



Arrêt

n° 251 503 du 23 mars 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J.Y. Carlier
Rue des Brasseurs, 30
1400 Nivelles

contre:

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

LA PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 20 mars 2017, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 1^{er} février 2017.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 29 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 25 février 2021.

Entendu, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me F. WAUTELET loco Me J.Y. CARLIER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS 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 requérant déclare être arrivé en Belgique le 11 novembre 2015.

1.2. Le 20 novembre 2015, il a introduit une demande de protection internationale sur le territoire belge.

1.3. Par un courrier daté du 15 février 2016, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 29 février 2016, il a complété sa demande. En date du 2 juin 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande recevable. Le 16 novembre 2016, il a à nouveau complété sa demande.

1.4. La procédure visée au point 1.2. a été clôturée négativement par l'arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n°180 240 du 27 décembre 2016, confirmant la décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire prise le 26 août 2016 par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides.

1.5. Le 1^{er} février 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande visée au point 1.3. non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, notifiées le 16 février 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« 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.

Le requérant invoque à l'appui de sa demande de régularisation de plus de trois mois, des problèmes de santé pour lesquels des soins médicaux seraient nécessaires en Belgique.

*Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le **30.012017**, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine **Rwanda (Rép.)**.*

Dès lors,

- 1) *il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*
- 2) *il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne*
- 3) *.*

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

Veillez procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour » ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

« **MOTIF DE LA DECISION** :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : Le requérant n'est pas en possession d'un passeport muni d'un Visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991) combinée à « l'erreur manifeste d'appréciation », des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : la CEDH), des « principes de bonne administration, de précaution et de minutie dans la motivation des actes de l'administration et

du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause ».

2.1.1. Dans une première branche, elle fait grief à la partie défenderesse d'avoir réalisé un examen superficiel du dossier et de fonder sa décision sur une motivation stéréotypée. Elle fait valoir que l'avis médical présente plusieurs informations erronées et lacunaires, ce qui démontre que sa situation n'a pas été étudiée au regard de la réelle disponibilité et accessibilité des soins et suivis au Rwanda, et relève que le médecin conseil n'est pas spécialiste des pathologies dont elle souffre et ne l'a pas examinée. Elle ajoute que le médecin conseil ne précise pas qui au Rwanda peut la soigner et ne dit pas un mot sur le coût des traitements. Elle se réfère à la note infra-paginale relative à la base de données MedCOI et affirme que le médecin conseil met lui-même en cause la fiabilité des sources utilisées. Par ailleurs, elle considère que la partie défenderesse est consciente du caractère opaque de sa source de donnée et qu'elle sait que la partie requérante n'y a pas accès et ne peut donc vérifier les informations fournies. Elle fait état de critiques relatives à la base de données précitée et estime « *qu'on ne peut légitimement se baser sur MedCOI dans l'examen de la disponibilité et accessibilité effective d'un médicament dans un pays tel que le Rwanda* ».

En outre, elle fait valoir que la présence de spécialistes en hémodialyse dans un hôpital ne traduit en rien l'existence d'un service compétent, disponible et accessible, et relève que l'hôpital renseigné par le médecin conseil ne comporte qu'un seul docteur à temps plein dans l'unité d'hémodialyse. A cet égard, elle rappelle que Butare est la plus grande ville du sud du Rwanda et que le déficit de personnel au sein de ce service est évident. Elle se réfère à un article de la revue en ligne « Kigali today », ainsi qu'à une interview de la représentante de la région de Muhanga – dont elle cite des extraits – et en déduit que la qualité des services médicaux offerts par les hôpitaux rwandais est très mauvaise. Elle fait grief à la partie défenderesse d'avoir examiné son dossier avec légèreté et manque de sérieux, et se réfère en ce sens à une interview d'un homme rwandais atteint d'insuffisance rénale qui confirme la pauvreté de l'infrastructure, ainsi que le manque de moyens financiers et de personnel. Elle en conclut que le système de santé au Rwanda n'est manifestement pas efficient et qu'il demeure un risque réel de ne pas trouver un traitement adéquat et de décéder à son retour.

Elle relève que l'avis du médecin conseil se base sur la liste des médicaments essentiels qui reprend l'ensemble des médicaments qui seraient disponibles au Rwanda, et fait valoir qu'elle est dans l'impossibilité de dater cette source, bien qu'il semblerait qu'elle date de 2010 et apparait donc entachée de par son ancienneté. Elle soutient qu'elle ne trouve pas le médicament « périndopril » dans cette liste et que rien n'est dit quant à l'accessibilité concrète des médicaments au Rwanda. De plus, elle affirme que le médecin conseil indique, sans aucun sérieux, que l'ensemble de ses traitements médicaux est disponible dans les pharmacies « Sophar », alors que « *contrairement à ce que le médecin-conseil soutient dans son avis, force est de constater qu'en insérant le nom des médicaments dans le moteur de recherche dudit site, le requérant ne trouve que le Paracétamol : qu'il s'agit là d'un des six médicaments qui composent le traitement médicamenteux que doit nécessairement prendre ce dernier ; qu'il en ressort donc que les traitements Burinex, Amlor, Périndopril, Nobiten et Zyloric ne sont disponibles dans cette pharmacie contrairement à ce qu'affirme la partie adverse* ».

De plus, elle relève que le médecin conseil se permet d'ajouter trois médicaments à ses traitements (« Furosémide, Bumétanide et Allopurinol ») et estime que rien ne permet de s'assurer que la substitution des médicaments est exacte. Elle soutient qu'il conviendrait, à tout le moins, que le médecin conseil renvoie à des sources fiables afin qu'elle puisse vérifier que l'examen de la disponibilité des traitements a été effectué conformément aux principes de bonne administration. Par ailleurs, elle précise qu'elle ne parvient pas à trouver ces médicaments sur le site de la pharmacie « Sophar », que seuls le « Furosémide » et l'« Allopurinol » sont disponibles dans la liste des produits pharmaceutiques, et que des médecins belges ayant travaillé au Rwanda lui assurent que l'« Allopurinol » et le « zyloric » ne sont pas disponibles au Rwanda. Elle considère qu'il convient de remettre en cause la fiabilité des sources utilisées par le médecin conseil pour rendre son avis concernant la disponibilité des traitements et fait valoir que ni l'effectivité, ni la qualité du suivi médical n'ont été vérifiés par la partie défenderesse qui renvoie simplement à des sites amateurs. Elle se réfère à un arrêt du Conseil de céans relatif à l'examen de la disponibilité des traitements, et affirme que ces sites ne sont en rien suffisamment précis pour attester de la disponibilité des soins et traitements nécessaires.

Elle fait valoir qu'au vu des éléments repris dans sa requête, il n'existe aucune garantie que ses traitements soient disponibles et qu'elle puisse y avoir accès et qu'on ne peut « *garantir la qualité du suivi médical, la régularité des stocks de produits nécessaires et la disponibilité des médicaments au*

Rwanda ; que le requérant ne peut survivre si une séance est supprimée, qu'il ne peut plus espérer une greffe d'organe puisque ces compétences n'existent pas au Rwanda ». Elle observe que le médecin conseil ne l'a jamais consultée, bien qu'il avait la possibilité de le faire au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et du code de déontologie, ni n'a cherché à savoir concrètement l'état des services médicaux. Elle estime qu'il commet une erreur manifeste d'appréciation en considérant que les soins et suivis nécessaires sont effectivement disponibles au pays d'origine, et que ce faisant la partie défenderesse a méconnu son obligation de motivation et a agi avec désinvolture.

2.1.2. Dans une deuxième branche, elle affirme que la partie défenderesse n'a pas pris la peine de vérifier le champ d'application et l'effectivité de la loi rwandaise aux termes de laquelle la population entière doit être couverte par une assurance santé. Elle fait valoir que faute de moyens financiers suffisants, « *seule 60% de la population rwandaise est effectivement assurée par une assurance santé mais aussi que le gouvernement refuse que les assurances santé couvrent les traitements des maladies chroniques telles que la chimiothérapie et les dialyses en raison du coût beaucoup trop élevé des traitements* ». Elle se réfère à un avis du directeur de l'hôpital de Gisenyi qui affirme que la Mutuelle santé ne couvre pas les frais des patients atteints d'insuffisance rénale et constate donc que son traitement n'est pas couvert par la mutuelle. Sur ce point, elle précise que, concernant l'adhésion de la population aux assurances santé, il apparaît que certains maires de districts ont falsifié les statistiques d'adhésion aux mutuelles de santé.

Par ailleurs, elle fait valoir que l'école secondaire dont elle est promotrice n'est pas une activité à but lucratif et qu'il appartenait à la partie défenderesse d'en démontrer le contraire. En outre, aucune estimation de ses revenus n'est fournie par la partie défenderesse, et que cette dernière se contente de supposer que son entourage social et familial lui viendrait en aide si nécessaire, sans démontrer l'obligation pour son entourage de lui venir en aide. Elle soutient que les dialyses coûtent extrêmement cher, que le salaire mensuel moyen en 2015 au Rwanda s'élevait à 47€ et que dès lors l'insuffisance de ses revenus est évidente. Elle ne comprend pas dans quelle mesure son prétendu entourage participera aux frais médicaux d'un traitement aussi coûteux et constate que sa situation personnelle n'a pas été étudiée au regard de la réelle disponibilité et accessibilité des soins et suivis médicamenteux au Rwanda.

2.1.3. Dans une troisième branche, elle fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en compte le fait qu'un retour forcé au pays d'origine la soumettrait à un risque réel de traitement inhumain et dégradant en raison de son état de santé actuel et affirme que le premier acte attaqué ne lui permet pas de comprendre en quoi son état de santé ne revêtirait pas le seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH. Elle rappelle ensuite successivement plusieurs considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à l'article 3 de la CEDH et soutient que son traitement n'est pas réellement disponible au Rwanda et que dès lors l'argumentation de la partie défenderesse ne saurait être valablement invoquée par l'Etat belge pour s'exonérer de ses engagements internationaux. Elle rappelle que le pays ne dispose pas d'infrastructures médicales et humaines suffisantes pour un suivi régulier, que le système de soins de santé au Rwanda ne permet pas d'assurer de manière satisfaisante son traitement médical lourd et exigeant, qu'elle n'a aucune famille sur place qui pourrait l'aider financièrement, et que l'absence de traitement pourrait avoir des conséquences catastrophiques. Elle estime donc qu'en décidant de son éloignement du territoire, au péril de sa vie et de son état de santé, la partie défenderesse viole le prescrit de l'article 3 de la CEDH. Elle ajoute que la partie défenderesse ne motive pas adéquatement le premier acte attaqué au regard de la protection absolue due au droit fondamental de ne pas subir de traitements inhumains et dégradants et « *à son droit à la santé et à bénéficier de soins appropriés dans des conditions décentes qui en est le corollaire* ». Elle en conclut que la partie défenderesse a méconnu l'article 3 de la CEDH ainsi que les principes et dispositions visés au moyen.

3. Discussion.

3.1.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 [...]. Ce certificat médical 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 également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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.

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 30 janvier 2017, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *HTA ; Cardiomyopathie hypertrophique non obstructive dilatée avec altération importante des fonction VG 5FE VG 35 %* ; *Insuffisance rénale chronique ; Hépatite C (non active, non traitée)* » pour lesquelles les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante. Par ailleurs, le Conseil observe que la partie requérante se borne à affirmer de manière péremptoire que la partie défenderesse « *fonde sa décision sur une motivation stéréotypée* » sans néanmoins indiquer le moindre élément concret de nature à soutenir une telle information.

3.1.3. A titre liminaire, sur l'ensemble du moyen unique, le Conseil rappelle que le fait d'apporter une pièce pour la première fois 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 telles pièces 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 : CE 8 août 1997, n° 67.691 ; CCE 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'en 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 sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de sa situation, qu'elle peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays.

3.2.1. S'agissant de l'examen de la disponibilité, et plus particulièrement du grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir rencontré la partie requérante, le Conseil rappelle que ce dernier n'est nullement tenu d'interroger la partie requérante ou de l'examiner. Il a rendu son avis sur la situation médicale de la partie requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un autre médecin (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010). En outre, force est de convenir que ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition n'imposent de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste.

Quant à la référence au Code de déontologie, le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *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* ».

Eu égard à l'absence d'indication concernant le coût des médicaments, reprochée à la partie défenderesse par la partie requérante, le Conseil observe que cette dernière n'a nullement invoqué le coût élevé de ses médicaments en termes de demande en sorte qu'il ne saurait être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir motivé sa décision sur ce point.

3.2.2. S'agissant des affirmations de la partie requérante selon lesquelles elle est dans l'impossibilité de prendre connaissance de la documentation MedCOI car elle n'est pas consultable, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées, de telle sorte que la partie requérante est en mesure d'y avoir accès. Si elle désirait compléter ses informations quant aux considérations de fait énoncées dans le premier acte attaqué, il lui était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, dossier qu'elle ne démontre pas avoir sollicité, tout comme elle ne démontre pas davantage que cette demande lui aurait été refusée.

Quant aux griefs relatifs aux informations provenant de la base de données MedCOI utilisée par la partie défenderesse et dont la partie requérante critique la fiabilité, le Conseil constate qu'elle se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par son état de santé ne lui serait pas disponible et accessible, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité.

3.2.3. S'agissant de l'argumentation de la partie requérante selon laquelle le site de l'hôpital « *renseigné par le médecin-conseil lui-même, nous informe pourtant que dans l'unique unité d'hémodialyse de cet hôpital, travaille un seul docteur à temps plein [...] Que Butare est la plus grande ville du sud du Rwanda ; qu'elle est habitée par 86.000 personnes ; que le déficit en personnel au sein de ce service est évident* » et des documentations invoquées à l'appui de son argumentation concernant la mauvaise qualité des services médicaux au Rwanda, le Conseil constate que ces éléments sont invoqués pour la première fois en terme de requête, de sorte qu'il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte.

3.2.4. En ce que la partie requérante n'aperçoit pas le « Périndopril » dans la liste des médicaments disponibles au Rwanda, il apparaît que le fonctionnaire médecin a procédé à un examen de la disponibilité en se fondant sur la requête MedCOI « BMA 9005 », versée au dossier administratif, qui démontre que le « Périndopril » est « *available* », notamment à « *Vine Pharmacy* » et à « *Kigali* ». Par conséquent, le grief manque donc en fait.

En outre, le Conseil relève que dans son avis, daté du 30 janvier 2017, si le fonctionnaire médecin indique que l'« Allopurinol » est disponible dans les pharmacies « *Sophar* », force est de constater qu'il

se fonde sur les requête « BMA 7133 », « BMA 9005 », « BMA 7267 » et « BMA 8998 » pour examiner la disponibilité des traitements « *Burinex, Amlor, Périndopril, Nobiten et Zyloric* » et non sur le site des pharmacies « *Sophar* ».

Quant au fait que la liste de médicaments essentiels provenant du site « *www.moh.gov.rw* » daterait de 2010, le Conseil observe que la partie requérante n'étaye aucunement son assertion de défaut d'actualité par des éléments concrets et pertinents et n'indique pas en quoi la liste susmentionnée ne serait plus valable actuellement.

Par ailleurs, quant au grief fait au fonctionnaire médecin d'avoir indiqué que certains médicaments peuvent être remplacés par d'autres, le Conseil d'Etat a jugé 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 9ter 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* » (C.E., arrêt n° 236.016, rendu le 6 octobre 2016 ; dans le même sens : C.E., arrêt n° 233.986, rendu le 1^{er} mars 2016).

3.3.1. En ce qui concerne l'examen de l'accessibilité de soins, le Conseil observe tout d'abord que la partie requérante ne conteste pas le motif de l'avis médical du 30 janvier 2017 selon lequel « *le conseil de l'intéressé invoque la précarité de l'infrastructure médicale au pays d'origine de son client qui ne lui permet pas d'avoir une prise en charge et le suivi immédiat d'un traitement médical adéquat dans le but d'attester que monsieur [M.H.] n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine. Cependant, il ne fournit aucun document à ce sujet. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n°97.866 du 13/07/2001)* ».

A cet égard, le Conseil rappelle, en effet, que selon une jurisprudence constante, c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen de sa situation administrative qu'il incombe d'en informer l'administration qui, pour sa part, ne saurait être tenue de procéder à des investigations, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 109.684, 7 août 2002).

Ainsi, en ce que la partie requérante fait valoir que l'école secondaire dont elle s'occupe n'est pas une activité à but lucratif, que les dialyses coûtent extrêmement cher, qu'elle ne comprend pas dans quelle mesure son entourage participera aux frais médicaux d'un traitement aussi coûteux, le Conseil ne peut que constater que ces éléments n'ont nullement été invoqués à l'appui de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Par ailleurs, s'agissant des nouvelles pièces apportées en termes de requête et étayant l'argumentation de la partie requérante, le Conseil renvoi au raisonnement exposé au point 3.1.3. du présent arrêt et estime que la partie requérante ne peut, en l'espèce, reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'informations dont elle s'était gardée de faire valoir la pertinence au regard de sa situation dans la demande de séjour introduite, ou à tout le moins avant la prise de l'acte attaqué.

S'agissant de l'argumentation par laquelle la partie requérante conteste le motif relatif au remboursement des frais des bénéficiaires de la Mutuelle de Santé pour les patients atteint d'insuffisance rénale, le Conseil observe, une nouvelle fois, que ces éléments sont invoqués pour la première fois en termes de demande et renvoi aux développements tenus au point 3.1.3. du présent arrêt. En outre, force est de constater que la partie requérante ne réfute pas la possibilité d'avoir accès à une compagnie d'assurance privée comme mentionné dans l'avis du fonctionnaire médecin.

3.4. Quant au risque de traitement inhumain et dégradant, le Conseil rappelle que l'application au cas d'espèce de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, se confond avec celle de l'article 3 de la CEDH qui vise précisément à éviter tout risque sérieux de tels traitements en cas d'éloignement effectif. Or la Cour EDH a établi, de façon constante, que « *[/]les non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de*

vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [I]es progrès de la médecine et les différences socioéconomiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Unis, §§42-45).

3.5. 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 son moyen de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

3.6. Quant à l'ordre de quitter le territoire, notifié à la partie requérante en même temps que la décision de rejet de sa demande d'autorisation de séjour et qui constitue le second acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen pertinent à son encontre.

Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que, d'autre part, la motivation du second acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

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 1.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Article 2.

Le droit de rôle indûment acquitté par la partie requérante, à concurrence de 186 euros, doit être remboursé.

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

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

Mme J. PAULUS, greffier assumé.

Le Greffier,

La Présidente,

J. PAULUS

E. MAERTENS