



## Arrêt

**n°207 510 du 3 août 2018  
dans l'affaire X/ VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres D. ANDRIEN et T. LIPPENS  
Mont Saint Martin, 22  
4000 LIEGE**

**contre :**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la  
Simplification administrative.**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIE CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 16 février 2018, par X, qui déclare être de nationalité russe, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 29 novembre 2017 et notifiée le 17 janvier 2018, ainsi que de l'avis médical y annexé.

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 la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 9 avril 2018 convoquant les parties à l'audience du 8 mai 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me T. LIPPENS loco Me D. ANDRIEN, 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. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 7 novembre 2014.

1.2. Le même jour, elle a introduit une demande d'asile laquelle s'est clôturée par l'arrêt du Conseil de céans n° 173 901 prononcé le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et refusant d'accorder la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire. Le 10 mars 2016, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile a été pris à son encontre. Dans son arrêt n° 189 810 prononcé le 18 juillet 2017, le Conseil de céans a rejeté la requête en suspension et en annulation introduite à l'encontre de cet acte.

1.3. Le 11 janvier 2017, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 23 février 2017, assortie d'un ordre de quitter le territoire.

1.4. Le 11 août 2017, la requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 24 octobre 2017.

1.5. Le 16 novembre 2017, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.6. Le 27 novembre 2017, la requérante a introduit une seconde demande d'asile, laquelle a été prise en considération et est toujours pendante.

1.7. Le 29 novembre 2017, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision de rejet de la demande visée au point 1.4. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

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

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

*Dans son avis médical remis le 24.11.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de la demanderesse, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.*

*Dès lors, le certificat 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.*

*Etant donné que la procédure d'asile de l'intéressée est encore en cours ou qu'aucune annexe 13qq n'a encore été délivrée à la fin de la procédure d'asile, je vous demanderai de bien vouloir proroger l'attestation d'immatriculation qui lui a été délivrée jusqu'à la prise d'une décision concernant la procédure d'asile.*

*Veuillez également donner instruction au Registre national de réinscrire l'intéressée dans le registre d'attente ».*

## **2. Question préalable**

2.1. Non recevabilité partielle du recours.

2.1.1. En termes de recours, la partie requérante attaque tant la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi du 29 novembre 2017 que l'avis médical du 16 novembre 2017 émanant du médecin-conseil de la partie défenderesse. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève en substance une irrecevabilité du recours en ce qu'il vise l'avis du médecin attaché à la partie défenderesse.

2.1.2. Le Conseil rappelle que le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse ne constitue qu'un avis, tel que requis par l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, de la Loi, et n'est donc pas une décision attaquant au sens de l'article 39/1, § 1<sup>er</sup>, de la Loi, à savoir une décision individuelle prise en

application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Partant, ce rapport ne constitue nullement un acte susceptible de recours devant le Conseil.

A titre de précision, le Conseil souligne que la motivation de la décision entreprise se réfère explicitement à l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse et qu'il peut dès lors être considéré que, ce faisant, la partie défenderesse a fait siennes les considérations exprimées par ce médecin.

### 3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de *« l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3, 8 et 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, des articles 9ter 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 ainsi que du devoir de minutie et du droit à être entendu »*.

3.2. Dans une première branche ayant trait au défaut de motivation, elle rappelle la portée de l'obligation de motivation qui incombe à la partie défenderesse. Elle expose qu' *« En l'espèce, la décision consiste en une motivation par double référence : la décision renvoie au rapport du médecin fonctionnaire de l'Office des étrangers qui lui-même renvoie à la banque de données non publique MedCOI ainsi qu'à un site internet. Or, conformément à une jurisprudence constante en la matière, si la loi du 29 juillet 1991 n'empêche pas la motivation par référence, la motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. « Considérant que, pour satisfaire aux exigences des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, tout acte administratif, au sens de l'article 1er, doit faire l'objet d'une motivation formelle, laquelle consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision; que la motivation d'une décision doit être claire, complète, précise et adéquate afin de permettre aux intéressés de vérifier qu'elle a été précédée d'un examen des circonstances de l'espèce; que l'étendue de la motivation doit être proportionnelle à l'importance de la décision prise; que la loi du 29 juillet 1991 n'interdit pas la motivation par référence; qu'il est satisfait à son prescrit lorsque l'avis auquel il est fait référence est joint, ou intégré dans l'acte administratif et que les avis auxquels il est référé soient eux-mêmes motivés »* (CCE, arrêt n°223.440 du 7 mai 2013; voy. aussi dans le même sens: CCE, arrêt n°186.462 du 24 septembre 2008 ; CCE, arrêt n°223.713 du 4 juin 2013,...). Ces documents doivent pour le surplus eux-mêmes être motivés (Cons. État (13e ch.), 17 juin 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130). Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Le rapport du médecin fonctionnaire renvoie vers la banque de données non-publique MedCOI et quelques sites internet, sans que n'en soient reproduits les passages pertinents qui confirmeraient les motifs de la décision. Le dossier administratif est en principe consultable sur demande, mais la prise de connaissance du contenu des informations MedCOI et des divers sites internet ne se fait en tout état de cause pas antérieurement, ni concomitamment à la décision entreprise et va à l'encontre de la jurisprudence précitée ». Elle conclut que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation et a violé les principes de minutie et de bonne administration.

