

Arrêt

n° 250 742 du 10 mars 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître G.-A. MINDANA
Avenue Louise, 2
1050 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 mars 2020, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 18 avril 2019.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 10 février 2021.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. CAESTECKER *loco* Me G.-A. MINDANA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *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 Le 14 décembre 2015, la requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n° 203 827 du 16 mai 2018, lequel a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 3 janvier 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) à l'encontre de la requérante.

1.3 Le 22 juillet 2018, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Le 5 septembre 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Le 17 novembre 2020, dans son arrêt n° 244 206, le Conseil a rejeté le recours introduit contre cette décision.

1.4 Le 13 décembre 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quiquies}) à l'encontre de la requérante.

1.5 Le 21 décembre 2018, la requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.6 Le 18 avril 2019, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.5 recevable mais non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 19 février 2020, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour (ci-après : la première décision attaquée) :

« 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 [d]écembre 2010 portant des dispositions diverses.

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

Dans son avis médical du 17/04/2019 (remis à la requérante sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que d'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine ou dans le pays où il [sic] séjourne. Dès lors du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au retour dans le pays d'origine ou dans le pays où il [sic] séjourne.

Par conséquent, le médecin de l'OE constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article.

Il n'y a donc pas lieu de rechercher la disponibilité et l'accessibilité des soins au Rwanda. Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : la seconde décision attaquée) :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : la requérante n'est pas [sic] en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 7, 9^{ter}, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 4 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 4 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des articles 3 et 13 de la Convention européenne de droits de l'homme (ci-après : la CEDH), des articles 5 et 13 de la directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier (ci-après : la directive 2008/115), du « principe général de bonne administration, selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause » et du « principe général de défaut de prudence et de minutie [sic] », ainsi que de la motivation absente, inexacte, insuffisante ou contradictoire et dès lors de l'absence de motifs légalement admissibles, et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2 Dans une première branche, après des considérations théoriques, elle fait valoir qu' « en l'espèce, à l'appui de sa demande, la requérante a fourni à la partie adverse, plusieurs documents médicaux afin d'étayer les pathologies dont elle souffre, qui ont justifié sa demande de séjour médical : hépatite C chronique infectée par le génotype 4 avec charge virale mesurée à 121240 UI/ml, antigène HBs positif mais HBV-DNA négatif ; Qu'il s'agit d'une pathologie considérée comme grave, nécessitant un traitement à vie, un suivi médical multidisciplinaire, et dont le pronostic est réservé ; En effet, toute rupture de traitement pourrait lui être fatale ; [...] Attendu que le médecin-conseil de l'O.E. soutient : [«] Du point de vue médical, sur base des documents fournis par la requérante, nous pouvons conclure que les pathologies dont elle souffre depuis des années peuvent être contrôlées par un traitement qui est accessible et disponible dans le pays de retour. Ces pathologies n'entraînent pas un risque réel pour la vie de la requérante, pour son intégrité physique ou encore de risque de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement et le suivi médical sont disponibles et accessibles au Rwanda. D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Rwanda. [»] Force est de constater que celui-ci ne tient nullement compte de l'état actuel et réel de la requérante ; Force est de constater, la partie adverse a essentiellement limité son examen sur le premier risque, à savoir « le risque vital » pour la requérante ; En effet, il ne ressort nullement de l'acte attaqué, ni du rapport du [m]édecin-conseil, que la partie adverse a entendu examiner la situation de la requérante sous l'angle du deuxième et du troisième risque, à savoir : vérifier à tout le moins, si l'état de santé de la requérante tel que décrit dans plusieurs certificats médicaux, n'est pas de nature à entraîner un risque réel à son intégrité physique ainsi qu'un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans son chef ; Pour la partie adverse, le risque réel de de traitement inhumain ou dégradant est forcément lié, voire découle ipso facto du risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ; Alors que, comme il a été démontré ci-dessus, l'article 9 ter vise en réalité trois types de maladies avec trois types de risques réels différents, pouvant conduire à l'octroi d'un titre de séjour pour raisons médicales, lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays de résidence (risque réel pour la vie, risque réel pour l'intégrité physique et risque réel de traitement inhumain ou dégradant) ; Or, ces trois types de risques ne sont pas forcément liés les uns aux autres, ni ne sont interdépendants ; Qu'il s'agit en réalité de trois types de risques, bien distincts et autonomes les uns des autres ; L'article 9^{ter} ne se limite donc pas uniquement à l'exigence systématique de menace directe ni à un état de santé critique ; [...] Les informations sur lesquelles se fonde la partie adverse, émaneraient de la banque de données « MedCOI », une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens ; Force est de constater que plusieurs sources indépendantes sont plutôt alarmistes quant au traitement de l'hépatite C venté par les autorités rwandaises :

