Lanotte rappellent que “Lorsqu’il s’agit de décisions qui ont fait l’objet de discussions au sujet desquelles l’autorité dispose d’un large pouvoir d’appréciation, la motivation doit être détaillée.”

Que dans la justification de l’amendement qui est finalement devenu l’article 3 de la Loi sur la motivation formelle des actes administratifs, on peut lire, “Si la motivation est obligatoire, il doit y avoir un rapport de proportionnalité entre l’importance de la décision et sa motivation”. Tel est le sens du membre de phrase: “Elle doit être adéquate”. En commission de la chambre, le ministre a estimé que “cette obligation demeure d’ailleurs générale et doit être proportionnelle à l’intérêt et à la portée de la décision” (l’obligation de motiver les actes administratifs, Bruges, La Chartres, 1992, page 6).

Que la motivation formelle doit être adéquate comme le précise l’article 3 de la Loi 29 juillet 1991.

Que le respect de cette exigence doit s’apprécier au regard du principal objectif de la Loi, à savoir, permettre au destinataire d’un acte administratif de comprendre les raisons de fait et de droit qui ont conduit l’administration à adopter l’acte en question et, par voie de conséquence, lui permettre de mieux apprécier la légalité et la pertinence de cette décision.

2. Considérant que le devoir de minutie impose à l’administration de veiller, avant d’arrêter une décision, à **recueillir toutes les données utiles de l’espèce** et de les examiner soigneusement, afin de pouvoir prendre une décision en pleine et entière connaissance de cause (C.E., 23 février 1996, n° 58.328, HADAD)

Que ce devoir requiert en d’autres termes de l’administration **qu’elle procède à un examen complet et particulier des données de l’espèce, avant de prendre une décision.**

Que l’ensemble des conditions liées à ce devoir sont essentielles afin de garantir une décision conforme au principe de légalité.

3. Considérant, par ailleurs, que l’article 9 ter par. 1er, al. 1er de la Loi du 15/12/1980 dispose que :

« § 1er. 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. »

Que conformément à l’arrêt de la Cour européenne des droits de l’Homme N. c/ Royaume-Uni du 28 mai 2008, le seuil de gravité est élevé dans un cas de risque vital lorsque l’on est en présence de malade en phase terminale.

Que quant au risque pour la vie ou l’intégrité physique, il y a lieu de faire une distinction selon que le risque est élevé ou pas.

Que si le risque est élevé et en cas de renvoi dans le pays d’origine ou de résidence, on se trouve alors dans le cas d’un traitement inhumain et dégradant.

3.1. La requérante démontre qu'elle souffre du VIH, d'une hépatite B chronique et d'une dépression sévère suite à l'infection par le VIH.

Il s'agit donc de trois pathologies graves démontrées par des attestations médicales.

Que ces pathologies sont reconnues par la partie adverse.

Elle déposait à l'appui de sa demande notamment un extrait d'un rapport récent (du 09.02.2015) du DR PAYEN Ch, de l'hôpital CHU saint-Pierre.

Ce dernier indiquait explicitement la nécessité d'un traitement à vie ainsi que « tout arrêt de traitement se solderait par une rechute de l'immunité, avec des complications infectieuses opportunistes létales. Que les interruptions de traitement, fréquemment décrites dans les pays en voie de développement peuvent également aboutir à rendre le virus multi-résistant, compliquer le traitement (traitements de sauvetage non disponibles en Afrique) et compromettre le pronostic vital. »

Ou encore que :

« L'interruption du traitement par truvada peut favoriser un rebound de l'hépatite B très sévère. Une hépatite chronique non traitée évolue fréquemment vers la cirrhose et/ou l'hépatocarcinome dont on connaît les risques létaux. »

D'autres éléments percutants et affirmés, sans aucun doute, par leurs auteurs, sont présents dans les documents déposés par la requérante à l'appui de sa demande.

Il est à noter que les certificats médicaux déposés sont rédigés et signés par des médecins spécialistes, travaillant dans des services spécialisés et largement reconnus.

Il ressortait notamment de ces documents que :

« La patiente est soignée depuis 6 ans en Belgique, où elle crée des liens sociaux qui lui permettent de s'intégrer, **alors que le retour au pays d'origine où son mari a été tué à la guerre peut s'avérer difficile et psychologiquement traumatisant.** »

En ce qui concerne la prise en charge psychologique, il est affirmé que :

« Les difficultés actuelles ont **ravivé les traumatismes psychologiques endurés par la patiente au pays d'origine.** »

En ce qui concerne son historique médical :

« Rescapée du génocide de 1994 au cours duquel ses quatre enfants ont été tués. Depuis lors souvenirs envahissants des traumatismes à l'état de veille et sous forme de cauchemars. Impossibilité de se concentrer sur autre chose. Aggravation depuis la disparition de son mari en 2004. »

Concernant le degré de gravité :

« Trouble de stress post-traumatique sévère avec souvenirs/reviviscence du traumatisme-cauchemars-insomnie-fatigue-difficultés de concentration et troubles de mémoire-dépression et idées de mort. »

Concernant la durée prévue du traitement nécessaire :

« A vie. Il est capital pour la patiente de ne pas être confrontée au contexte qui rappelle les traumatismes. »

Ou encore, concernant l'évolution et le pronostic de la pathologique :

« Une stabilisation relative sous traitement est possible. L'éviction des éléments de contexte rappelant les traumatismes est absolument nécessaire. »

Les extraits reproduits ci-dessus proviennent des certificats médicaux établis par les Docteurs M.Ch. PAYEN et D. PIERRE le 25/01/2012, le 21/08/2012 et le 09/02/2015.

Le Dr. M. Ch. PAYEN travaille à l'hôpital CHU Saint-Pierre et est spécialisé en maladies infectieuses et en médecine interne et le Dr. PIERRE est psychiatre et travaille au centre Chapelle aux Champs qui est un service de Santé mentale agréé par la COCOF.

Il est encore à noter qu'une dernière actualisation de la demande avait été envoyée par la requérante à la partie adverse le **30/09/2015**.

La requérante ne sachant pas qu'une décision avait été prise quant à sa demande pour motif médical.

Il ressort de ce certificat médical (du 23/09/2015), du Docteur M. Ch. PAYEN, notamment:

Quant à la description détaillée de la nature et du degré de gravité des affections :

« - infection par le VIH diagnostiquée en 2007. Immunodépression sévère avec des CD4 < 300/ml avant traitement. Mise sous traitement dès 2007. Actuellement la maladie est moins bien contrôlée, avec chute des CD4 et charge virale détectable. Une recherche de résistance est urgente.

- Hépatite B chronique, nécessitant un traitement spécifique par Truvada

- Dépression sévère suite à l'infection par le VIH et la détresse sociale : la patiente est dans une situation sociale très précaire en Belgique. Sans logement ni possibilité de travailler, son suivi médical et thérapeutique est difficile. Depuis quelques mois, le contrôle de l'infection n'est plus obtenu, avec risque de développement d'un virus résistant.

Depuis des mois, la situation psychosociale de la patiente est catastrophique.

Vu les demandes de régularisation refusées, elle se retrouve régulièrement privée de traitement antirétroviral et de médication pour l'hépatite B.

Les démarches administratives pour essayer de se soigner l'épuisent et la découragent de plus en plus.

Nous sommes devant une situation de non-assistance à personne en danger. »

Le devoir de prudence qui incombe à la partie adverse, en tant que composante du devoir de bonne administration, n'aurait-il pas dû être appliqué en l'espèce ??

Ce certificat est effectivement en quelque sorte un « avertissement » d'un médecin spécialisé en maladies infectieuses et en médecine interne, qui souhaite signaler que l'état de santé de la requérante est catastrophique et qu'il se dégrade progressivement.

Que le combat administratif cumulé au combat médical n'est plus vivable pour la requérante.

Que continuer de la sorte correspond à une situation de non-assistance à personne en danger !

La partie adverse ayant pris, 17 jours plus tôt, la décision et recevant une telle attestation médicale, alors qu'elle n'avait pas encore envoyé cette décision à l'administration communale, n'aurait-elle pas dû, en vertu de son devoir de prudence, réexaminer et PRENDRE EN CONSIDERATION un tel document ?

Au lieu de ça, elle va attendre 3 mois et demi avant de notifier la décision à la partie requérante.

Il semble, dès à présent, permis de conclure à la violation, par la partie adverse, du principe de bonne administration qui lui incombe et plus particulièrement de son devoir de prudence.

4. On relèvera ensuite divers griefs à l'égard de l'acte attaqué, qui n'est pas suffisamment motivé par rapport à la situation personnelle de la requérante et à la disponibilité et à l'accessibilité concrète des soins sur place.

4.1.

En ce qui concerne la **disponibilité** des soins, la partie adverse cite les molécules indispensables à la survie de la requérante et affirme qu'elles sont disponibles au Rwanda.

Pour appuyer ses dires, elle se réfère à la banque de données MedCOI qui n'est pas accessible au public et dont la requérante ne peut donc pas prendre connaissance.

Elle renvoie ensuite à deux sites internet, sans aucune explication pertinente vu l'absence d'analyse in concreto.

En effet, International SOS et Allianz Global Assistance sont des sociétés d'assurance maladie privées, dont les sites internet n'évoquent même pas le Rwanda, excepté pour Allianz Global Assistance qui fait de la prévention pour la fièvre jaune, entre autres, au Rwanda !

Rien ne permet donc à la requérante, à qui la décision est pourtant destinée, de comprendre en quoi ces sources viennent à l'appui du projet MedCOI et permettent de confirmer que les soins requis par la requérante sont disponibles.

Si ces sites ne semblent pas évoquer les cas de VIH et d'hépatite B, ils semblent encore moins se concentrer sur des problèmes psychiatriques tels que la dépression sévère. Or il s'agit bien de ces trois affections dont la requérante souffre quotidiennement.

Sur les trois derniers liens cités, deux d'entre eux abordent exclusivement les traitements pour le VIH (le premier et le troisième lien), alors que le deuxième donne une liste des médicaments disponibles au Rwanda.

Qu'il ressort des certificats médicaux déposés par la requérante à l'appui de sa demande (Voy. infra) que les soins dont elle a besoin consistent en une **combinaison** du traitement du VIH et de l'hépatite B ainsi que d'un suivi psychologique.

Les sources invoquées par la partie adverse ne permettent en aucun cas de s'assurer que la requérante pourra trouver un traitement adéquat qui combine les différentes pathologies.

Pour rappel, si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Il a été dit pour droit par le Conseil du Contentieux des Etrangers que « l'inexistence de ce site sur la toile démontre à suffisance l'absence de pertinence de ce site en matière médicale. Dès lors, la référence à un tel site ne pouvait valablement fonder la motivation de l'acte attaqué. »

Il a été jugé en ce sens par le Conseil du Contentieux des Etrangers dans un arrêt **73 762 du 23 janvier 2012**.

En l'absence de rapport ou de renvoi permettant d'apporter un éclairage effectif, il convient de statuer de manière identique.

Par ailleurs, les systèmes d'assurance évoqués sont, selon toute vraisemblance des systèmes privés, et il n'est donc pas exclu que la requérante soit exclue du système ou doive payer des primes qu'il lui est impossible de financer.

L'ensemble de ces données n'ont jamais été analysées par la partie adverse qui se contente, encore une fois, de faire un renvoi non fouillé à des sources sans autre investigation.

Dans ces conditions, il doit être déclaré, qu'en l'absence de document et en l'absence de précisions alors même que des craintes sérieuses et fondées existent de ne jamais pouvoir dépendre d'un système d'assurance, que la motivation apportée est inadéquate en ce qu'elle est incomplète et imprécise.

4.2.

Finalement, la question de l'**accessibilité** aux soins pose largement problème ;

Le médecin-conseiller de l'Office des Etrangers se réfère largement tantôt à la sécurité sociale pour les travailleurs, tantôt à des systèmes d'assurances privés, dont l'accès à la requérante est douteux ;

On doit lire que rien n'empêcherait la requérante d'effectuer une activité rémunérée en vue de subvenir à sa cotisation annuelle aux « Mutuelles de santé » et de subvenir aux éventuels frais médicaux ;

Il convient alors de souligner que la requérante est âgée de 51 ans et que **son état de santé permet largement de douter de sa capacité à trouver un emploi rémunéré au Rwanda** :

La requérante est fortement affaiblie tant par le sida que par l'hépatite B, les traitements subis sont lourds et la fatiguent beaucoup, en outre les divers certificats médicaux déposés par la requérante relèvent à de nombreuses reprises qu'il est capital pour la patiente de ne pas être confrontée au contexte qui rappelle les traumatismes !

Que l'accent est mis sur ses problèmes psychologiques liés aux traumatismes subis dans son pays d'origine. Que pour rappel, la requérante a perdu ses quatre premiers enfants durant le génocide du Rwanda et que son mari a disparu depuis 2004.

Qu'il ressort déjà du certificat médical du Docteur D. PIERRE du 21/08/2012 que la patiente souffre de « PTSD (trouble de stress post-traumatique) sévère avec souvenirs/reviviscence du traumatisme – cauchemars – insomnie – fatigue – difficultés de concentration et troubles de mémoire – dépression et idées de mort ».

Que dès lors, dans l'annexe au point B « degrés de gravité des affections », le psychiatre affirme « qu'actuellement la patiente est incapable de se concentrer sur quoi que ce soit et de ce fait **elle est même incapable de travailler** ».

Que même si ce rapport date de 2012, la partie adverse devait le prendre en compte et, au moins, en faire une analyse sérieuse et minutieuse, d'autant plus que la situation de la requérante n'a fait que dégrader.

Qu'elle se contente pourtant de relever que, depuis lors, la partie requérante n'a pas apporté la preuve d'un suivi psychiatrique comme si cela suffisait à écarter le certificat médical existant et écarter l'état de la requérante. Comme si cela suffisait à conclure qu'aucun traitement n'était plus en cours ! Pour rappel : le dossier est retourné à l'office des étrangers suite à un arrêt d'annulation de votre Conseil d'une précédente décision.

Que le médecin conseil de l'Office des Etrangers en affirmant que « en l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre dès lors, qu'elle ne pourrait avoir à nouveau accès au marché du travail au pays d'origine afin de financer ses besoins médicaux », démontre incontestablement **qu'il n'a pas effectué d'examen sérieux de la demande de la requérante.**

Qu'en outre, le dernier certificat médical déposé par la requérante (du 23/09/2015), qui atteste **de l'état psychologique actuel catastrophique** de la requérante, ne fait que confirmer cet état, bien établi par les certificats préalablement déposés.