3.3. Dans une deuxième branche relative à la violation du droit à être entendu et du devoir de minutie, elle reproche au médecin-conseil de la partie défenderesse d'avoir conclu que la pathologie dont souffre la requérante n'entraîne pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque de traitement inhumain ou dégradant, sans même l'avoir entendue ni examinée. Elle s'attarde sur la portée du droit à être entendu en se référant à l'arrêt C-249/13 prononcé le 11 décembre 2014 par la CourJUE et à l'arrêt n° 230 257 rendu le 19 février 2015 par le Conseil d'Etat. Elle argumente qu' *« En n'examinant pas Madame [A.], le médecin conseil a tout simplement fait l'économie d'un examen attentif et rigoureux de sa situation. La requérante bénéficie pourtant de la protection de l'article 5 de la loi du 22 août 2002 qui stipule que : « Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite »*. La Cour Constitutionnelle a en effet dit pour droit que : *« B.15. Rien n'indique que le législateur ait, dans ce cadre, entendu déroger aux droits du patient qui sont consacrés par la loi du 22 août 2002. En outre, tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir, sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins, y compris les règles d'indépendance et d'éthique qui y sont prescrites (...)»* (C.Const., 28 juin 2012, arrêt n°82/2012).

« Le droit d'être entendu fait partie des normes de bonne conduite administrative que le Médiateur fédéral applique. Ainsi, déjà en 2013, il avait indiqué que l'Office des étrangers violait ce droit lorsqu'il refusait de prolonger l'autorisation de séjour car le médecin-conseiller, tout en ne contestant pas l'existence de la pathologie, considérait que les soins et le suivi étaient dorénavant disponibles et accessibles dans le pays d'origine, sans soumettre cet élément au demandeur » (Rapport du médiateur fédéral – La régularisation médicale) ». Elle fait grief à la partie défenderesse d'avoir violé pour la même raison le devoir de minutie, dont elle rappelle la portée. Elle soulève enfin que « le médiateur fédéral est d'avis que « au-delà des conditions de recevabilité qui se sont renforcées au fil des années, le législateur prévoit actuellement un contrôle des décisions qui est essentiellement juridictionnel et de légalité. Or, en application du droit au recours effectif, un recours suspensif et de plein contentieux doit être prévu. D'autant plus qu'actuellement, l'Office des étrangers ne laisse pas aux demandeurs le droit d'être entendu ce qui, s'il pouvait être exercé, permettrait pourtant à l'administration de prendre des décisions en meilleure connaissance de cause et qui partant, par définition, échapperaient davantage à la censure du juge de la légalité » (Rapport du médiateur fédéral – La régularisation médicale) ».

3.4. Dans une troisième branche ayant trait à l'indisponibilité et l'inaccessibilité du traitement, elle explique en quoi consiste la notion de « traitement adéquat » en se référant aux travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter de la Loi et à la jurisprudence du Conseil de céans. Elle développe qu'« En l'espèce, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et viole les dispositions visées au moyen en retenant la disponibilité d'un suivi adéquat et accessible en Russie. Il convient de rappeler à cet effet que la requérante est originaire de Tchétchénie, ce qui n'a par ailleurs pas été remis en cause lors de sa procédure d'asile, et qu'il n'est nullement établi à l'examen de l'avis du fonctionnaire médecin et des sources qu'il invoque, que les soins requis seraient précisément disponibles et accessibles en Tchétchénie de sorte que la partie adverse n'a pas suffisamment ni adéquatement motivé sa décision au regard des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 (voir infra). - Quant à la disponibilité des soins de santé adaptés à la requérante en Russie. [1] Quant à la base de données MedCOI. La décision attaquée se fonde essentiellement sur des informations tirées de la base de données MedCOI pour affirmer que les suivis médicaux et le traitement adapté à la requérante sont disponibles en Russie. Diverses remarques doivent être faites au sujet de cette base de données : [□] la clause de non-responsabilité relative au projet MedCOI stipule précisément que: « les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis » (voy. avis du médecin fonctionnaire, p. 2). Il ressort de cette clause que le projet MedCOI analyse la disponibilité des soins dans le pays d'origine uniquement sur base d'informations recueillies dans un seul et unique établissement de soins. Une telle information permet légitimement de douter du sérieux de cette étude supposée évaluer la disponibilité des soins à l'échelle nationale : le fait qu'un centre médical dispose des soins requis ne signifie pas que les dits soins soient disponibles à l'échelle de la demande nationale et soient donc effectivement disponibles pour la requérante. [□] les informations tirées de la base de données ne concernent pas personnellement la requérante et visent d'autres patients souffrant d'autres pathologies de sorte qu'il peut être reproché à la partie adverse de ne pas avoir procédé à un examen individualisé du cas de la requérante. [□] les auteurs de ces rapports ne sont pas renseignés, pas plus leurs qualifications et mérites que leurs sources ; il faudrait donc croire sur parole la partie adverse qui se base sur des rapports aux auteurs anonymes et aux sources non identifiées, alors que la requérante, dans sa demande, a cité et reproduit de multiples sources qui ne sont pas rencontrées par la décision. [□] aucune source n'est mentionnée de sorte que Votre Conseil n'est pas en mesure de vérifier la véracité des informations tirées de la base de données. [□] les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies par MedCOI et rien ne permet de confirmer l'accessibilité aux soins annoncée. La décision qui renvoie au rapport du médecin conseil qui conclut à la disponibilité des soins méconnaît donc les articles 9ter et 62 de la [Loi], les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991. Pour la même raison, la partie adverse méconnaît son devoir de minutie [dont elle rappelle la portée]. [2] Quant à la disponibilité du suivi médical en Russie. Il ressort des informations tirées des bases de données MedCOI figurant au dossier administratif et telles que reprises par le médecin conseil que le suivi rhumatologique nécessaire à la requérante sont disponibles dans uniquement deux centres de santé, à savoir la « 1st City Clinal Hospital » de Moscou ou le « rheumatology research center » de Moscou. Le dernier établissement est également le seul centre qui ressort de la base de données MedCOI pour le suivi biologique d'une affection rhumatologique. Quant au suivi dermatologique nécessaire à la requérante, celui-ci serait disponible dans un seul établissement : la « Federal State Budget Institute Russian Children » de Moscou. Ces établissements de santé sont tous situés à Moscou. Or, comme souligné ci-dessus, le fait que un ou deux centres médicaux disposent des soins requis dans une seule ville du pays ne signifie pas que les dits soins soient disponibles à l'échelle de la demande nationale et soient donc effectivement disponibles pour la requérante. [3] Quant à la disponibilité du traitement

médicamenteux adapté à la requérante en Russie. Il ressort des informations tirées des bases de données MedCOI figurant au dossier administratif que les médicaments, estimés appropriés à la requérante par le médecin-conseil, sont disponibles uniquement dans trois pharmacies à Moscou, ce qui ne garantit aucunement une disponibilité effective du traitement. De plus, les médicaments prescrits à la requérante ne figurent pas tous dans les bases de données MedCOI. En effet, le Medrol ne ressort pas des bases de données MedCOI, le médecin conseil affirmant que ce médicament peut être remplacé par de la prednisolone, de la dexaméthasone ou de la prednisone. Le médecin-conseil se permet d'avancer de telles affirmations sans même avoir rencontré ni ausculté la requérante, de telle sorte qu'il n'est pas en mesure de savoir si les médicaments prétendus disponibles à Moscou seront adaptés à la requérante.

- Quant à l'accessibilité des soins de santé adaptés à la requérante en Russie. Selon la jurisprudence récente de la CEDH: « 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée). 191. Dans l'hypothèse où, après l'examen des données de la cause, de sérieux doutes persistent quant à l'impact de l'éloignement sur les intéressés – en raison de la situation générale dans l'État de destination et/ou de leur situation individuelle – il appartient à l'État de renvoi d'obtenir de l'État de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés afin qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation contraire à l'article 3 (sur l'obtention d'assurances individuelles, voir Tarakhel, précité, § 120). » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique). Dans le cadre des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 introduisant l'article 9ter, le directeur de l'Office des étrangers a précisé que : « L'accessibilité effective de cette infrastructure et la possibilité matérielle de recevoir un traitement et des médicaments sont également prises en compte » (Doc. Parl., Chambre, Sess. Ord. 2005-2006, n°2478/008, exposé introductif, p.137). Dans ce sens, la jurisprudence de Votre Conseil rappelle que : [...] (arrêt n°151640 du 3 septembre 2015). Partant, en citant une jurisprudence de la CEDH antérieure à celle précitée qui dispose qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant en raison d'une conjoncture instable dans ce pays, la partie adverse motive erronément sa décision en méconnaissance de l'article 3 CEDH, des articles 9ter et 62 de la [Loi] et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Par ailleurs, la distance géographique à parcourir pour la requérante pour accéder aux soins était un élément à tenir en considération dans l'évaluation de l'accessibilité aux soins de santé. A cet égard, il y a lieu de rappeler que la requérante est originaire de Tchétchénie. Or, le médecin conseil s'est contenté des informations tirées de la base de données MedCOI selon lesquelles les soins médicaux et médicamenteux nécessaires à la requérante seraient disponibles dans quelques établissements de santé, tous situés à Moscou, pour affirmer que les soins étaient disponibles en Russie sans pour autant analyser la distance géographique entre Moscou et la Tchétchénie d'où la requérante est originaire en vue d'apprécier l'accessibilité adéquate des soins et du suivi au pays d'origine de la requérante. De plus, quand bien même le médecin conseil invoque le fait que la requérante serait libre de s'installer dans un endroit au pays d'origine où les soins sont disponibles, il convient de noter que Madame [A.] ne pourrait s'établir à Moscou car c'est précisément l'endroit où vit son ex-mari et qu'elle craint en cas de retour en Russie et plus précisément à Moscou que son ex-mari la retrouve et partant, qu'elle soit à nouveau victime de violences sévères. Les violences conjugales sont pour rappel un des motifs de sa seconde demande d'asile (voir supra et infra). [1] Quant à la qualité des services médicaux. Dans le cadre de sa demande 9ter, la requérante précisait que la qualité des services médicaux était faible en Tchétchénie, république de Russie dont elle est originaire et ce notamment en raison au manque de personnel soignant et de la mauvaise formation de ce personnel. Elle reproduisait à cet égard divers passages de rapports publics concernant la situation en Tchétchénie : [□] « The health system is unable to sufficiently meet the demands of the 1.5 million people affected by the crisis, of whom 50,000 are internally displaced, 27,000 living in temporary accommodation centres in Chechnya and about 47,000 people living in temporary settlements in Ingushetia. »; [□] « Pénurie de professionnels spécialisés et qualifiés. L'International Crisis Group constate dans son rapport actuel de juillet 2015 que le manque de personnel qualifié dans le secteur de la santé est très marqué en Tchétchénie. Il n'y a ainsi que 25.4 médecins disponibles en Tchétchénie pour 10'000 habitant-e-s. (...) Divers professionnels contactés qui travaillent dans des institutions médicales en Tchétchénie ont confirmé en juin 2015 auprès d'une personne de contact qu'il y avait un manque de personnel qualifié dans le système de santé. (...) la mauvaise formation dans la profession engendre souvent l'établissement de faux diagnostics. Une personne de contact relevait en

outre le 13 juin 2015 que de nombreuses personnes sans licence médicale ou pharmaceutique travaillent dans les centres médicaux (...) Divers membres du personnel des institutions médicales en Tchétchénie faisaient remarquer à une personne de contact en juin 2015 que la qualité des services médicaux était faible en Tchétchénie (...) Selon l'évaluation d'une personne de contact en juin 2015, les installations et le matériel médical (parfois de haute qualité) acquis dans le cadre de la reconstruction sont dans une large mesure hors d'usage.» [□] « The health service in Chechnya, is that the infrastructure is good but there are weaknesses in the quality of treatment (...) According to MSF lack of availability of medicines also contributes to the quality of health services being poorer. ». Le médecin conseil estime que ces éléments de caractère général ne peuvent être retenus pour justifier l'inaccessibilité des soins de santé dès lors que la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale. Un tel argument n'est pas suffisant pour ne pas tenir compte des informations objectives et publiques citées par la partie requérante dès lors que la partie adverse se base lui aussi sur des informations générales pour affirmer que les soins médicaux sont disponibles et accessibles en Russie et qu'elle ne montre par ailleurs pas en quoi la situation de la requérante, qui est une citoyenne russe d'origine tchétchène serait différente de celle de ses autres compatriotes atteints de la même maladie qu'elle. [2] Quant au régime de sécurité sociale en Russie. Le médecin conseil se fonde sur le site internet « Social Security Online » pour affirmer que « la Russie dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladie, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles, le chômage et les prestations familiales » (avis du médecin conseil, p. 4). Force est de constater que Votre Conseil a déjà jugé dans un cas analogue que le fait que l'OE mentionne l'existence d'un système de sécurité sociale dans le pays ne suffit pas à démontrer que le demandeur y aura accès : [...] (CCE, 31.03.2014, n°121.938). D'autant plus qu'il était précisé dans la demande 9ter de la requérante que : « Alors que la Tchétchénie prétend disposer d'un accès aux soins gratuitement, des sources nous informent que tel n'est pas le cas dans les faits. Les tchétchènes sont contraints de payer leurs soins de santé et de donner des pots de vin au personnel soignant pour s'assurer une prise en charge. Dans cette société où le taux de chômage est très important, Madame [A.] pourra difficilement avoir accès aux soins nécessaires. « La corruption est très largement répandue dans le secteur de la santé, et particulièrement dans le Caucase du Nord (...) des paiements informels doivent être versés dans toutes les institutions de santé en Tchétchénie, sans exception. Selon la personne de contact, ces circonstances s'expliquent par la corruption systématique qui gangrène le système de santé tchétchène en profondeur ». « Les revenus et fortunes sont répartis de manière très inégale au sein de la société et de nombreuses personnes vivent dans la pauvreté. 48 Selon les chiffres officiels, le taux de chômage en Tchétchénie aurait chuté d'environ 68 pourcent en 2006 à 15.5 pourcent pour l'année 2014 (...) L'International Crisis Group souligne que les statistiques officielles, qui font état de progrès dans tous les domaines, ne correspondent souvent pas à la réalité. Les statistiques seraient manipulées afin d'obtenir plus de fonds alloués par la Fédération de Russie» . « Corruption is extensive in the North Caucasus. The health service is one of the areas where corruption is most prevalent ( ...) An international humanitarian organisation told Landinfo in November 2011 that officially all treatment is free of charge, but in practice people have to pay for treatment ». « Le salaire moyen est très bas, et si une famille veut bénéficier de services publics (école, services communaux), un pot de vin est nécessaire. Selon les statistiques officielles, le taux de chômage est à 40% » » (demande de séjour médical de la requérante, p. 4). Cette information est par ailleurs confirmée par le rapport asylos de décembre 2017 (qui fonde ses recherches sur base de rapports publiques), dans lequel il est souligné que bien que les traitements pour le rhumatisme soient effectivement disponibles et gratuits pour les citoyens russes, la pratique pour ce qui est de l'accessibilité des médicaments en Russie est bien différente : « Treatment of rheumatism is provided free of charge to Russian citizens ; however, due to widespread corruption treatment has usually to be paid for anyway » (pièce 4, p. 5) ; « « (...) having to pay for doctors' services is widespread, in spite of the fact that there signs in the treatment facilities saying that treatment is free of charge. In practice payments must be made for almost all services. » Source: Landinfo, 2012, p. 13 » (pièce 4, p. 8). S'agissant d'informations publiques et objectives, la partie adverse aurait dû en tenir compte (Cour EDH, arrêt MSS c. Belgique, 21 janvier 2011, § 352). [3] Quant à la possibilité pour la requérante de travailler pour supporter le coût de ses soins. La partie adverse déduit du fait que la requérante est en âge de travailler et que rien n'indique qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi, Madame [A.] pourrait obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé. Force est pourtant de constater que n'ayant pas de diplôme, Madame [A.] ne serait en mesure que de trouver de petits boulots de nettoyage, de couture, qui ne sont que peu rémunérés par rapport aux coûts qu'elle devra déboursier pour avoir accès aux traitements nécessaires. Soulignons en outre que ces travaux sont très souvent manuels et que la maladie de la requérante et les douleurs aux mains qui en découlent seraient un handicap à l'exercice de ces travaux. Ce faisant, rien ne pourrait certifier qu'en cas de retour au pays, la requérante trouvera facilement et rapidement du travail. [4] Quant à la présence de la famille de la requérante au pays. La partie adverse

*indique que la requérante aurait déclaré à l'appui de sa première demande d'asile avoir encore de la famille en Tchétchénie, notamment des frères et sœurs et que « ceux-ci pourraient, le cas échéant, lui venir en aide dans la prise en charge de ses soins de santé » (avis du médecin conseil, p. 4). La partie adverse ne procède à aucun examen individuel et concret de la situation familiale de la requérante dans son pays d'origine, ce qui ne permet aucunement de garantir que la requérante bénéficiera effectivement d'une aide suffisante pour prendre en charge les coûts de son traitement et des suivis médicaux. Dans ce sens, Votre Conseil a déjà jugé que le seul fait de mentionner la présence de la famille sans examiner sa situation financière et si elle est disposée à aider le demandeur ne suffit pas (CCE 29/01/2013, n° 96.043). D'autant plus, qu'il ressort du rapport psychologique de Madame [V.K.K.], Madame [A.] a vécu des événements très traumatiques qui sont en lien avec sa famille : la requérant[e] a été victime de violence familiales et conjugales très importantes. En raison de son niveau de stress particulièrement élevé, de sa culture et de son éducation, Madame [A.] n'a pas été en mesure de se livrer tout de suite sur ces différents problèmes. Ce n'est qu'après qu'un suivi psychologique ait été mis en place et qu'un climat de confiance ait pu s'installer que madame [A.] a osé se livrer sur son vécu et sur ces événements de violence intrafamiliale. Ces événements sont d'ailleurs les motifs de sa nouvelle demande d'asile (introduite en date du 27 novembre 2017). Le rapport psychologique précité étant joint à la demande de séjour médical de la requérante, la partie adverse devait en tenir compte et ne pouvait dès lors sans violer le principe de minutie écarter ces événements du revers de la manche et affirmer de mauvaise foi et sans instruction complémentaire que les membres de sa famille pourraient lui venir en aide dans la prise en charge de ses soins de santé. D'autant plus que plus haut dans son avis le médecin conseil précisait en ce qui concerne la capacité de voyager de la requérante que « la fédération de Russie est (...) assez étendue géographiquement pour trouver une zone où [Madame [A.]] ne rencontrera plus sa famille » (avis du médecin conseil, p. 2) et partant, éviter de revivre les événements de violence domestique ».*

3.5. Elle conclut que « Les exigences de l'article 9ter ne sont nullement respectées en l'espèce: la partie adverse, qui a statué sur des informations hypothétiques, n'a pas démontré que la requérante aura effectivement accès aux soins de santé requis dans son pays d'origine et ne motive pas correctement sa décision en méconnaissance des articles 9ter et 62 de la [Loi] ainsi que des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Au vu de ces éléments, la partie adverse, qui a admis que la maladie dont souffre la requérante peut être considérée comme entraînant un risque réel pour sa vie et son intégrité, n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni sans violer les articles 3 CEDH et 9ter de la [Loi], décider que la requérante, compte tenu son état de santé et du suivi particulier dont elle a besoin, ne serait pas soumise à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour en Russie ».

#### **4. Discussion**

4.1. Le Conseil rappelle, à titre liminaire, que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, à laquelle il se rallie, 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 observe que la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son unique moyen, de quelle manière la partie défenderesse aurait violé l'article 8 de la CEDH.

Il en résulte que le moyen unique est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de l'article précité.

4.2. Sur la première branche du moyen unique pris, s'agissant de l'argumentaire ayant trait à la motivation par référence, le Conseil rappelle tout d'abord que la motivation par référence est admise lorsque la motivation d'une décision reproduit en substance le contenu du ou des documents auxquels elle se réfère. En l'occurrence, le Conseil constate que la décision attaquée contient une motivation qui s'appuie sur les conclusions du médecin-conseil de la partie défenderesse émises dans son rapport du 16 novembre 2017 (et non du 24 novembre 2017 comme indiqué erronément), lequel est joint à l'acte attaqué et a été communiqué à la requérante, et que ce rapport se fonde en substance sur des informations tirées de sites Internet ainsi que sur des informations provenant de la Banque de données MedCOI. Le Conseil souligne que la partie défenderesse a indiqué que « Dans son avis médical remis le 24.11.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de la demanderesse, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à

*un retour de la requérante à son pays d'origine », et il considère que cette motivation s'avère suffisamment pertinente pour que la requérante comprenne les raisons pour lesquelles sa demande d'autorisation de séjour n'est pas fondée. Le Conseil estime en effet que, ce faisant, la partie défenderesse a fourni à la requérante une connaissance claire et suffisante des considérations de fait sur lesquelles repose l'acte attaqué, et qu'elle a recouru à une correcte motivation par référence en reproduisant les passages pertinents et utiles de l'avis médical, à savoir que les soins et suivi requis sont disponibles et accessibles dans le pays et qu'il n'existe aucune contre-indication médicale quant au retour de la requérante dans son pays d'origine. De plus, comme dit ci-avant, la requérante a en tout état de cause été mise en possession, concomitamment à la notification de la décision entreprise, du rapport médical auquel s'est référée la partie défenderesse, lequel se fonde en substance sur des informations tirées de sites Internet ainsi que sur des informations provenant de la Banque de données MedCOI.*

4.3.1. Sur la deuxième branche du moyen unique pris, à propos du reproche émis à l'encontre du médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la requérante, le Conseil précise que ce médecin-conseil donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 *ter* de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin-conseil d'examiner l'étranger. Ledit article 9 *ter* prévoit seulement une possibilité et non une obligation lorsqu'il précise que « *[Le fonctionnaire] médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

4.3.2. Relativement au droit à être entendu, outre le fait que la partie requérante n'explicite pas concrètement les éléments que la requérante aurait aimé faire valoir, le Conseil précise en tout état de cause que dans le cadre d'une demande telle que celle visée au point 1.4. du présent arrêt, l'étranger a la possibilité, avant la prise de l'acte querellé, de fournir à la partie défenderesse toutes les informations qu'il le souhaite, et d'ainsi faire valoir, de manière utile et effective, les divers éléments médicaux tendant à appuyer ses prétentions.

4.3.3. Quant au développement fondé sur la loi du 2 août 2002 relative aux droits du patient et au Code de déontologie médicale, il ne ressort pas de la compétence du Conseil de se prononcer sur les éventuelles fautes déontologiques de l'un ou l'autre praticien, mais de vérifier si la partie défenderesse a adéquatement motivé la décision querellée sur la base des éléments qui lui ont été communiqués. Ainsi, ce Code et cette loi ne constituent pas des moyens de droit pertinents en l'espèce.

4.3.4. Concernant l'argumentation selon laquelle un recours suspensif et de plein contentieux devrait être prévu, le Conseil souligne qu'il ressort de l'arrêt n° 82/2012 du 28 juin 2012 de la Cour Constitutionnelle que « *B14 [...] Une décision de refus du ministre ou de son délégué peut, en vertu de l'article 39/2 de la loi relative aux étrangers, faire l'objet d'un recours en annulation auprès du Conseil du contentieux des étrangers. En raison des spécificités de la procédure de l'article 9ter de la loi relative aux étrangers et de la nature des éléments sur lesquels la décision doit être fondée, également en ce qui concerne le risque et la possibilité de traitement dans le pays de provenance attestés dans l'avis d'un fonctionnaire médecin, un tel recours en annulation prévoit une protection juridique suffisante* ».

4.4. Sur la troisième branche du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 ».*

Le Conseil relève ensuite qu'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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne enfin 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 incombait de transmettre avec la demande, ou les compléments éventuels de celle-ci, tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

4.5. En l'espèce, le Conseil constate que la décision attaquée est fondée sur un rapport établi le 16 novembre 2017 par le médecin-conseil de la partie défenderesse sur la base des documents médicaux produits par la requérante à l'appui de sa demande, rapport dont il ressort, en substance, que celle-ci souffre d'une pathologie pour laquelle le traitement médical et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

4.6.1. Plus particulièrement, concernant la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé en substance que « *Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée) : Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI : Requête Medcoi des : 31.03.2017, 23.11.2016, 21.03.2017, 26.08.2016, 03.01.2017, 20.04.2017. Portant les numéros de référence uniques : BMA 9493, BMA 8947, BMA 9432, BMA 8588, BMA 9100, BMA 9577. Ces requêtes démontrent la disponibilité du suivi en rhumatologie (1st city clinical hospital de Moscou ou rheumatology research center de Moscou), du suivi par un généraliste, du suivi biologique d'une affection rhumatologique (Rheumatology research center de Moscou), du suivi dermatologique (Federal State Budget Institute Russian Children) En Fédération de Russie. Ces requêtes démontrent la disponibilité de la prednisolone (pour remplacer la methylprednisolone), de la dexaméthasone (pour remplacer la methylprednisolone), de la prednisone (pour remplacer la methylprednisolone), du méthotrexate, de l'acide folique, du pantoprazole (ou de son proche dérivé l'omeprazole), de la colchicine, de l'association ethynilesiradiol/levonorgestrel (ou d'associations équivalentes ethynilestradiol associé au gestodène ou au desogestrel) en Fédération de Russie. Si nécessaire, un suivi psychiatrique et psychologique est possible en Fédération de Russie (Dispensaire psychoneurologique #2 à Moscou). Sur base des informations, nous pouvons conclure que les soins sont disponibles en Fédération de Russie* », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.

Quant au fait que les affirmations du médecin-conseil de la partie défenderesse ne sont pas vérifiables dans la mesure où les médecins qui alimentent la base de données MedCoi 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 des Pays-Bas, qu'il associe 15 partenaires dont 14 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. Par ailleurs, il est également indiqué que « *Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnées 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, tel 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 ».*

En ce que les informations relatives à la disponibilité des soins ne concerneraient qu'un hôpital, le Conseil observe à la lecture du rapport du médecin de la partie défenderesse, que la réserve émise par une note subpaginale de l'avis du médecin expert est libellée comme suit : « *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 [...]* ». Cette réserve entend préciser que cette base de données ne concerne que la disponibilité du traitement et non son accessibilité sans pour autant signifier que ledit traitement n'est disponible que dans un seul hôpital. Pour le surplus, même si les soins requis sont effectivement disponibles dans un seul ou deux établissement(s) au pays d'origine, cela suffit à démontrer, à défaut d'élément contraire, la disponibilité de ceux-ci.

Concernant le grief selon lequel la base de données MedCoi ne viserait pas personnellement la requérante, le Conseil relève que cette base de données vise à répondre à des questions précises quant à l'existence de médicaments et de suivis médicaux dans un endroit donné, lesquelles sont pertinentes au vu de la situation personnelle de la requérante.

A propos des sources du projet, le Conseil constate qu'elles sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « *International SOS* », « *Allianz Global Assistance* » et « *Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine* ». Par ailleurs, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA.

Au sujet de l'argumentation relative à la qualité des soins qui serait moindre au pays d'origine, le Conseil ne peut qu'observer qu'il ne découle pas du prescrit de l'article 9 *ter* de la Loi ou de son commentaire, que la dimension qualitative des soins est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de la disposition précitée.

Relativement au fait que les établissements de santé visés par la base de donnée MedCoi sont situés à Moscou, le Conseil relève que l'existence d'un traitement adéquat s'apprécie dans le pays d'origine ou de séjour du demandeur et nullement dans la localité ou la municipalité où ce dernier serait désireux de s'établir, en manière telle que la distance entre la région d'origine et l'établissement de santé en question, est dénuée de pertinence. Pour le surplus, le Conseil observe que la requérante n'a pas invoqué en temps utile qu'elle ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles, les craintes relatives à son ex-mari vivant à Moscou n'ayant pas été invoquées spécifiquement à l'appui de sa demande.

S'agissant du reproche émis en substance à l'encontre du médecin-attaché de la partie défenderesse d'avoir remplacé les médicaments prescrits, le Conseil souligne à cet égard qu'il ressort de l'arrêt n° 236 016 prononcé le 6 octobre 2016 par le Conseil d'Etat qu'« *il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9<sup>ter</sup> précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine* ». Par ailleurs, le Conseil souligne que le médecin de la requérante n'a formulé aucune réserve quant au fait que les médicaments prescrits ne pouvaient, en aucun cas, être substitués par des équivalents.

4.6.2. Plus particulièrement, concernant l'accessibilité des soins et du suivi requis dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé en substance que « *Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de la requérante fournit différents rapports: l'Organisation suisse d'Aide aux Réfugiés, « Tchétchénie: système de santé et traitement des maladies et troubles psychiques» ; World Health Organization « Health action in crises - North Caucasus » ; Interview de Colas et Paul Matthey, « En Tchétchénie, il existe deux catégories de gens: ceux qui sont proches de Kadyrov et le reste de la population ». Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant en Russie. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n-23.771 du 26.02.2009). Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical en Russie. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38). De plus, la CEDH, a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74290 du 31 janvier 2012 « Chechnya and Ingushetia: Health services ». Notons que la requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n-61464 du 16.05.2011). En effet, selon la loi fédérale russe « Sur le droit des citoyens de la Fédération de Russie à la liberté de circulation et le choix de lieu de séjour et de résidence au sein de la Fédération de Russie », « ... tout citoyen de la Fédération de Russie a le droit à la liberté de circulation et au choix de lieu de séjour et de résidence au sein de la Fédération de Russie ». Depuis 2014, les citoyens russes repris dans le registre fédéral des patients avec une maladie rare peuvent obtenir un revenu mensuel de RUS 32,000 de la part de l'Etat. Le site Internet « Social Security Online » indique que la Russie dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques maladies, maternité, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles, le chômage et les prestations familiales. Notons également que selon le rapport émis en 2015 par l'OIM, tous les citoyens russes ont droit à des soins médicaux gratuits qui leur sont garantis par l'Etat par l'intermédiaire d'un système d'assurance maladie obligatoire. Les soins médicaux entièrement gratuits couvrent des services variés comme les soins médicaux d'urgence, les soins ambulatoires, y compris les traitements préventifs, les diagnostics et traitement de maladies tant à domicile que dans les polycliniques, de même que le traitement à l'hôpital et certains médicaments peuvent être fournis gratuitement. Ce rapport indique également que certaines catégories de malades ont droit à la gratuité des médicaments. Enfin, l'intéressée étant âgée de 30 ans, elle est en âge de travailler. Rien n'indique que celle-ci ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi lors de son retour au pays. Elle pourrait donc obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé. De plus, celle-ci a déclaré, dans sa demande d'asile, avoir de la famille vivant toujours au pays, notamment, des frères et sœurs. Ceux-ci pourraient, le cas échéant, lui venir en aide dans la prise en charge de ses soins de santé. Les soins sont donc accessibles », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.*

A titre de précision, les éléments soulevés en termes de demande concernent la Tchétchénie, alors qu'il ressort de l'avis du médecin conseil que les traitements et suivis nécessaires sont disponibles en Russie.

Quant à l'email daté du 3 février 2017 émanant d'un docteur dont il ressortirait que « *Depuis 2014, les citoyens russes repris dans le registre fédéral des patients avec une maladie rare peuvent obtenir un revenu mensuel de RUS 32,000 de la part de l'Etat* », au site « Social Security Online » et au rapport OIM de 2015, le Conseil observe qu'ils ne figurent pas au dossier administratif. Dans ces conditions, au vu des lacunes affectant la composition du dossier administratif déposé par la partie défenderesse, le Conseil ne peut que constater qu'il n'est pas en mesure d'exercer son contrôle de légalité à l'égard de ces documents, dès lors qu'il ne peut pas vérifier si les éléments y invoqués pour justifier de l'accessibilité des soins et du suivi requis sont effectivement pertinents au regard de la situation personnelle de la requérante ni, *a fortiori*, si l'autorité administrative n'a pas donné desdits éléments, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation.

Au sujet de la motivation selon laquelle « *De plus, celle-ci a déclaré, dans sa demande d'asile, avoir de la famille vivant toujours au pays, notamment, des frères et sœurs. Ceux-ci pourraient, le cas échéant, lui venir en aide dans la prise en charge de ses soins de santé* », le Conseil souligne qu'elle n'est qu'hypothétique et ne peut suffire à permettre d'apprécier si le traitement et le suivi nécessaires à la pathologie est effectivement accessible à la requérante en Russie.

Le Conseil estime cependant que la motivation selon laquelle « *Enfin, l'intéressée étant âgée de 30 ans, elle est en âge de travailler. Rien n'indique que celle-ci ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi lors de son retour au pays. Elle pourrait donc obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé* », permet à elle seule de justifier l'accessibilité des soins et du suivi nécessaires à la requérante au pays d'origine. Par ailleurs, le Conseil relève que la requérante n'a aucunement fait état en temps utile de son absence de diplôme, des difficultés liées à sa maladie en tant que telle pour retrouver un emploi manuel et du fait qu'un éventuel salaire serait insuffisant pour payer les traitements requis. Ainsi, la partie défenderesse ne pouvait dès lors tenir compte de ces éléments. De plus, les considérations relatives au taux de chômage élevé au pays d'origine ne peuvent remettre en cause à elles-seules la teneur de la motivation reproduite ci-avant. Enfin, la pièce quatre annexée au recours intitulé : « *Russian Federation-Chechnya : Access to Methotrexate* » n'a pas été transmise à la partie défenderesse en temps utile, soit avant la prise de l'acte attaqué. Dès lors, le Conseil ne peut y avoir égard dans le cadre du présent contrôle de légalité.

4.7. Au vu de ce qui précède, le Conseil considère que la partie défenderesse a pu, à bon droit, en se référant à l'avis de son médecin-conseil, rejeter la demande de la requérante.

## **5. Débats succincts**

5.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

### **Article unique.**

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDOUY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOUY

C. DE WREEDE