a) OMS : De la politique à l'action : Contrôler l'hépatite C au Rwanda [...] :

« Grâce à l'introduction d'antiviraux à action directe, le traitement de l'hépatite C est à la fois très efficace et bien toléré. Néanmoins, l'accès des patients au traitement demeure limité dans les pays à revenu faible et intermédiaire en raison du manque d'infrastructures sanitaires de soutien et du coût élevé du traitement. Les pays pauvres sont encouragés par des organismes internationaux à élaborer des mesures de santé publique qui faciliteraient la mise en place de soins et de traitements à l'échelle nationale. Peu de pays ont cependant établi des politiques et des plans officiels. Dans cet article, nous présentons l'approche adoptée au Rwanda à l'égard d'un cadre de santé publique pour le contrôle de l'hépatite C et les soins qui lui sont associés dans le contexte de la stratégie du secteur de la santé contre l'hépatite de l'Organisation mondiale de la Santé. Cela inclut le développement et la mise en

œuvre de politiques et de programmes, d'efforts de prévention, de capacités de dépistage, de services de traitement et de systèmes d'information stratégiques. Nous mettons en avant les principaux succès du programme national pour le contrôle et la gestion de l'hépatite C: l'établissement d'une gouvernance et d'une planification nationales; le renforcement des capacités de diagnostic; l'approbation et l'introduction de traitements antiviraux à action directe; la formation de personnel d'encadrement; le développement d'une volonté et d'un leadership politiques; et la promotion de partenariats stratégiques clés. Les enjeux actuels et les prochaines étapes du programme incluent l'élaboration d'un cadre détaillé de suivi et d'évaluation, ainsi que des outils pour le suivi de l'hépatite virale. Le gouvernement doit favoriser la décentralisation des soins et intégrer la gestion de l'hépatite C aux services cliniques courants afin de fournir aux patients un meilleur accès au diagnostic et au traitement. L'utilisation de tests de diagnostic rapide dans les établissements publics de santé permettrait d'améliorer le dépistage. Il est essentiel d'augmenter les financements publics et privés pour soutenir les services de soins et de traitement. »

b) Rwanda : traitement de l'hépatite C (VHC) :

<http://sahel-intelligence.com/19204-rwanda-traitement-de-lhepatite-c-vhc.html>

(3 mars 2020, Frédéric Powelton)

« Le nouveau ministre d'Etat rwandais chargé de la Santé publique, Tharcisse Mpunga, a promis que tous les Rwandais atteints d'hépatite C auront accès aux traitements d'ici 2021. Le nouveau responsable, nommé la semaine passée par le chef de l'Etat suite à un remaniement ministériel, a déclaré lors d'une conférence de presse que son département a placé la lutte contre l'hépatite C au centre de ses priorités. Selon les chiffres du ministère, au moins 4% des 12 millions de Rwandais vivent avec ce virus mortel, dont 20.000 seulement sont sous traitement. Le coût du traitement varie entre 8500 dollars et 40 000 dollars, selon la durée de cure. L'hépatite C, maladie du foie d'origine virale, évolue de manière lente et retarde le diagnostic. Le virus se transmet essentiellement par voie sanguine dont le partage de matériel d'injection avec une personne séropositive au VHC (transfusion, seringue, cuillère, filtre, coton, etc.) quand il y a contact sanguin, souvent indirect.