Dans l'hypothèse où la requérante serait capable de travailler, quod non, se pose la question de savoir combien lui permettrait de gagner un tel emploi, et de déterminer si cette somme pourrait lui permettre de prendre en charge ses frais médicaux notamment ;

Que l'on sait que les soins hospitaliers sont généralement indispensables et les plus onéreux, de sorte que l'inaccessibilité des soins en hôpitaux pourrait parfaitement revenir à infliger à la requérante un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 CEDH;

Que pour reprendre les termes évoqués par la Coopération luxembourgeoise, « l'OMS prévoit que le Rwanda va prochainement devenir le premier pays d'Afrique à atteindre l'objectif de la distribution de médicaments antirétroviraux à 85 % des séropositifs »

Que la requérante est particulièrement inquiète du sort réservé aux 15% des séropositifs qui n'ont pas accès au traitement, dont elle pourrait parfaitement faire partie à défaut d'autre garantie, puisque dans son chef cela signifierait un décès à court terme ;

Qu'il est encore essentiel de rappeler que l'acte attaqué, comme le certificat établi par le Dr. R. AUDISTERE ne s'attarde aucunement sur la question essentielle du trajet et de l'installation de la requérante sur place ;

Que pour rappel, il ressort du dossier administratif que la partie requérante est en Belgique depuis bientôt 10 ans, qu'elle s'y trouve avec ses deux fils mineurs ayant perdu ses quatre autres enfants lors du génocide au Rwanda, que son mari a disparu en 2004, et qu'elle a depuis lors créé des liens sociaux fort en Belgique, que la distance avec son pays d'accueil est bénéfique pour elle car « l'éviction des éléments de contexte rappelant les traumatismes est absolument nécessaire » et, enfin, que toute interruption du traitement peut être vital !

Que malgré cela, la partie adverse va se contenter de prétendre que la requérante a vécu la majorité de sa vie au Rwanda et qu'elle a dû y tisser des liens sociaux, que dès lors rien ne permet de démontrer que son entourage social ne pourrait l'accueillir au Rwanda et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Qu'à nouveau le manque de prudence dont faire preuve la partie adverse et le manque de minutie dans l'examen du dossier est choquant, elle s'agit en effet de phrases stéréotypées et même d'hypothèses formulées alors que la vie de la requérante est en jeu !

La requérante n'a effectivement **aucune garantie** de la manière dont se passerait son installation au Rwanda en cas de retour forcé : combien de temps lui faudrait-il pour trouver un logement sans l'aide de ses fils qui vivent en Belgique ; à quel prix ; quelle garantie de retrouver du personnel médical prêt à la prendre en charge à proximité de ce logement, et ce de manière à ne subir aucune interruption de traitement, à un moment où elle n'aurait forcément aucun revenu sur place, pas encore d'accès à une éventuelle mutuelle,... ?

Et tout cela alors que tous les certificats médicaux déposés par la requérante attestent de l'impact négatif qu'un retour forcé au pays aurait sur elle.

4.4.

Le médecin-conseil cite un rapport du projet MedCOI duquel il ressortirait que selon la loi rwandaise la population entière devrait être couverte par une assurance santé.

Elle cite dès lors les différentes structures d'assurance santé principales dont la RSSB, la RAMA, la MMI et la Mutuelle de Santé.

□ Il est à noter « la Rwandaise d'assurance maladie » est l'une des trois composantes du système de sécurité sociale qui ne s'adresse qu'aux **travailleurs soumis au Code du Travail, des fonctionnaires de l'État et des militaires.**

Qu'il est indiqué en page 29 de l'étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi, établi par « World Solidarity »¹ que « Par la loi n° 24/2001 du 27 avril 2001, il a été institué un **régime d'assurance maladie des agents de l'État**, dont la gestion a été confiée à la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA). Ce texte de loi a été successivement modifié et complété par la loi n° 29/2002 du 19-09-2002 et celle n° 27/2007 du 26-06-2007 ».

Que ce rapport énumère également les catégories de personnes couvertes comme suit :
« Dans le secteur structuré, les populations ayant une couverture formelle en assurance maladie sont les suivantes:

° Les agents de l'État et des établissements publics qui sont affiliés obligatoirement à la RAMA.

° Les travailleurs du secteur privé structuré qui sont affiliés volontairement soit à la RAMA, soit dans des sociétés d'assurance privées, selon le désir de chaque employeur. En effet, certaines entreprises qui se portent bien financièrement optent souvent pour une prise en charge des dépenses des soins médicaux occasionnées par leurs travailleurs. Le niveau des prestations offertes varie d'une entreprise à une autre.

Par ailleurs, dans le même secteur structuré, **certaines catégories de population sont laissées pour compte en matière de couverture maladie.** Il s'agit notamment:

° des travailleurs oeuvrant dans des professions libérales;

° des travailleurs oeuvrant dans de petites et moyennes entreprises, voire des grandes entreprises, qui n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour une prise en charge directe des soins médicaux; ou bien ceux dont les employeurs négligent de souscrire à une assurance maladie, faute de contrainte légale;

° **des bénéficiaires des pensions et rentes servies par la CSR.** »

Que la requérante, pour rappel, ne travaille pas et n'est pas en mesure de travailler.

Que même si elle devait exercer une activité professionnelle, elle devrait se limiter à rechercher un emploi dans ces secteurs tout à fait particuliers pour bénéficier d'une telle assurance.

Qu'outre une motivation totalement erronée, il s'agit d'une faute lourde d'appréciation dans le chef du médecin conseil et donc, dans le chef de la partie adverse.

□ En ce qui concerne ensuite la MMI.

La première critique est identique à celle formulée à l'encontre de « la Rwandaise d'assurance maladie » en ce que le rapport² précité classe la MMI sous l'une des trois composantes du système de sécurité sociale qui ne s'adresse qu'aux **travailleurs soumis au Code du Travail, des fonctionnaires de l'État et des militaires.**

Que le rapport vise effectivement un cadre d'assurance lié au force armée en ce qu'il indique que :

« Fondée en 2005 par la loi no 14/2004, **cette assurance maladie de l'Armée est basée sur le modèle de la RAMA**. Les militaires sont affiliés obligatoirement à l'assurance maladie gérée par la MMI. **Cette assurance couvrirait** un nombre d'affiliés estimé à 100.000 personnes, soit environ **1,1% de la population rwandaise** »

Que là également, la requérante s'interroge sur la pertinence du système cité à son cas d'espèce.

Qu'en effet, elle n'est nullement membre de l'armée et ne peut prétendre à une couverture sur cette base.

□ Enfin, la partie adverse fait état de régimes privés sans les mentionner ni les identifier.

Qu'il est dans ce conteste impossible pour la requérante de déterminer les régimes évoqués, les analyser et les contredire si besoin en est.

5.

Enfin, la décision attaquée semble considérer que la demande de la requérante contient également des arguments étrangers au domaine médical.

Si elle ne précise pas lesquels, la partie requérante peut imaginer qu'il s'agit des éléments suivants :

- Son long séjour en Belgique
- La présence de nombreux proches ainsi que de ses fils mineurs sur le territoire
- L'environnement favorable à son bien-être
- La relation de confiance tissée entre elle et ses médecins

Il semble pourtant manifeste qu'il s'agit d'éléments qui ont une importance primordiale pour son état de santé.

Que la partie adverse semble ne pas prendre en compte le caractère contraignant de traitements contre le VIH et l'hépatite et semble **complètement** écarter la pathologie psychologique, à savoir la dépression profonde subie par la requérante au quotidien !

6. Considérant qu'il découle de l'ensemble de ces éléments un trop grand nombre d'erreurs manifestes.

Que le risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour sur le territoire rwandais est effectif et contraire à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Qu'en effet, il est impossible de garantir un accès aux soins effectifs sur la base des éléments commentés ci-avant.

Que pourtant, un arrêt de traitement peut s'avérer fatal voire constitutif de traitement inhumain et dégradant eu égard aux différentes pathologies de la requérante.

Qu'il ressort de l'ensemble de ces éléments que la partie adverse n'a pas réalisé un travail minutieux, casuistique et ce travail d'analyse ne saurait donc être considéré comme adéquat.

Qu'au contraire, par de tels manquements, dans un contexte médical où les implications sur la vie et/ou l'intégrité physique d'un demandeur sont importantes, l'Office des étrangers comme une faute lourde en ne vérifiant pas les données qu'elle affirme et prend pour acquises.

Qu'il en résulte un défaut de minutie évident.

Qu'il aurait été du devoir de l'Office des étrangers de réaliser un travail important et minutieux..., quod non.

Que le devoir de prudence qui incombe à la partie adverse n'a pas été respecté en l'espèce.

Que l'erreur manifeste quant à l'état de santé de la requérante, que l'absence de données chiffrées quant aux coûts de l'assurance soins de santé référencée en raison de pathologies déjà déclarées, de l'obligation pour des assurances privées d'assurer ces « facteurs » risques, que l'absence de données quant aux couvertures, stages d'attente de ces assurances, que l'absence d'information quant aux assurances/mutuelles, que les erreurs quant aux systèmes référencés et leur impossibilité d'offrir une couverture à la requérante démontrent une absence de minutie dans le chef de l'administration dans le cadre de l'examen de la demande.

Que ces absences répétées sont marquées par un manque de minutie et engendrent une motivation formelle totalement erronée en fait, témoignage d'une erreur manifeste d'appréciation, et contraire aux articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et également contraire aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991.

Que le moyen est fondé dans son ensemble. »

4. Réponse de la partie défenderesse

La partie défenderesse, après avoir résumé le moyen unique, fait valoir ce qui suit dans sa note d'observations :

« Dans un premier grief, la requérante rappelle ses différentes pathologies, à savoir, un HIV, une hépatite B et un problème d'ordre psychologique (traumatisme subi au pays d'origine) établies par des certificats médicaux rédigés par des spécialistes et fait état d'un nouveau complément à savoir un certificat médical établi le 23 septembre 2015 insistant sur son état psychologique « nécessitant une éviction du contexte traumatique subi au pays d'origine ».

Elle reproche à la partie adverse de ne pas tenir compte de ces éléments et lui reproche une « non assistance à personne en danger » en se fondant sur un dernier certificat médical transmis le 30 septembre 2015.

Or, la partie adverse a fait, une application correcte de l'article 9ter, lequel prévoit que :

“§ 1er. 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.

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique. **L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.**

Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.

L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts.”

Il n'est pas inutile de rappeler le rôle du médecin fonctionnaire qui est de rendre un avis, lequel n'est pas contraignant, à l'autorité administrative compétente en matière de séjour sur la question de savoir si, lorsque le demandeur souffre d'une maladie qui atteint un seuil de gravité élevé:

- soit cette maladie présente un risque actuel, à savoir à court terme, et réel pour sa vie ou son intégrité physique en sorte que l'éloignement du malade vers le pays d'origine ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat,
- soit, dans la négative, cette maladie peut entraîner dans son chef un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans l'hypothèse où il n'y a aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Dans son avis du 15 septembre 2015, le médecin fonctionnaire relève, en un premier temps, que la requérante a produit plusieurs certificats médicaux, dont le dernier est daté du 09.02.2015

Ainsi, sous « l'historique clinique », il note que dans le certificat médical daté du 09.02.15 du Dr M-C. PAYEN, médecine interne, il est confirmé que la requérante souffre d'une infection VIH en traitement médicamenteux; d'une hépatite B chronique et qu'elle souffre d'une « dépression sévère » et que le traitement est composé de Truvada et Kaletra, qu'il n'y a pas de « notion d'hospitalisation documentée » et que « son état nécessite un suivi médical et psychologique ».

Sous l'intitulé « Pathologies actives actuelles » le médecin fonctionnaire retient donc les trois pathologies précitées mais précise « **qu'aucun certificat médical spécialisé n'a été fourni au moment où il rédige son avis concernant un quelconque suivi psychiatrique depuis août 2012.** ».

La requérante ne prétend pas en termes de recours qu'elle aurait produit des attestations médicales qui confirmeraient l'existence d'un suivi psychiatrique ou psychologique (aucun rapport **d'un psychiatre ou psychologue** n'est transmis au médecin fonctionnaire).

Ainsi, le médecin fonctionnaire a pris en considération l'état de santé tel que décrit dans les certificats médicaux qui lui ont été effectivement transmis au moment de rédiger son avis, soit au 15 septembre 2015. Il ne peut être fait grief à ce dernier de ne pas avoir pris en compte dans cet avis la situation décrite dans un autre certificat médical rédigé le 23 septembre 2015, soit postérieur à la décision attaquée prise le 18.09.2015.

En outre dans le certificat médical daté du 09.02.2015, les explications données par la requérante en termes de recours selon lesquelles « un retour au pays d'origine où son mari a été tué durant la guerre peut s'avérer difficile, que cela raviverait les traumatismes psychologiques endurés a pays d'origine pendant le génocide et que l'éviction de ces éléments de contexte est absolument nécessaire. » ne sont nullement mentionnées.

En effet, dans ce certificat médical, le Dr PAYEN évoquait sous l'intitulé « B/DIAGNOSTIC » une « dépression sévère suite à l'infection par VIH et la détresse sociale : la patiente est dans une situation sociale très précaire en Belgique. Sans logement, ni possibilité de travailler, son suivi médical et thérapeutique est difficile. Depuis quelques mois, le contrôle de l'infection n'est plus obtenu, avec risque de développement d'un virus résistant ».

Il résulte de ce dernier que la situation psychologique est liée à sa situation médicale et sociale précaire en Belgique. Il ne peut donc être reproché au médecin fonctionnaire et partant à la partie adverse de ne pas avoir pris en compte le fait qu'elle souffrirait d'un traumatisme lié à la mort de son mari et de ses enfants durant le génocide rwandais et que « l'éviction de ces éléments de contexte est absolument nécessaire ».

Il ne peut également pas être fait grief à la partie adverse de ne pas avoir « porté assistance à une personne en danger » au motif qu'elle n'aurait pas pris en compte le contenu du certificat médical rédigé par son médecin postérieurement à la prise de l'acte attaqué.

Il n'est pas inutile de rappeler la mission du médecin fonctionnaire telle que décrite par le Conseil de céans:

« 3.4. En ce qui concerne plus particulièrement la première branche, le Conseil constate à la lecture de la décision entreprise que la partie défenderesse n'a nullement fait une application erronée de la loi. En effet, le médecin conseil de l'Office des étrangers n'intervient pas comme prestataire de soins à l'égard de la requérante, mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *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* » (Loi du 15 décembre 1980, Article 9ter, § 1er).

Par ailleurs, le médecin conseil de la partie défenderesse, dont le rôle vient d'être rappelé, n'est pas un « médecin contrôleur » et sa mission ne le mène nullement à « s'ingérer directement dans le traitement d'un patient soumis à son contrôle ». Par conséquent, il ne doit nullement émettre de diagnostic mais simplement rendre un avis sur la base des certificats médicaux déposés à l'appui de la demande

d'autorisation de séjour, ce qu'il a fait dans le cas d'espèce. » (CCE, arrêt n° 100.894 du 15 avril 2013)

Le premier grief n'est pas fondé.

Les second et troisième griefs visent les informations sur lesquelles se basent le médecin fonctionnaire et la partie adverse pour considérer que le traitement est disponible et accessible au Rwanda.

Le médecin fonctionnaire a procédé à un examen suffisant et adéquat de la disponibilité et l'accessibilité des soins médicamenteux et des suivis précités au Rwanda.

Concernant la disponibilité, il relève que:

« Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Truvada® : emtricitabine, ténofovir.

Kaletra® : lopinavir, ritonavir.

Les molécules requises - ou leur équivalent thérapeutique - sont disponibles au Rwanda. Ainsi, l'emtricitabine est, selon les sources référencées ci-dessous, substituée au Rwanda par lamivudine, présente sous forme isolée ou en association avec le ténofovir.

Le suivi requis en médecine interne (pour l'infection HIV et l'hépatite B), ainsi que le suivi biologique spécifique sont disponibles au Rwanda.

Un suivi psychologique peut y être assuré par des praticiens spécialisés.

Ces informations émanent de la banque de données MedCOI :

Requête MedCOI du 13.05.15 portant le numéro de référence unique BMA€6788 ;

Requête MedCOI du 01.07.14 portant le numéro de référence unique RW-3391-2014.

Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collectionnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du Bureau Medische Atvisering (BMA) et du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Refugee Fund.

Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucun droit, comme des revendications de responsabilité médicale, ne peut être tiré de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes.

International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation:
www.internationalsos.com/fr/index.htm

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400.000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: www.allianz-global.Assistance.com

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale.

Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA.»

Et des sources suivantes :

<http://moh.gov.rw/>

[http://apps.who.int/hiv/amds/patents registration/drs/Default.aspx](http://apps.who.int/hiv/amds/patents%20registration/drs/Default.aspx)

<http://moh.gov.rw/index.php?id=34&txtnews%5Bttnews%5D=444&cHash=76cd68.f4dae0c04d6b232eec11f6eff015>

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive(1), il suffit que l'intéressée puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine de la requérante soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique (2) »

Le médecin fonctionnaire relève à suffisance que les molécules requises ou leur équivalent thérapeutique est disponible au Rwanda. Ainsi, il précise que l'emtricitabine est, selon les sources référencées, substituée au Rwanda par lamivudine, présente sous forme isolée ou en association avec le ténofovir.

Le suivi médical et biologique dont a besoin la requérante pour le traitement du VIH et l'hépatite B sont disponibles au Rwanda. Il est ajouté qu'un suivi psychologique est également disponible.

Partant c'est à tort que la requérante prétend qu'elle n'a aucune garantie de bénéficier du traitement adéquat notamment le traitement combiné pour le HIV et l'hépatite B.

Les informations sur lesquelles se basent la partie adverse et le médecin fonctionnaire pour aboutir à cette conclusion sont suffisamment récentes puisqu'il s'agit des données MedCOI du **13.05.2015** portant le numéro de référence unique BMA- 6788 et du 1er juillet 2014, référence RW-3391-2014.

C'est à tort que la requérante critique ces données au motif qu'elles ne sont pas accessibles au public, et déclare ne pas comprendre pourquoi la partie adverse se réfère en outre à deux sites internet à savoir International SOS et Allianz Global assistance qui sont en réalité des assurances privées.

En effet, la partie adverse ne fait que préciser les sources **qui alimentent la base de données non publique MedCOI** comme expliqué dans l'avis :

« Dans le cadre du projet MedCOI, **des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collectionnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens.** Ce projet, fondé sur une initiative du Bureau Medische Atvisering (BMA) r du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Refugee Fund.

Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent **uniquement la disponibilité** du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis au pays d'origine. Les informations relatives à L'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. **Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité.** Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucun droit, comme des revendications de responsabilité médicale, ne peut être tiré de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

International SOS

(...)

Allianz Global Assistance

(...)

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine

(...) »

Votre Conseil a déjà jugé concernant les données MedCOI que :

« Quant au fait qu'elle relève que que (sic) les affirmations de la partie défenderesse ne sont pas vérifiables dans la mesure où les médecins qui alimentent ladite base de données sont protégés par l'anonymat, **le Conseil observe que l'anonymat des médecins alimentant ce site internet est sans aucune pertinence quant à la crédibilité dudit site internet dans la mesure où, comme précisé dans une note subpaginale de l'avis du médecin expert, ce projet est une initiative du service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, qu'il associe 17 partenaires dont 18 pays européens et l'International Center for Migration Policy Development et est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés.**

(...)» (CCE, arrêt n° 107.855 du 31 juillet 2013)

Et que :

« 3.2.2. En ce que la partie requérante soutient que « *la décision contestée affirme que les soins de santé seraient accessibles au Rwanda en se basant uniquement sur le fait qu'un seul et unique annuaire médical à savoir le MedCOI, atteste de la disponibilité des médicaments dont [elle] a besoin au Rwanda* », le Conseil observe que la partie requérante part d'un postulat erroné, dès lors qu'il résulte d'une lecture attentive du rapport du médecin fonctionnaire du 31 juillet 2012 que celui-ci s'est référé à la base de données MedCOI dans le cadre de l'examen de la disponibilité des soins et du suivi nécessaires au pays d'origine, mais n'en a pas tiré de conclusion quant à leur accessibilité. Par conséquent, la partie requérante relève également sans pertinence la clause de non-responsabilité concernant cette base de données, celle-ci précisant que « *Les informations fournies se limitent à la disponibilité des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'informations fournies au sujet de l'accessibilité aux soins* ».

Pour le surplus, le Conseil constate que la partie requérante reste en défaut de critiquer concrètement l'utilisation effectuée par le médecin fonctionnaire de cette base de données l'ayant amené à la conclusion que les soins et le suivi nécessaires à la partie requérante sont disponibles au pays d'origine.

En tout état de cause, contrairement à ce que semble relever la partie requérante, **la base de données MedCOI ne consiste pas en un simple annuaire médical qui se limiterait à répertorier les noms des médicaments soi-disant disponibles, mais vise à répondre à des questions précises quant à l'existence de médicaments, de soins et de suivis médicaux dans un endroit donné.** » (Conseil du Contentieux des étrangers, arrêt du 30 mai 2013, n° 103.952)

Aussi, la base des données MedCOI, comme indiqué ci-avant, ne concerne que la disponibilité et non l'accessibilité des soins de sorte que les considérations relatives à la possibilité pour la requérante d'être affiliée aux mutuelles de soins et de payer les primes ne sont pas pertinentes. En outre, d'autres sources d'information alimentent la banque de données ainsi que l'indique le médecin fonctionnaire dans son avis :

« <http://moh.gov.rw/>

http://apps.who.int/hiv/amds/patents_registration/drs/Default.aspx

<http://moh.gov.rw/index.php?id=34&txtnews%5Bttnews%5D=444&cHash=76cd68.f4dae0c04d6b232eec11f6eff0> »

Ces informations ne sont pas critiquées à l'appui du présent recours.

Jugé que :

« En ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé pour le premier requérant dans son pays d'origine, le Conseil observe le défaut de toute information utile donnée par la partie requérante à cet égard dans sa demande d'autorisation de séjour, eu égard à sa situation individuelle.

Par ailleurs, le Conseil observe que la partie défenderesse a longuement motivé sa décision en annexant divers rapports appuyant ses conclusions.

Sur le développement du moyen, force est de constater que l'affirmation de la partie requérante, selon laquelle « [...] les soi-disant « soins médicaux gratuits » sont uniquement réservés pour certaines catégories de la population dont les requérants ne

font pas parties (sic) », n'est étayée d'aucun élément probant et est contredite par les informations de la partie défenderesse de sorte qu'il ne peut raisonnablement être reproché à la partie défenderesse d'avoir, au vu des éléments à sa disposition, motivé la décision querellée comme en l'espèce. Le Conseil estime dès lors que la partie défenderesse a dûment examiné la possibilité pour le premier requérant d'avoir accès aux soins adaptés à l'état de santé de ce dernier dans son pays d'origine, au regard des informations qui lui avaient été communiquées.

Aussi, quant à la clause de non-responsabilité que contiendrait l'avis médical, force est de constater que cette mention ne concerne que les informations émanant du projet MED-COI, et que le médecin fonctionnaire a établi son rapport sur la base de plusieurs sources dont il recoupe les informations.

Enfin, en ce que la partie requérante fait grief à la partie défenderesse de se référer au rapport Caritas « Country Sheet » alors que les requérants ne font pas partie des groupes sociaux qui y sont visés, le Conseil constate, d'une première part, que la liste des « personnes vulnérables » reprise dans ce rapport n'est pas exhaustive et, d'autre part et en tout état de cause, que le premier requérant n'est pas en incapacité de travailler selon le rapport du médecin fonctionnaire et qu'il est donc capable de subvenir aux frais médicaux de suivi et aux frais des médicaments. Au surplus, le Conseil constate à cet égard que la seconde requérante a introduit une demande de permis de travail auprès de la Région flamande, établissant ainsi sa capacité à effectuer un travail rémunéré. » (...) (CCE 95.737 du 24.01.2013)

Il n'appartient pas au médecin fonctionnaire de s'assurer d'une qualité des soins et suivis identique à ceux dont la requérante bénéficie en Belgique, ni du nombre de médecins généralistes et/ou spécialistes par rapport au nombre de la population.

Jugé que :

« En outre, le Conseil relève que si les requérants estimaient ne pas pouvoir concrètement accéder au traitement requis, ils devaient le faire valoir dans le cadre de leur demande d'autorisation de séjour auprès de la partie défenderesse. En effet, c'est aux demandeurs qui se prévalent d'une circonstance qu'ils incombent d'informer l'administration compétente de tout élément susceptible d'avoir une influence sur celle-ci, ce que les requérants sont manifestement restés en défaut de faire.

Il en est d'autant plus ainsi, que les requérants n'ont pas fait valoir, dans le cadre de leur demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, une indisponibilité ou une inaccessibilité aux soins requis pour le traitement du premier requérant.

En effet, ils ont simplement précisé que « *Le couple est actuellement en procédure d'asile, de telle sorte que la question de la possibilité de traitement en POLOGNE n'est en l'état actuel pas à l'ordre du jour. Il n'est cependant dans l'absolu, pas évident qu'en Pologne le suivi médical strict que nécessite l'état de monsieur [A.] puisse être assuré une durée suffisante que pour obtenir une stabilisation et par la suite une amélioration. Que si la Pologne compte assurément des praticiens tout à fait valables, se pose néanmoins le problème majeur de l'accessibilité aux soins et de la possibilité d'assurer la poursuite de ces soins sur une durée suffisante* » et citent tout un article. Il revenait aux requérants de développer davantage leurs craintes. Ils ne pouvaient en effet se limiter à mettre en doute de façon générale les possibilités de traitement dans le pays d'origine. Ainsi, il leur appartenait notamment de préciser *in concreto* l'absence du traitement requis et ce

d'autant plus qu'ils ont bénéficié de l'assistance d'un conseil pour l'introduction de cette demande.

Le Conseil entend également souligner que l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'un traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine ou de reprise, il suffit qu'un traitement approprié y soit possible.

Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine ou de reprise et en Belgique ni même de prendre en considération les liens de confiance existant entre le premier requérant et son thérapeute. » (C.C.E. arrêt du 28.02.2013, n° 98.012)

Jugé aussi à propos du nombre de médecins dans le pays d'origine que :

« 3.4.3. La partie requérante tente de critiquer la motivation de la décision querellée en reproduisant un extrait d'un site internet, selon lequel il existe des carences de soins pour les personnes souffrant de PTSD, en soulignant que le nombre de médecins disponibles au Rwanda est faible et en reprochant à la partie défenderesse de n'avoir pas tenu compte du traitement spécifique des ex-réfugiés qui retournent dans leur pays d'origine.

Outre le fait que l'affirmation selon laquelle le nombre de médecins disponibles au Rwanda est faible n'est aucunement étayée et que le traitement spécifique que subiraient les ex réfugiés rwandais qui retournent dans leur pays d'origine n'a nullement été détaillé par la partie requérante en termes de recours, le Conseil rappelle que le fait d'apporter de nouveaux éléments à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats d'éléments qui sont pour la première fois apportés à la requête est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. La deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandé. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande.

Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits (cf. également en ce sens : CE 8 août 1997, n° 67.691 ; CCE, 17 février 2011, arrêt n° 56.201). En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'eu égard aux termes de l'article 9ter, §1er, de la loi, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de la situation de la requérante, que celle-ci peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays, et qu'elle peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de ces éléments, avant la prise de la décision attaquée. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir les prendre en considération. (CCE, arrêt n° 86.265 du 27 août 2012)

Concernant l'accessibilité des soins et suivi au Rwanda, le médecin fonctionnaire indique de manière suffisante dans son avis que :

« Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine »

Concernant l'accessibilité des soins au Rwanda, le conseil de invoque différents éléments dans le but d'attester que madame [la première partie requérante] n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine. Cependant, il ne fournit aucun document à ce sujet.. Or, il incombe à la requérante d'étayer ses argumentations (C.E. 13 juill. 2001, n°97 866).

Un rapport du projet MedCOI(3) nous apprend que, d'après la loi en vigueur au Rwanda, la population entière doit être couverte par une assurance santé. Les structures d'assurance santé principales sont « le Rwanda Social Security Board (RSSB) qui est la fusion de la Rwandaise d'Assurance-Maladie (RAMA) et du Fond de Sécurité Sociale, la Military Medical Insurance (MMI) et le Ministère de la Santé (au travers de la Mutuelle de Santé). En plus de ces structures, il existe des compagnies d'assurance privées qui offrent également des assurances santé.

Cette diversité de structures permet ainsi de fournir un accès à la santé pratiquement universel à la population.

Le montant (par personne) des cotisations à la Mutuelle de Santé dépendent de la catégorie (pauvre, moyenne, riche) à laquelle appartient le ménage.

Ce rapport nous apprend également que la population est classée, d'après des critères définis, en 6 catégories (du plus pauvre au plus riche) par le gouvernement rwandais. Grâce à cela, le gouvernement définit des groupes pour lesquels le Ministère de la Santé paie une contribution de 2000 RWF par personne composant le ménage.

Ce rapport nous apprend également que les personnes vivant avec le SIDA doivent uniquement payer le ticket modérateur (montants qui vont jusqu'à 10 à 15 % du coût Total) pour les consultations, les examens médicaux et les médicaments sauf pour les examens des CD4 et le traitement antirétroviral qui sont gratuits.

Notons que l'intéressée est en âge de travailler et, d'après sa demande d'asile, a déjà travaillé dans son pays d'origine. En l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre, dès lors, qu'elle ne pourrait avoir à nouveau accès au marché du travail au pays d'origine afin de financer ses besoins médicaux.

Etant arrivée en Belgique en 2007, on peut en conclure que l'intéressée a vécu la majorité de sa vie au Rwanda et qu'elle a dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que son entourage social ne pourrait l'accueillir au Rwanda et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Rwanda. 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 (CFDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (Arrêt du CE n° 81574 du 23 mai 2013),

Les soins sont donc accessibles au Rwanda. »

La requérante se contente de critiquer les informations en soutenant qu'elle ne rentrerait dans aucun des systèmes d'assurance santé qui viseraient les fonctions d'Etat et les militaires alors que la partie adverse précise qu'il existe des structures d'assurances santé mais aussi des assurances privées et que :

« Cette diversité de structures permet ainsi de fournir **un accès à la santé** pratiquement **universel à la population**.

Le montant (par personne) des cotisations à la Mutuelle de Santé dépendent de la catégorie (pauvre, moyenne, riche) à laquelle appartient le ménage.

Ce rapport nous apprend également que la population est classée, d'après des critères définis, en 6 catégories (du plus pauvre au plus riche) par le gouvernement rwandais. Grâce à cela, le gouvernement définit des groupes pour lesquels le Ministère de la Santé paie une contribution de 2000 RWF par personne composant le ménage.

Ce rapport nous apprend également que les personnes vivant avec le SIDA doivent uniquement payer le ticket modérateur (montants qui vont jusqu'à 10 à 15 % du coût Total) pour les consultations, les examens médicaux et les médicaments sauf pour les examens des CD4 et le traitement antirétroviral qui sont gratuits.

La requérante n'apporte aucun élément concret qui démontrerait qu'elle ne pourrait bénéficier de la gratuité du traitement médical du HIV pour les examens des CD4 et traitement antirétroviral, ni qu'elle ne pourrait payer les 10 à 15% du coût du ticket modérateur pour les autres traitements et suivi.

Aussi, il n'est pas exact de soutenir que la partie adverse n'a pas tenu compte de la situation individuelle de la requérante alors qu'elle relève quant à ce que lors de sa procédure d'asile, la requérante a indiqué avoir travaillé dans son pays d'origine et que rien n'indique qu'elle serait dans l'incapacité d'effectuer un travail rémunéré. La requérante ne pourrait se prévaloir d'une incapacité en se fondant sur un certificat médical daté de 2012, soit d'il y a 4 ans, ou encore sur un certificat établi postérieurement à l'acte attaqué.

Aussi, les explications fournies en termes de recours quant aux difficultés d'installation au pays d'origine ne peuvent être prises en considération s'agissant d'éléments nouvellement invoqués en termes de recours.

Enfin, Votre Conseil a déjà jugé concernant la disponibilité et l'accessibilité des traitements HIV au Rwanda que :

« 3.5. Le Conseil observe par ailleurs que le médecin conseil de la partie défenderesse a notamment précisé, dans son rapport du 2 juillet 2013, s'agissant de l'accessibilité aux soins au pays d'origine, que « *le site internet de l'Association internationale de la sécurité sociale (www.issa.int) nous apprend que le Rwanda dispose d'un régime d'assurance social (sic.) protégeant les salariés, artisans, les stagiaires et les apprentis. De plus, ce site internet nous informe également de l'existence de la Mutuelles (sic.) de santé ce régime est une assurance-maladie qui couvre toute la population, à l'exception des personnes couvertes par d'autres régimes comme la Rwandaise d'assurance-maladie (RAMA), la MMI et des régimes privés. Il a pour objectif général d'aider les communautés locales et les districts à mettre en place des systèmes d'assurance-maladie de nature à rendre les soins plus accessibles financièrement, à protéger les familles des risques financiers liés à la maladie et à renforcer l'inclusion sociale dans le domaine de la santé.*

Pour en bénéficier, il faut adhérer et s'acquitter de cotisations annuelles d'un montant abordable. La cotisation annuelle individuelle s'élève à RWF1 000 (1.25 euros). Le régime couvre les soins médicaux dispensés dans les centres de santé, y compris les médicaments, ainsi que quelques soins hospitaliers. Les mutuelles de santé ont des comités au niveau des districts ainsi que des centres de santé.

Précisons aussi qu'en 2011, le Rwanda, fait partie des pays qui sont parvenus à une couverture universelle (80%) par les services de prévention, de traitement et de prise en charge de l'infection à VIH », ce qui n'est nullement contesté par la partie requérante.

Partant, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence de son grief relatif à l'absence de prise en considération de son état d'indigence.

Par ailleurs, le Conseil relève que la partie requérante reste en défaut de contester utilement la motivation du rapport du 2 juillet 2013, auquel se réfère la décision attaquée, relative à la capacité de travail de la requérante, dès lors que l'attestation du 24 mai 2011, citée en termes de requête, ne mentionne nullement d'incapacité de travail dans le chef de la requérante.

Partant, force est de constater que la partie défenderesse a suffisamment et adéquatement motivé la décision querellée par la considération selon laquelle « Les soins sont donc disponibles et accessibles au Rwanda. Dès lors, Il (sic.) n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe (sic.) un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne ».

3.6. Dès lors, les soins étant disponibles et accessibles au pays d'origine, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence de l'argument de la partie requérante selon lequel « un retour au Rwanda impliquerait d'office une interruption du suivi médical des différentes pathologies, ce qui aboutirait à une aggravation de l'état de santé de la requérante et même à son décès ». » (CCE 118 145 du 31 janvier 2014)

Ces enseignements s'appliquent au cas d'espèce.

Votre Conseil a en outre déjà jugé notamment concernant le risque de violation de l'article 3 de la CEDH en cas de retour au pays d'origine que :

« 3.3.2. Sur la violation prétendue de l'article 3 de la CEDH, le Conseil renvoie à ce qui a été dit au point 3.3.1. du présent arrêt. Il rappelle également que l'application au cas d'espèce de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 se confond avec celle de l'article 3 de la CEDH qui vise précisément à éviter tout risque sérieux de tels traitements en cas d'éloignement effectif. Or la Cour EDH a établi, de façon constante, que « [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 militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [I]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** » (CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Unis, §§42-45). En l'occurrence, il résulte des considérations énoncées au point 3.3.1. que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises.

(...)». (CCE arrêt n° 82 022 du 31 mai 2012 ; dans le même sens : CCE, arrêt n° 85.643 du 6 août 2012).

La décision entreprise est donc valablement prise au motif que :

« en application de l'article 9ter 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, je vous informe que la demande qui a été déclarée recevable le 17.10.2012, est fondée.

Motif :

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

[La première partie requérante] 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'intéressée 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 le Rwanda (Rép.), pays d'origine des requérants.

Dans son rapport du 15 septembre 2015 (oint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivis nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Rwanda (Rép.).

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée 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 elle 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.

Signalons que la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures: l'article 9ter procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduit par le requérant.»

C'est à juste titre que la partie adverse considère que les éléments autres que médicaux ne doivent pas être examinés dans le cadre de la demande 9ter.

Jugé par Votre Conseil que :

« **3.4.** S'agissant de l'absence de définition de la notion de circonstances exceptionnelles, le Conseil précise qu'en vertu de l'article 9ter, § 1er, de la loi précitée du 15 décembre 1980, la requérante ne doit nullement prouver l'existence de circonstances exceptionnelles mais bien qu'elle souffre d'une pathologie « *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 effet, une argumentation ayant trait à des motifs étrangers au domaine médical ne peut être considérée comme pertinente dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, dans la mesure où il existe désormais deux procédures distinctes : l'une basée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 pour des étrangers se trouvant en Belgique et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motif médical, et l'autre fondée sur l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980 réservée aux étrangers séjournant en Belgique désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires.

S'agissant de la nécessité d'être régulièrement suivie par ses médecins et des griefs formulés à l'encontre du système des soins de santé au pays d'origine, le Conseil ne peut que constater que l'acte attaqué ayant considéré que la maladie alléguée ne relevait pas du champ d'application de l'article 9ter précité, la partie défenderesse n'était pas tenue d'examiner la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi médical au pays d'origine. En effet, ce n'est que si la partie défenderesse, sur la base du rapport de son médecin conseil, considère que la pathologie invoquée comporte un risque pour la vie ou l'intégrité de la requérante, qu'elle est tenue de procéder à la vérification de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et du suivi requis au pays d'origine. Dès lors, les griefs relatifs à l'insalubrité des hôpitaux, au manque d'investissement et de ressources humaines du système des soins de santé au pays d'origine ne sont nullement pertinents en l'espèce.

S'agissant de la critique portant sur le rapport du médecin conseil, le Conseil constate à la lecture de celui-ci, qu'il est basé sur le certificat médical type datant du 26 novembre 2012 et sur les « *pièces jointes auxquelles il est fait référence dans le CMT* » et ne contient aucune référence à un quelconque site internet, contrairement à ce que soutient la requérante. Partant, ledit rapport n'est nullement en décalage avec la réalité du terrain dans la mesure où il se base sur la situation personnelle de la requérante, ainsi qu'elle ressort du certificat médical déposé à l'appui de sa demande. En outre, le Conseil constate que l'avis médical du médecin conseil contient les indications nécessaires et suffisantes permettant à la requérante de prendre connaissance du raisonnement ayant

mené à la prise de l'acte attaqué. La requérante est donc informée des raisons pour lesquelles la pathologie dont elle se prévaut ne peut donner lieu à l'obtention de l'autorisation de séjour sollicitée. » (C.C.E., arrêt n° 113.449 du 7 novembre 2013)

En conséquence, le moyen n'est pas fondé ».

5. Décision du Conseil.

5.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire que l'article 9^{ter}, §1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 stipule notamment ce qui suit :

« §1^{er}. 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.

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.

L'appréciation du risque visé à l'alinéa 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 [...] ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9^{ter} 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 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.

5.2.1. En l'espèce, il convient de rappeler qu'outre une hépatite B chronique et une infection HIV, pathologies qui requièrent, pour la partie requérante, un traitement combiné d'antirétroviraux, celle-ci souffre d'une « dépression sévère », selon le certificat médical établi le 9 février 2015, repris par le fonctionnaire médecin dans l'historique clinique de la partie requérante.

La seule mention selon laquelle « il est à noter qu'aucun document spécialisé n'a été fourni pour étayer un quelconque suivi psychiatrique », ou encore le fait que la partie requérante ne bénéficierait pas, actuellement, d'un suivi psychologique, ne permet pas de considérer que le fonctionnaire ait remis en cause l'actualité du « syndrome dépressif » constaté, celui-ci étant clairement repris par le fonctionnaire médecin dans la rubrique de son avis consacrée aux « pathologies actives actuelles ». Le fonctionnaire médecin a, en outre, indiqué qu' « un suivi psychologique peut [...] être assuré [au Rwanda] par des praticiens spécialisés ».

Enfin, bien qu'ayant indiqué que « les examens des CD₄ et le traitement antirétroviral [sont] gratuits », le fonctionnaire médecin a manifestement considéré que l'état de santé de la première partie requérante requérait d'autres traitements, dès lors qu'il a consacré une partie de son avis à l'examen de la capacité financière de la partie requérante.

5.2.2. S'agissant du suivi psychologique requis, l'effort de la partie requérante devrait seulement concerner le ticket modérateur, selon les indications données par le fonctionnaire médecin et non contredites par la partie requérante.

Il convient à cet égard de préciser que, selon le fonctionnaire médecin, le ticket modérateur est d'un montant qui s'élève à « 10 à 15 % du coût total ». Le Conseil ne peut dès lors suivre la partie défenderesse lorsqu'elle indique dans sa note d'observations que le coût des autres traitements et suivis que ceux pour lesquels la partie requérante bénéficie de la gratuité, s'élève à « 10 à 15 % du coût du ticket modérateur » (page 21 de la note d'observations).

5.2.3. Ceci étant précisé, même si l'effort financier de la partie requérante concerne, s'agissant du suivi psychologique requis, uniquement le ticket modérateur, celui-ci doit néanmoins être accessible à la partie requérante, compte tenu de sa situation individuelle.

A ce sujet, le fonctionnaire médecin s'est exprimé comme suit : « *Notons que l'intéressée est en âge de travailler et, d'après sa demande d'asile, a déjà travaillé dans son pays d'origine. En l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre, dès lors, qu'elle ne pourrait avoir à nouveau accès au marché du travail au pays d'origine afin de financer ses besoins médicaux.*

Etant arrivée en Belgique en 2007, on peut conclure que l'intéressée a vécu la majorité de sa vie au Rwanda et qu'elle a dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que son entourage social ne pourrait l'accueillir au Rwanda et/ou l'aider financièrement. »

Le Conseil observe dès lors que, s'agissant de la capacité de la partie requérante à financer ses besoins médicaux, le fonctionnaire médecin s'est fondé en premier lieu sur une « absence de contre-indication médicale » à travailler.

Or, à la suite de la partie requérante, le Conseil constate que celle-ci avait produit à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour des certificats médicaux dont certains se prononcent en sens contraire. Ainsi, le certificat médical du Dr D. PIERRE du 21 août 2012, pourtant visé dans l'historique clinique, consiste en un certificat d'incapacité de travail, indiquant que « la durée de cette incapacité de travail ne peut pas être précisée actuellement ». Ledit certificat indiquait également que cette incapacité de travail résultait d'une incapacité à se concentrer sur « quoi que ce soit » et que « bien qu'il existe des possibilités de traitement au pays d'origine, le retour dans ce pays, qui réactiverait les souvenirs envahissants des traumatismes, est formellement contre-indiqué ».

L'attestation médicale du 9 février 2015, également visée par le fonctionnaire médecin dans l'historique clinique de la partie requérante, indiquait également une impossibilité de travailler dans le chef de la partie requérante. Le Dr. PAYEN s'est exprimé à cet égard de la manière suivante : « Sans logement ni possibilité de travailler, son suivi médical et thérapeutique est difficile ». Bien que d'une part, ce faisant, le médecin de la partie requérante ne précise pas que cette impossibilité de travailler serait induite par une incapacité médicale, et que d'autre part, le Conseil ne saurait avoir égard au certificat médical du 23 septembre 2015 ni, au demeurant, à un quelconque autre élément postérieur à l'acte attaqué, il ne peut toutefois que constater qu'aux jours de l'avis médical et de la décision attaquée, le dossier administratif ne contenait aucun document médical permettant de penser que la partie requérante n'était plus concernée par l'incapacité de travail attestée en 2012.

Le Conseil observe dès lors qu'en se fondant sur « l'absence de contre-indication médicale à travailler », sans étayer davantage son propos, le fonctionnaire médecin ne permet pas de comprendre cette position, au vu des éléments qui étaient en sa possession lorsqu'il a rendu son avis.

Le Conseil ne peut suivre la partie défenderesse à ce sujet lorsqu'elle indique que la partie requérante ne pourrait se prévaloir d'une incapacité de travail en se fondant sur un certificat médical datant de 2012. Il convient en effet de prendre en considération l'absence au dossier administratif d'éléments postérieurs en sens contraire, étant précisé que ledit certificat médical ne limite pas la durée de l'incapacité. En outre, ses termes tendent à lier l'incapacité de travail constatée à la dépression, toujours présente selon le dernier certificat médical produit avant la prise de l'acte attaqué.

La circonstance selon laquelle la partie requérante a déjà travaillé dans son pays d'origine n'est en tout état de cause pas de nature à modifier le raisonnement qui précède dès lors qu'il s'agit de circonstances antérieures au certificat médical de 2012.

S'agissant enfin des arguments tirés d'un extrait jurisprudentiel, il n'est pas établi que la présente cause serait comparable à celle qui a donné lieu auxdits arrêts, étant relevé que contrairement au présent cas d'espèce, il n'était pas fait mention d'une incapacité de travail dans le chef de la partie requérante. De surcroît, la prise en charge d'un suivi psychologique n'y était pas abordée.

S'agissant du second motif par lequel le fonctionnaire conclut à la capacité de la partie requérante de financer ses soins médicaux, à savoir le fait qu' » *[é]tant arrivée en Belgique en 2007, on peut conclure que l'intéressée a vécu la majorité de sa vie au Rwanda et qu'elle a dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que son entourage social ne pourrait l'accueillir au Rwanda et/ou l'aider financièrement* », force est de constater qu'il n'est nullement étayé et s'apparente dès lors à une pétition de

principe. Ce motif ne peut dès lors suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine.

5.3. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

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

Article 1^{er}

Le recours est irrecevable en ce qu'il est introduit par la première partie requérante pour les deuxième et troisième parties requérantes.

Article 2

La décision, prise le 18 septembre 2015, déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour, est annulée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt décembre deux mille dix-huit par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY