



Arrêt

n° 118 145 du 31 janvier 2014
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : X

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté.

LE PRÉSIDENT F. F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 14 août 2013, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à l'annulation de la « *décision de refus de séjour de plus de trois mois déclarant non fondée sa demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9 TER de la loi du 15/12/1980* », prise le 22 juillet 2013.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 20 août 2013 avec la référence X

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 octobre 2013 convoquant les parties à l'audience du 12 novembre 2013.

Entendu, en son rapport, Mme M.-L. YA MUTWALE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P. NGENZEBUHHORO *loco* Me P. HIMPLER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me D. STEINIER *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. La requérante est arrivée en Belgique le 21 décembre 2010.

1.2. Par courrier recommandé du 3 juin 2011, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9*ter* de la Loi, qu'elle a complétée par télécopie du 16 janvier 2012. Cette demande a été déclarée recevable par la partie défenderesse en date du 20 juillet 2011.

1.3. Par courrier daté du 17 juillet 2012, la requérante a également introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9*bis* de la Loi, laquelle semble toujours être pendante à l'heure actuelle.

1.4. Le 17 août 2012, la partie défenderesse a pris à son égard une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la Loi, assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces deux décisions ont été annulées par l'arrêt n° 92 531 du 30 novembre 2012 du Conseil de céans.

1.5. Le 7 février 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision rejetant la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la Loi. Cette décision a été retirée par la partie défenderesse le 22 mars 2013.

1.6. Le 10 avril 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la Loi. Elle a décidé de retirer cette décision le 7 juin 2013.

1.7. Le 21 mai 2013, la requérante a introduit une demande d'asile, laquelle semble toujours être à l'examen.

1.8. En date du 22 juillet 2013, la partie défenderesse a pris à son égard une nouvelle décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la Loi, lui notifiée le 6 août 2013.

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

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

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers (OE) a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 02.07.2013 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que les traitements médicaux et suivis nécessaires sont disponibles au pays d'origine, le Rwanda.

Dès lors, sur base de l'ensemble de ces informations et étant donné quel (sic.) l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager, le médecin de l'OE conclut dans son avis qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour dans le pays d'origine, le Rwanda.

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.

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 ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de « *la violation de l'article 9 TER de la loi du 15/12/1980 (sic.), des articles 1 à 3 de la loi du 29/7/1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et du défaut de motivation, du devoir de prudence et du principe de bonne administration et pris (sic.) de la motivation inexacte, insuffisante et dès lors de l'absence de motif légalement admissible et de l'erreur manifeste d'appréciation, ainsi que du manquement au devoir de soin, de l'article 62 de la loi du 15/12/1980, de la directive Européenne 2004/83/CE et de l'article 3 de la CEDH* ».

A cet égard, elle fait, notamment, valoir qu'« *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. Que la partie adverse s'est simplement bornée à constater sur base d'un simple renvoi de la base de données « MedCOI : International SOS » et de liens Internet que des médecins et des médicaments étaient disponibles au Rwanda sans vérifier outre mesure si ceux-ci sont compétents pour prendre en charge la requérante ni vérifier la disponibilité de ces médecins ou l'approvisionnement des médicaments. Que par ailleurs, le médecin-conseil de l'O.E. confirme la*

disponibilité des médicaments suivants : Efavirenz, Emtricitabine, Oméparazole, Amoxicilline/acide clavulanique et Tenofovir en se contentant de préciser qu'ils font partie de la liste des médicaments essentiels sans citer la moindre référence de cette information et sans produire la moindre preuve probante de cette allégation ».

Elle critique ensuite l'appréciation de la partie défenderesse relative au Daflon et au Trianal. Elle argue à cet égard que « le médecin-conseil de l'O.E. estime à tort que « ces médicaments constituent des traitements de la crise hémorroïdaire, laquelle ne présente aucune menace pour la vie » » et qu'il « suffit de vérifier sur internet les bénéfices de ces médicaments pour se rendre compte qu'ils sont utilisés pour de nombreux autres traitements qui pourraient présenter des risques pour la vie ou l'intégrité physique et notamment pour éviter des hémorragies internes. Qu'il est dès lors vital pour la requérante d'utiliser ces médicaments et ce, particulièrement en raison de son état général particulièrement fragile ».

Elle reproche par ailleurs à la partie défenderesse de ne pas avoir démontré la disponibilité de l'Augmentin, médicament qui est pourtant nécessaire à la requérante et précise qu'elle doit en prendre deux fois par jour.

Elle soutient par ailleurs que rien ne permet d'établir que le Truvada puisse être remplacé par l'Atripla et que le médecin conseil de la partie défenderesse aurait pu le constater en convoquant la requérante pour l'interroger, ce qu'il n'a pas fait en l'espèce. Elle fait dès lors grief à la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la disponibilité de ce médicament.

Elle relève également que « la partie adverse se contente de préciser que des services de médecine interne et en infectiologie, des hôpitaux et des psychiatres sont disponibles au Rwanda sans citer la moindre référence de ses sources et sans produire la moindre preuve probante de cette allégation ».

Elle critique l'appréciation de la partie défenderesse quant au risque suicidaire et fait valoir que le certificat médical type déposé par la requérante à l'appui de sa demande mentionne un risque élevé de suicide du fait de l'évolution psychotique, de sorte que ce risque ne serait pas théorique. Elle rappelle, à cet égard l'obligation de motivation formelle incombant à la partie défenderesse, en vertu de l'article 62 de la Loi et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée.

Elle fait également grief à la partie défenderesse de ne pas avoir agi « en tant que bonne administration prudente et diligente puisqu'elle ne s'est absolument pas assurée s'il était réellement possible et envisageable que la requérante puisse être personnellement, correctement et sérieusement prise en charge par des professionnels en cas de retour au Rwanda et ce, d'autant plus que la « couverture universelle du Rwanda n'est que de 80% » (de l'aveu même de la partie adverse-voir (sic.) décision attaquée). Que la partie adverse ne tient pas compte non plus de l'état d'indigence de la requérante qui ne lui permet pas de financer ses traitements au Rwanda ». Elle argue par ailleurs que « la partie adverse n'a pas pris en considération la réalité des choses et la réalité du terrain en ce qu'il n'est absolument pas possible pour la requérante de travailler compte tenu des critères économiques et sociaux du pays mais surtout de sa santé », qu'une des attestations médicales déposées à l'appui de sa demande mentionnant que les symptômes de sa maladie se concrétisent par des insomnies, des pertes d'énergie et un manque de concentration, prouvant ainsi à suffisance son incapacité de travail, contrairement à ce qui est affirmé par la partie défenderesse en termes de décision querellée.

Elle conclut de ce qui précède qu'il « apparaissait du dossier produit par la requérante qu'elle souffre bien d'une maladie dans un état tel qu'il (sic.) entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou de traitement inhumain ou dégradant puisqu'il n'existe pas de traitement adéquat de disponible pour elle au Rwanda. Qu'il existe suffisamment de preuves qu'un retour au Rwanda soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE et à l'article 3 de la CEDH ».

Elle reproche également à la partie défenderesse de s'être fondée sur le rapport de son médecin conseil, qui n'est nullement un médecin spécialiste, de sorte qu'il « n'a pas les compétences requises pour rendre un rapport ou un avis dans un dossier médical aussi complexe que celui de la requérante et ce, d'autant plus que ce médecin n'a même pas pris la peine de rencontrer la requérante et de l'examiner ».

La partie requérante rappelle l'article 124 du Code de déontologie médicale et reproche au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir bafoué ledit Code, en prenant la décision entreprise. Elle

prétend que « le fait que ce médecin doive rectifier à trois reprises son rapport médical prouve en soi son incompetence à rendre un avis objectif, exact et judicieux ».

Elle conclut de ce qui précède que la motivation de la décision attaquée est insuffisante, incomplète et erronée et que la partie défenderesse a violé les articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée, les articles 9^{ter} et 62 de la Loi, la directive européenne 2004/83/CE, la jurisprudence du Conseil de céans, et l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après la CEDH).

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle, à titre liminaire, que l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué (cf. notamment, C.E., arrêt n° 164.482 du 8 novembre 2006).

Le Conseil constate, en l'occurrence, que la partie requérante s'abstient, dans son moyen, d'expliquer de quelle manière l'acte attaqué violerait l'article 3 de la CEDH et la directive 2004/83/CE.

Il résulte de ce qui précède que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition et de cette directive.

3.2.1. Sur le reste du moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la Loi, « *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* ».

(...)

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, 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.

3.2.2. Le Conseil rappelle qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande.

Dans la mesure où la requérante doit être tenue pour complètement informée de la portée de la disposition dont elle revendique l'application, il lui incombe de transmettre avec la demande tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ou les compléments éventuels de celle-ci.

3.2.3. Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs.

Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Le Conseil souligne que la partie défenderesse dispose d'un large pouvoir d'appréciation à l'égard des demandes qui lui sont soumises et que, dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.3. En l'espèce, le Conseil constate, qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, objet de la décision attaquée, la requérante a produit plusieurs certificats et attestations médicaux, décrivant ses pathologies ainsi que le traitement et les suivis qui lui sont nécessaires, sans s'expliquer plus avant sur la disponibilité et l'accessibilité des soins requis, eu égard à sa situation individuelle, qu'en faisant état de ce que « *la requérante est dans un état d'indigence la rendant incapable de payer dans son pays d'origine les frais liés à son traitement* », sans étayer cette affirmation de quelque façon que ce soit.

Le Conseil observe ensuite que la décision querellée se fonde principalement sur le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 2 juillet 2013 et joint à cette décision, lequel relève que la requérante souffre de « *Séropositivité HIV ; lipodystrophie* », « *Carence martiale* », « *Dépression et PTSD* », « *Zona intercostal (antécédents – 2004)* », « *Paralysie faciale gauche (antécédents -1989)* », « *Thyroïdectomie (antécédents – 2003) → normothyroïdie (voir bilan du 31.08.2011)* » nécessitant un traitement médicamenteux et des suivis, lesquels sont disponibles et accessibles au Rwanda.

Dès lors, le Conseil estime que, compte tenu de l'absence d'informations pertinentes fournies par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour, en vue d'établir l'indisponibilité et l'inaccessibilité des traitements et suivis médicaux requis au pays d'origine au regard de sa situation individuelle, la partie requérante ne peut raisonnablement reprocher à la partie défenderesse d'avoir motivé comme en l'espèce la décision attaquée, à défaut d'établir que celle-ci a commis une erreur manifeste d'appréciation des éléments dont elle disposait. Partant, les griefs pris du caractère insuffisant de la motivation dès lors que la partie défenderesse se réfère uniquement à la base de données MedCOI et à des sites Internet « *sans vérifier outre mesure si ceux-ci sont compétents pour prendre en charge la requérante ni vérifier la disponibilité de ces médecins ou l'approvisionnement des médicaments* » et du fait qu'elle ne s'est « *pas assurée s'il était réellement possible et envisageable que la requérante puisse être personnellement, correctement et sérieusement prise en charge par des professionnels en cas de retour au Rwanda et ce, d'autant plus que la « couverture universelle du Rwanda n'est que de 80% »* », sont inopérants en l'espèce. Il en va d'autant plus ainsi que la partie requérante reste en défaut, même au stade actuel de la procédure, de fournir un quelconque élément de preuve permettant d'établir que les soins seraient indisponibles ou inaccessibles dans son pays d'origine.

Partant, dans la mesure où l'article 9ter précité n'implique pas que la nécessité de poursuivre un traitement requiert obligatoirement l'octroi d'un titre de séjour, la partie défenderesse en conclut valablement et suffisamment que les soins requis par l'état de santé du requérant sont disponibles et accessibles au Rwanda.

3.4.1. S'agissant plus particulièrement de la disponibilité des soins, le Conseil relève que la partie défenderesse fonde son appréciation sur le rapport de son médecin conseil du 2 juillet 2013, lequel précise à cet égard, sur base de documents figurant au dossier administratif :

« **Traitement actif actuel** »

- Atripla (efavirenz, **emtricitabine, tenofovir**, antiviraux)/Truvada (**emtricitabine, tenofovir**, antiviraux).
- Augmentin (l'amoxicilline/acide clavulanique, antibactérien) ;
- Oméprazole (médicament de la pathologie gastroduodénale) ;
- Dation (diosmine, flavonoïdes, veinotrope) ;
- Trianal (pommade anorectale(sic.)) ;
- Psychothérapie.
- Suivis en médecine interne et en infectiologie ; Psychiatrie.

(...)

L'Efavirenz, l'Emtricitabine et le Tenofovir sont disponibles au Rwanda. De nombreux autres schémas thérapeutiques sont également disponibles. L'Amoxicilline/acide clavulanique et l'Oméprazole sont disponibles au Rwanda et font partie de la liste des médicaments essentiels.

Le Daflon et le Trianal ne sont pas disponibles dans la liste des médicaments essentiels du Rwanda ; toutefois selon le répertoire commenté des médicaments - 2013 », belge, (sic.) « les médicaments n'occupent qu'une place limitée dans le traitement des hémorroïdes ; des mesures comme la prévention de la constipation et de la diarrhée sont très importantes ... un certain nombre de médicaments à usage systémique sont aussi utilisés dans le traitement des hémorroïdes, veinotrope et capillarotrope... il existe peu de preuve de leur efficacité dans cette indication ».

Des services de médecine interne et des hôpitaux sont disponibles.

Notons qu'au Rwanda, existent des programmes de prise en charge des patients VIH positifs

Une prise en charge médicale et en particulier en médecine interne et en infectiologie est donc disponible au Rwanda.

Quant à la prise en charge en psychothérapie, des psychiatres sont disponibles au Rwanda.

Informations :

°) De la base de données MedCOI : International SOS en date des 06.06.2011 et 06.01.2012 avec respectivement les numéros de référence uniques BMA 3459, et BMA-3784 ;

*°) Et des sites: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16556f/s16556f.pdf>;
http://www.who.int/hiv/amds/Rwanda_2007.pdf ;
<http://www.chk.org.rw/fr/vclinical-services>;
<http://kfh.rw/clinical-service6> ».*

Dès lors, force est de constater, à la lecture dudit rapport et du dossier administratif, lequel contient une copie des documents sur lesquels la partie défenderesse a fondé son appréciation de la disponibilité des soins au pays d'origine, que l'argumentation de la partie requérante, selon laquelle le médecin conseil de la partie défenderesse s'est contentée d'examiner la « *disponibilité des médicaments suivants : Efavirenz, Emtricitabine, Oméparazole, Amoxicilline/acide clavulanique et Tenofovir en se contentant de préciser qu'ils font partie de la liste des médicaments essentiels sans citer la moindre référence de cette information et sans produire la moindre preuve probante de cette allégation* », et « *de préciser que des services de médecine interne et en infectiologie, des hôpitaux et des psychiatres sont disponibles au Rwanda sans citer la moindre référence de ses sources et sans produire la moindre preuve probante de cette allégation* », manque en fait.

Il en va de même de l'argument, selon lequel « *aucune disponibilité [de l'Augmentin] n'est prouvée par la partie adverse qui n'en fait plus aucune allusion d'ailleurs, de manière très étonnante, dans sa motivation* », le médecin conseil de la partie défenderesse ayant vérifié la disponibilité des principes actifs de ce médicament, indiqués dans la rubrique « *Traitement actif actuel* » de son rapport, ne se vérifie pas à la lecture des pièces du dossier.

3.4.2. Quant aux arguments concernant le risque suicidaire, ainsi que la disponibilité du Daflon et du Triaval, force est de constater que la partie requérante se limite pour l'essentiel à prendre le contre-pied de la décision entreprise, sans toutefois établir que la partie défenderesse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation des éléments de la cause, celle-ci se contentant d'affirmer que le risque suicidaire n'est pas théorique et de soutenir que les deux médicaments précités peuvent entrer dans le traitement d'autres pathologies que celle citée dans le rapport du 2 juillet 2013, sans toutefois prétendre que ce serait le cas en l'espèce.

Dès lors, ces arguments de la partie requérante, outre le fait qu'ils ne sont nullement étayés, visent, en réalité, à tenter d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments du dossier à celle de la partie défenderesse, ce qui excède manifestement ses compétences dans le cadre du contrôle de légalité qu'il exerce au contentieux de l'annulation, tel que rappelé ci-dessus.

Il en va d'autant plus ainsi qu'il ressort du dossier administratif que les deux médicaments susmentionnés ont été mentionnés dans une des attestations médicales déposées par la requérante, sans qu'il ne soit établi de lien entre ces médicaments et une de ses pathologies.

3.4.3. En ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse d'avoir remplacé le Truvada mentionné dans le certificat médical type déposé par la requérante par l'Atripla, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence de ce grief, dans la mesure où l'attestation médicale du 19 décembre 2011 précise que la requérante souffre de « *séropositivité VIH connue depuis 2005, sous traitement antirétroviral depuis mai 2005 (actuellement sous trithérapie = ATRIPLA 1 co/j depuis mai 2009)* ».

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* ».

3.7. S'agissant du grief fait au médecin conseil de la partie défenderesse de n'être qu'un médecin généraliste et de ne pas avoir ni rencontré, ni examiné la requérante, le Conseil souligne enfin que le médecin conseil donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de sa demande, dans le respect de la procédure fixée par la Loi, et rappelle que ni l'article 9ter de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin conseil de rencontrer ou d'examiner l'étranger et de demander l'avis complémentaire d'experts.

Au surplus, force est de constater que la partie requérante n'a pas intérêt à cette articulation du moyen, dans la mesure où il appert du rapport du médecin conseil de la partie défenderesse que celui-ci confirme les problèmes médicaux rapportés par les médecins spécialistes dont la requérante se prévaut.

Le Conseil souligne de surcroît que le code de déontologie ne constitue pas un moyen de droit pertinent, applicable en l'espèce. En effet, force est de constater que le médecin conseil de la partie

défenderesse n'intervient pas comme prestataire de soins à l'égard de la partie requérante dont le rôle est d'établir un diagnostic, 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* ».

Dès lors, la norme de droit susmentionnée, en ce qu'elle ne s'applique qu'aux médecins dispensant des soins de santé à un patient, apparaît infondée eu égard aux circonstances de fait de l'espèce.

3.8. Il résulte de ce qui précède que le moyen n'est fondé en aucune de ses articulations.

4. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

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

Article 1^{er}

La requête en annulation est rejetée.

Article 2

Les dépens, liquidés à la somme de 175 euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente et un janvier deux mille quatorze par :

Mme M.-L. YA MUTWALE,	président f. f., juge au contentieux des étrangers,
M. A. IGREK,	greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M.-L. YA MUTWALE