[...] En conclusion : 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 » ; En l'espèce : D'une part, la qualité du traitement dont pourrait bénéficier la requérante au Rwanda, laisse à désirer ; D'autre part, le constant [sic] est accablant en ce qui concerne l'accessibilité aux soins proprement dits : seulement 4% des personnes diagnostiquées bénéficient d'un traitement ; Il y a donc un manque criant des moyens mis en place par les autorités pour le financement des structures des soins existantes, avec pour conséquence : une qualité de soins insuffisante (tout particulièrement pour les personnes d'origine sociale modeste) ; La partie adverse n'a pas suffisamment démontré l'accessibilité aux soins nécessaires pour la requérante en cas de retour dans son pays d'origine ; La partie adverse n'a pas sérieusement envisagé les conséquences prévisibles du retour de la requérante dans son pays d'origine, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres à la requérante ; La partie adverse ne s'est pas réellement interrogée sur la possibilité effective pour la requérante d'avoir accès à ces soins et équipements dans son pays d'origine ; Qu'au vu des pathologies invoquées par la requérante, il n'existe aucun traitement adéquat et sérieux en [sic] Maroc [sic], de nature à lui éviter un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la [CEDH], et de l'article 4 de la [Charte] ».

2.3 Dans une seconde branche, elle soutient, dans ce qui peut être considéré comme un premier point, qu'« [i]l est de principe général du droit que l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause ; [...] Qu'en l'espèce, la décision d'ordre de quitter le territoire incontestablement affecte défavorablement la requérante, en ce qu'elle lui enjoint de quitter le territoire du Royaume, sans examen spécifique de sa situation que la partie adverse ne pouvait ignorer ; Alors qu'une telle démarche relève du principe de bonne administration, du devoir de minutie et de prudence qui s'imposent à la partie adverse ; Ainsi donc, aucun élément dans la motivation de l'acte attaqué ne permet à la requérante de saisir les raisons pour lesquelles la partie adverse lui enjoint automatiquement de quitter le territoire du Royaume ; Que la partie adverse a ainsi donc violé le principe général du respect des droits de la défense ; Que partant, force est de constater que la partie adverse a manifestement failli à cette obligation » et fait des considérations théoriques.

Dans ce qui peut être considéré comme un deuxième point, elle estime qu' « en l'espèce, il y a lieu de constater que la décision querellée est datée du 18 avril 2019 et a été notifiée à la requérante le 19 février 2020, soit au même moment que la décision de rejet de sa demande d'autorisation de séjour 9 ter ; Or force est de constater qu'il ne ressort nullement de la décision attaquée que la partie adverse ait pris en considération l'ensemble des éléments spécifiques à la situation de la requérante, dont elle ne pouvait manifestement ignorer ; Que manifestement, l'ordre de quitter le territoire a été automatiquement délivré à la requérante pour le seul motif que sa demande d'autorisation de séjour médical a été rejetée ; Alors que la requérante disposait d'un délai de trente jours pour éventuellement attaquer cette décision devant le [Conseil] ; Que partant, la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée » et fait des considérations théoriques.

Elle allègue, dans ce qui peut être considéré comme un troisième point, que « [l']acte attaqué, impose à la requérante de quitter le territoire ; [...] Qu'en l'espèce : La requérante a introduit une demande de régularisation de séjour, sur pied de l'article 9ter ; Par décision du 18 avril 2019, [la partie défenderesse] a déclaré sa [sic] rejeté sa demande ; La requérante a introduit un recours en suspension et en annulation, auprès du [Conseil] ; Qu'elle se trouve dès lors dans l'attente de l'arrêt du [Conseil] portant sur le recours contre la décision de rejet de leur demande 9 ter ; Qu'un effet suspensif doit dès lors s'appliquer en raison du recours exercé contre la décision de rejet 9ter pendant au [Conseil], afin de ne pas exposer la requérante à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé ; Que partant, il s'agit manifestement d'une motivation laconique et stéréotypée, sans examen préalable et spécifique de la situation des requérants [sic] » et fait des considérations théoriques.

Elle fait valoir, dans ce qui peut être considéré comme un quatrième point, qu' « en l'espèce, il ne ressort nullement de la motivation de l'ordre de quitter le territoire que la partie adverse ait pris en compte l'état de santé de la requérante, ainsi que les conséquences d'un éloignement du territoire du Royaume : une maladie grave, et nécessitant un suivi médical régulier ; Qu'il existe dès lors un risque sérieux de subir un traitement inhumain et dégradant, dans le chef de la requérante, en cas de leur [sic] éloignement du territoire ; Que partant, l'acte attaqué viole incontestablement l'article 4 de la [Charte], ainsi que l'article 3 de la [CEDH] » et fait des considérations théoriques.

Elle soutient, dans ce qui peut être considéré comme un cinquième point, qu'« en l'espèce : [...] Le 22 juillet 2018, la requérante a introduit une première demande de régularisation de séjour, sur pied de l'article 9ter ; Par décision du 5 septembre 2018, [la partie défenderesse] a rejeté sa demande ; La requérante a introduit un recours en suspension et en annulation auprès du [Conseil], contre cette décision ; Ce recours est pendant auprès du [Conseil] ; [...] Le 21 décembre 2018, la requérante a introduit une deuxième demande de régularisation de séjour, sur pied de l'article 9ter ; Par décision du 18 avril 2019, [la partie défenderesse] a rejeté sa demande ; La requérante a introduit un recours en suspension et en annulation auprès du [Conseil], contre cette décision ; [...] Qu'en l'espèce, la requérante dispose actuellement d'une procédure en suspension et en annulation pendante à ce jour auprès du [Conseil] ; Que sa présence sur le territoire du [R]oyaume se justifie donc entièrement, dans l'intérêt de la poursuite de la procédure pendante au [Conseil] ; Par conséquent, la partie défenderesse a failli à son obligation de motivation formelle » et fait des considérations théoriques.

3. Discussion

3.1 Sur le moyen unique, à titre liminaire, le Conseil constate que la partie requérante ne peut pas utilement se prévaloir des articles 5 et 13 de la directive 2008/115. En effet les aspects de ces dispositions, invoqués par la partie requérante dans le cadre du développement de sa deuxième branche, ont été transposés en droit interne dans la loi du 15 décembre 1980, notamment dans son article 74/13. Or, il convient de rappeler qu'un moyen pris de la violation de dispositions d'une directive transposée en droit interne n'est recevable que s'il est soutenu que cette transposition est incorrecte (en ce sens, C.E., 10 février 2012, n° 217.890). En l'occurrence, la partie requérante ne prétend pas que ladite transposition aurait été effectuée de manière non-conforme à la directive 2008/115, en manière telle que le moyen est irrecevable quant à ce.

3.2.1 Sur la première branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie

ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical 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 ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 septembre 2006), ayant inséré l'article 9^{ter} 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 [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *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} de la loi du 15 décembre 1980, les traitements existants 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.

Le Conseil rappelle enfin 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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2.2 En l'espèce, la motivation de la première décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 18 avril 2019, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'« [h]épatite C chronique génotype 4 », d'« [h]ypertension artérielle », de « [c]irrhose hépatique débutante », d'« [i]ntolérance glucidique » et de « [p]ortage de l'antigène Hbs », pathologies pour lesquelles le traitement médicamenteux et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse indique que « NB : aucun traitement n'est prescrit dans le certificat médical type même si le médecin prescripteur préconise que sa patiente soit mise sous thérapeutique antivirale pour son hépatite C. Cependant, dans son rapport du 19/10/2018, le médecin prescripteur indique un traitement de l'hypertension artérielle avec du

périndropil » et analyse la disponibilité du « *Périndropil* » et, « *par souci d'exhaustivité* », du « *sofosbuvir* », de la « *ribavirine* » et du « *daclatasvir* », ainsi que des « *consultations de gastro-entérologie et en particulier d'hépatologie* » et des « *examens de biologie clinique avec recherche de l'ARN viral* ».

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

3.2.3 En ce que la partie requérante estime que « la partie adverse a essentiellement limité son examen sur le premier risque, à savoir « le risque vital » pour la requérante ; En effet, il ne ressort nullement de l'acte attaqué, ni du rapport du [m]édecin-conseil, que la partie adverse a entendu examiner la situation de la requérante sous l'angle du deuxième et du troisième risque, à savoir : vérifier à tout le moins, si l'état de santé de la requérante tel que décrit dans plusieurs certificats médicaux, n'est pas de nature à entraîner un risque réel à son intégrité physique ainsi qu'un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans son chef », le Conseil rappelle que, concrètement, l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. C.E., 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

Il ressort d'une simple lecture de l'avis du fonctionnaire médecin que celui-ci a examiné le fait de savoir si les affections dont souffre la requérante pourraient entraîner un risque réel d'un traitement inhumain ou dégradant ou pour l'intégrité physique en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine. Il n'a donc pas en l'espèce limité la portée de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 au seul risque vital et à l'article 3 de la CEDH tel qu'il est interprété par la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) contrairement aux affirmations de la partie requérante à cet égard.

Cette articulation de la première branche du moyen n'est pas fondée.

3.2.4 Le Conseil estime que les critiques de la partie requérante quant à l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires à la requérante ne sont pas fondées.

La partie requérante soutient en substance que le fonctionnaire médecin « n'a pas sérieusement envisagé les conséquences prévisibles du retour de la requérante dans son pays d'origine, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres à la requérante ».

Or, en l'espèce, le Conseil observe que l'examen de l'accessibilité réalisé par le fonctionnaire médecin est suffisamment individualisé, compte tenu des éléments invoqués par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour. La demande d'autorisation de séjour du 21 décembre 2018, visée au point 1.5, mentionnait en effet qu'« en l'espèce, la situation sanitaire précaire et insuffisante du Rwanda laisse à désirer ; Qu'il y a un manque criant des moyens mis en place par les autorités pour le financement des structures des soins existantes, avec pour conséquence : une qualité de soins insuffisante (tout particulièrement pour ceux qui n'ont pas les moyens de verser un complément de salaire aux médecins du service ou des honoraires aux médecins privés), l'inefficacité du système des soins de santé et les difficultés d'orientation des patients vers un médecin spécialiste ».

Le Conseil estime que les termes très généraux de l'argumentation de la partie requérante ne suffisent pas à contester l'effectivité de l'accessibilité du traitement et des soins nécessaires à la requérante, en sorte qu'il ne saurait être reproché au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir eu égard à la situation individuelle de cette dernière. En effet, le Conseil estime que la partie requérante est restée, dans sa demande d'autorisation de séjour, en défaut de les mettre en perspective par rapport à la situation individuelle de la requérante, en sorte qu'il ne saurait être reproché au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de « ne s'[être] pas réellement interrog[é] sur la

possibilité effective pour la requérante d'avoir accès à ces soins et équipements dans son pays d'origine ». En outre, le Conseil ne peut que constater que la partie requérante reste en défaut de contester utilement les constats effectués par le fonctionnaire de la partie défenderesse dans son avis, selon lesquels « Concernant l'accessibilité des soins au Rwanda, le conseil de [la requérante] affirme qu'elle n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine. Cependant, il ne fournit aucun document à ce sujet. Or, Il incombe à la demandeuse d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n°97.866 du 13/07/2001).

Un rapport du projet MedCOI nous apprend que, d'après la loi 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 presque 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.

Notons que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que la requérante est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci).

Par ailleurs, signalons que l'intéressée est venue en Belgique munie d'un passeport revêtu d'un visa délivré par l'Ambassade de Suisse à Kigali. Or, pour obtenir ce visa, l'intéressée a prouvé qu'elle est capable de financer par elle-même des soins en Rwanda.

Par ailleurs, la requérante est en âge de travailler et rien ne démontre qu'elle serait dans l'incapacité de trouver un travail qui serait adapté à sa situation de santé. Rien ne démontre également qu'elle serait exclue du marché de l'emploi au pays d'origine. Par conséquent, rien ne permet de conclure que l'intéressée serait incapable de subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie.

Signalons que dans sa demande d'asile en 2015, l'intéressée affirme avoir tenu un commerce. Étant en âge de travailler et ne prouvant pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Dès lors, en l'absence de contre-indication au travail, rien ne démontre que l'intéressée ne pourrait avoir accès par un travail adapté, au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux.

Notons également que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que la requérante est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

En effet, toujours d'après cette même demande d'asile, [la requérante] déclare avoir ses frères et sœurs ainsi que son époux au pays d'origine. Rien ne les empêche de subvenir aux besoins et/ou à ses soins. Rien ne démontre que l'intéressée ne pourrait intégrer les systèmes de sécurité sociale à son retour au pays d'origine. Elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait raisonnablement se prendre en charge ou qu'elle ne pourrait se faire aider et héberger par des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. D'autant plus que l'intéressée est née au Rwanda et y a vécu une grande partie de sa vie.

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 (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Les soins sont donc accessibles au Rwanda.

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Rwanda ». A cet égard, le Conseil rappelle que c'est à la partie requérante, qui a introduit une demande d'autorisation de séjour, d'apporter la preuve des éléments qu'elle allègue, tandis que l'administration n'est, quant à elle, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des circonstances dont celle-ci se prévaut sous peine d'être placée dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie

(voir, notamment, C.E., 7 août 2002, n°109.684 et C.C.E., 18 avril 2008, n° 10 156 et C.C.E, 27 mai 2009, n° 27 888).

Quant aux extraits d'un rapport de l'OMS et d'un article intitulé « Rwanda : traitement de l'hépatite C (VHC) », le Conseil rappelle que le fait d'apporter de nouvelles pièces 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 de pièces qui sont pour la première fois jointes 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. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. 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 : C.E., 8 août 1997, n° 67.691 ; C.C.E., 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'eu égard aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de la 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 ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'une information dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de la situation individuelle de la requérante, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou, à tout le moins, avant la prise de la décision attaquée. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération les éléments susmentionnés en l'espèce.

Enfin, s'agissant des critiques de la partie requérante quant à la qualité des soins au Rwanda, le Conseil rappelle, qu'en toute hypothèse, l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'un traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine et qu'il suffit qu'un traitement approprié soit possible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique.

3.2.5 S'agissant de l'argumentation aux termes de laquelle la partie requérante fait valoir le fait que le traitement de la requérante « ne peut être interrompu », le Conseil rappelle que la partie défenderesse a démontré la disponibilité et l'accessibilité du traitement et du suivi requis par cette dernière dans son pays d'origine, ce qui implique que la requérante ne risque pas d'interruption de son traitement en cas de retour au Rwanda. Dès lors, l'argumentation de la partie requérante ne peut être suivie sur ce point.

3.2.6 S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la cour EDH a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé

gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, *N. contre Royaume-Uni*, §§ 42 et 44).

En l'occurrence, la partie requérante n'établit pas l'existence des considérations humanitaires impérieuses requises et, partant, la partie défenderesse n'a pas porté atteinte à cette disposition en adoptant la première décision attaquée.

3.2.7 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans la première branche de son moyen unique, de sorte que celle-ci n'est pas fondée.

3.3.1 Sur la seconde branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 7, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de la seconde décision attaquée, le ministre ou son délégué « peut donner à l'étranger, qui n'est ni autorisé ni admis à séjourner plus de trois mois ou à s'établir dans le Royaume, un ordre de quitter le territoire dans un délai déterminé ou doit délivrer dans les cas visés au 1°, 2°, 5°, 11° ou 12, un ordre de quitter le territoire dans un délai déterminé :

1° s'il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 ;
[...] ».

Le Conseil rappelle également qu'un ordre de quitter le territoire délivré sur la base de l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, est une mesure de police par laquelle l'autorité administrative ne fait que constater une situation visée par cette disposition pour en tirer les conséquences de droit.

L'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 prévoit quant à lui que : « Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné ».

Le Conseil renvoie *supra* au point 3.2.1 en ce qui concerne l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative.

3.3.2 En l'espèce, le Conseil observe que la seconde décision attaquée est fondée sur le constat, conforme à l'article 7, alinéa 1^{er}, 1°, de la loi du 15 décembre 1980, selon lequel « *la requérante n'est pas [sic] en possession d'un visa valable* », motif qui n'est pas valablement contesté par la partie requérante, en sorte qu'il doit être considéré comme établi. En effet, en ce que la partie requérante estime qu'« aucun élément dans la motivation de l'acte attaqué ne permet à la requérante de saisir les raisons pour lesquelles la partie adverse lui enjoint automatiquement de quitter le territoire du Royaume », le Conseil ne peut que la renvoyer à une simple lecture de la seconde décision attaquée.

3.3.3 S'agissant de la violation du droit d'être entendu de la requérante, le Conseil observe que la requérante n'a pas été entendue formellement avant la prise de la seconde décision attaquée. Néanmoins, il constate que la partie requérante ne précise dans sa requête aucun élément complémentaire que la requérante aurait pu faire valoir quant à la prise de la seconde décision attaquée et qui aurait pu mener à un résultat différent.

En conséquence, la partie requérante n'établit pas que le droit d'être entendu de la requérante aurait été violé.

3.3.4 S'agissant de l'argumentation relative à la prise en compte de la situation de la requérante, le Conseil observe que l'ensemble des éléments liés à la situation individuelle de cette dernière, et en particulier son état de santé invoqués dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.5, ont été examinés par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse et cette dernière, dans le cadre de l'examen de cette demande, et ce au terme d'un raisonnement dont la partie requérante n'est pas parvenue à démontrer l'inexactitude, au vu de ce qui a été exposé *supra*.

En tout état de cause, l'examen du dossier administratif révèle qu'une note de synthèse datée du 4 avril 2019 mentionne :

« Article 74/13

1. L'unité de la famille et vie familiale : La décision concerne la requérante seul [sic]. Dès lors, aucune atteinte à l'unité familiale ne saurait être constatée. Signalons que le fait d'avoir tissés [sic] des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH qui vise exclusivement l'unité familiale et la vie de famille.
2. Intérêt supérieur de l'enfant : pas d'enfant
3. L'état de santé : voir avis médical du 17.04.2019 ».

Il en résulte que, contrairement à ce que soutient la partie requérante, il a bien été tenu compte des éléments relatifs à l'état de santé de la requérante et de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980.

3.3.5 S'agissant de l'argumentation de la partie requérante relative à l'effet suspensif à accorder au recours introduit contre la seconde décision attaquée, le Conseil estime que la partie requérante n'y a pas intérêt. En effet, le recours introduit à l'encontre de la première décision attaquée est examiné dans le cadre du présent arrêt et la partie défenderesse n'a nullement procédé à l'exécution forcée de la seconde décision attaquée.

En outre, le Conseil renvoie à l'exposé des faits, duquel il ressort qu'il a, dans son arrêt n° 244 206 du 17 novembre 2020, rejeté le recours introduit contre la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3, prise le 5 septembre 2018 par la partie défenderesse.

3.3.6 Quant à l'argumentation de la partie requérante selon laquelle la seconde décision attaquée serait mal motivée dès lors que la partie défenderesse n'aurait pas effectué un examen de l'état de santé de la requérante ainsi que des conséquences d'un éloignement du territoire, en violation de l'article 3 de la CEDH et de l'article 4 de la Charte, elle manque en fait. En effet, il ressort de ce qui a été exposé *supra* aux points 3.2.2 à 3.2.6, que la partie défenderesse a tenu compte de la gravité des pathologies de la requérante et a valablement effectué un tel examen en l'espèce.

En tout état de cause, dans la mesure où c'est à juste titre que la partie défenderesse a considéré que la maladie alléguée ne consistait pas à une maladie telle que prévue à l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, la partie requérante ne saurait faire utilement valoir que l'éloignement de la requérante vers son pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH au regard dudit état de santé.

3.3.7 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans la seconde branche de son moyen unique, de sorte que celle-ci n'est pas fondée.

4. Débats succincts

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

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

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

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix mars deux mille vingt-et-un par :

Mme S. GOBERT, présidente f. f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT