



Arrêt

n°252 893 du 15 avril 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître H. CHATCHATRIAN
Langestraat, 46/1
8000 BRUGGE

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 septembre 2016, par X, qui déclare être de nationalité mauritanienne, 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 4 août 2016 et notifiée le 18 août 2016.

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, dite « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 12 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 12 avril 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. VAN NIJVERSEEL *loco* Me H. CHATCHATRIAN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, 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 en février 2010.

1.2. Elle a ensuite introduit diverses demandes de protection internationale et une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *bis* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 3 août 2011, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a fait l'objet en date du 4 septembre 2012 d'une décision de rejet. Dans son arrêt n° 99 743 prononcé le 26 mars 2013, le Conseil a rejeté le recours en annulation introduit contre cet acte, suite au retrait de celui-ci. Le 11 avril 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet.

Dans son arrêt n° 175 753 du 4 octobre 2016, le Conseil a rejeté le recours en suspension et annulation introduit contre cette décision suite au retrait de celle-ci.

1.4. Le 2 août 2016, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 4 août 2016, la partie défenderesse a pris à nouveau à l'égard de la requérante une décision de rejet de la demande visée au point 1.3. 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.

Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée (Madame [N'D. A.]) 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 Mauritanie, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 02.08.2016, (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 du demandeur, 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.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Mauritanie.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors,

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que ces pathologies n'entraînent (sic) pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible en Mauritanie.

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.

Il faut 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 ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la « *Violation de l'article 9ter de la [Loi]* » et de la « *Violation des principes de bonne administration – violation de l'obligation de la motivation matérielle* ».

2.2. Elle expose que « *La décision actuellement attaquée motive que les soins nécessaires sont disponibles et accessibles pour la partie requérante. Principalement, elle se base sur une base de données non publique (!) du projet MedCOI. [...] La partie requérante, qui ne peut malheureusement pas poser de questions directes au projet MedCOI voit que le partie adverse constate sur base de cette source que le suivi nécessaire de la partie requérante serait disponible selon cette requête. Le conseil de la partie requérante – ne disposant pas du dossier administratif au moment de la rédaction de cette requête – demande au conseil de vouloir bien vérifier si ceci est vraiment [correct]. Quelle est d'ailleurs la valeur d'une source anonyme dont la partie requérante ne peut pas vérifier la crédibilité et à laquelle elle ne peut pas non plus poser des questions directes ?? La partie requérante ne peut pas vérifier l'information de la partie adverse et contacter le MedCOI, puisque la base de données de celui-ci est non publique et accessible seulement pour « les 12 partenaires européens ». Pour cette raison, l'information tirée de cette source anonyme ne peut donc pas être prise en compte en évaluant la décision actuellement attaquée. Si la partie requérante osait appuyer sa demande sur une source non*

publique, la partie adverse solliciterait également qu'elle soit écartée des débats. [...] Pour cette raison, il n'y a aucune information crédible de la part de la partie adverse qui indique que le suivi de la partie requérante en Maurétanie est bien disponible !! La décision attaquée viole donc manifestement l'article 9ter de la [Loi] ainsi que l'obligation de la motivation matérielle ».

2.3. Elle développe « La décision attaquée énonce les médicaments dont la partie requérante a besoin: [...] Nulle part, la liste contient un médicament concret qui peut remplacer le «Duovent». Elle parle de la « théophylline », [du] « salbutamol » comme appoint[s] des beta 2 mimétiques, mais ceci ne sont pas de[s] médicaments. Ce sont des substances. [...] La partie requérante n'est pas un docteur, mais elle se demande si n'importe quel médicament qui contient de la « théophylline » et [du] « salbutamol » peut remplacer le « Duovent ». Elle n'en est point convaincue. Il en est de même pour le « Symbicort ». Le docteur ne propose aucun médicament, mais selon lui, la substance 'budesonide' serait la substance principale de ce médicament. Il conclut de nouveau que cette substance est disponible en Mauritanie et –de ce seul fait- qu'un remplaçant existe pour le « Symbicort ». Aucun médicament concret n'est proposé. Ceci n'est pas sérieux ! La partie requérante a donc des doutes sérieux quant à la disponibilité des médicaments nécessaires en Mauritanie ».

2.4. Elle argumente « Concernant l'accessibilité des soins de santé, la partie adverse motive : [...] Lorsqu'on vérifie ce site, on peut lire: « Activités L'Association fait des plaidoyers auprès des autorités sanitaires, administratives et communales pour une prise en charge effective du diabète et ses complications car aujourd'hui, cette maladie constitue un réel problème de santé publique. L'ouverture d'un centre de diabétologie est indispensable pour les personnes malades du diabète et facilitera une bonne éducation sur la maladie. Célébration de la journée mondiale du diabète le 14 Novembre 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, avec les partenaires à Nouakchott et au niveau des antennes régionales. Organisation d'un atelier de validation du plan d'action quinquennal en présence des représentants du Ministère de la Santé, de l'OMS, des coordinateurs des antennes régionales de l'Association et des professionnels de la santé. Sensibilisations et Dépistages: dans 2 établissements secondaires, dans 4 centres de santé à Nouakchott, suivi de 25 enfants diabétiques adhérents à l'Association Caravane médicale le 5 [e]t 6 juillet 2013 à Rosso, ville située à 204 Km de Nouakchott la capitale. Participation à la visioconférence organisée le 6 juillet 2013 entre l'Association Mauritanienne de lutte contre le Diabète (AMLCD), L'Association Sénégalaise de diabétiques (ASSAD) et l'Association Marocaine des diabétiques dont le thème est : Diabète et Ramadan. » Le dépistage de la maladie n'est plus nécessaire, la partie requérante sait de quoi elle souffre. C'est par contre son suivi qui est nécessaire et l'accessibilité des médicaments nécessaires. Le site n'énonce que le suivi de 25 enfants diabétiques. La partie requérante, étant majeure, ne comprend donc pas en quoi ceci pourrait la rassurer... [...] A la fin de la décision, la partie adverse relativise l'obligation de démontrer que le traitement nécessaire est bien accessible au pays d'origine en motivant: [...] Elle semble alors oublier que l'article 9ter LLE est plus stricte que l'article 3 CEDH. En effet, l'article 9ter, alinéa 5 LLE détermine : « 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 13 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. » ».

2.5. Elle conclut que « Pour toutes ces raisons, la partie requérante est donc d'avis que la partie défenderesse a manifestement violé les dispositions de l'article 9ter de la LLE, mais aussi l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs ».

3. Discussion

3.1. En ce qu'il est pris du principe de bonne administration, le moyen unique est irrecevable. En effet, ce principe n'a pas de contenu précis et ne peut donc, à défaut d'indication plus circonstanciée, fonder l'annulation d'un acte administratif.

3.2. Sur le moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

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 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 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.

3.3. En l'espèce, le Conseil constate que la décision attaquée est fondée sur un rapport établi le 2 août 2016 par le médecin-conseil de la partie défenderesse dont il ressort, en substance, que la requérante souffre de pathologies pour lesquelles le traitement médicamenteux et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

3.4. Concernant la disponibilité des soins et du suivi requis dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a mentionné que « *Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé[e]) : 1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI : Requête Medcoi du 28.10.2015 portent le numéro de référence unique BMA 7392 [Cette requête montre] la disponibilité du suivi pneumologique, (clinique Kissi), de la fluticasone, la beclométasone pour remplacer le budesonide comme stéroïde inhalé, du salbutamol pour remplacer le fenoterol comme bêta2 mimétique et du montelukast en lieu et place de l'iprotropium comme appoint des bêta2 mimétiques. Le guide des médicaments remboursables de Mauritanie (tiré du site de l'assurance maladie du pays) nous confirme la disponibilité du salbutamol, de la beclométasone, du budesonide, de la metformine, de l'aprazolam et du bromazepam comme anxiolytiques, et de la théophylline comme appoint des bêta2 mimétiques Informations tirées du site : <http://www.cnam.mr/index.php/fr/> http://www.cnam.mr/uploads/documentation/1412785855_uidedemedicement.pdf Le suivi en médecine générale, gynécologie, pneumologie, diabétologie (en cas de nouvelle grossesse) est possible à la clinique Nejah. Pédiatrie également. Informations tirées du site : http://www.rimsante.org/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=95&lang=fr Le suivi pneumologique peut être assuré au complexe Lala Medical. Informations tirées du site : http://www.rimsante.org/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=81&lang=fr Le suivi gynécologique et [en] médecine générale peut être assuré à la clinique Esselma. Pédiatrie également. Informations tirées du site : http://www.rimsante.org/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=85&lang=fr La clinique Ibn Sina peut assurer le suivi en diabétologie et gynécologique également. Informations tirées du site : http://www.rimsante.org/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=82&lang=fr Le suivi psychiatrique peut également être assuré en Mauritanie. Informations tirées du site : <http://www.arsydemio.org/projets-ext%C3%A9rieurs/mauritanie/l-%C3%A9tude-en-sant%C3%A9-mentale/> Sur base des informations», nous pouvons conclure que les soins sont disponibles en Mauritanie », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile.*

En effet, en termes de recours, la partie requérante relève que la base de données MedCoi est une base de données non publique accessible seulement aux partenaires européens et elle souligne qu'elle ne peut en vérifier la crédibilité et si les informations qui en sont retirées sont correctes. A ce sujet, le

Conseil précise que les informations de cette base de données figurent au dossier administratif et qu'il était loisible à la requérante de demander la consultation de ce dossier sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration. De plus, le Conseil souligne que ce projet est une initiative du « *Bureau Medische Advisering (BMA)* » 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 Fond Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. En outre, les sources du projet 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* ». Enfin, 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. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

Pour le surplus, le Conseil constate en tout état de cause que, selon le médecin-conseil de la partie défenderesse, des sites Internet, distincts de la requête MedCoi, suffisent à eux seuls à attester de la disponibilité au pays d'origine du traitement médicamenteux et du suivi requis, ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation.

Relativement à l'argumentaire remettant en cause les substitutions opérées par le médecin-conseil de la partie défenderesse quant aux substances prescrites à la requérante, le Conseil ne peut y faire droit et il 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 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. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine* ». De plus à l'instar de la partie défenderesse dans sa note d'observations, le Conseil estime que : « *La partie requérante conteste sans aucune précision cette alternative thérapeutique et ne démontre pas qu'il ne s'agit pas d'une réelle alternative aux médicaments initialement prescrits* ».

3.5. S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi nécessaires au pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *Concernant l'accessibilité aux soins en Mauritanie, le conseil de l'intéressée affirme étant donné que sa cliente est originaire d'un pays sous-développé et que celui-ci est doté d'un système de santé précaire et que le nombre d'hôpitaux bien équipés est très limité. Selon lui, même si le traitement dont la requérante a besoin existait au pays d'origine, sa cliente n'y aurait pas accès à cause du coût très élevé. Constatons qu'il ne fournit aucun rapport. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Notons que les arguments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérants se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant en Mauritanie. 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 ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Par ailleurs, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que la sécurité sociale mauritanienne comporte trois branches : accidents de travail - maladies professionnelles, prestations familiales et invalidités - vieillesse - décès (survivants). L'employeur est tenu, dans le cadre du droit du travail, d'assurer le service des soins de santé à ses salariés et aux membres de leurs familles. L'employeur assume également le paiement des indemnités journalières en cas de maladie. Notons également que le système de santé en Mauritanie est le fruit des réformes inspirées par l'initiative de Bamako qui s'appuient sur le découpage administratif pour élargir la cartographie des unités sanitaires et en améliorer au maximum leur utilisation par les populations. Certes, le pays reste marqué par de nombreux problèmes d'accès aux soins pour certaines catégories de la population. Pour faire face à cette situation, le gouvernement a défini un certain nombre d'interventions et d'actions [potentielles] lors de l'analyse de la consultation sur le cadre de mise en œuvre de la déclaration d'Ouagadougou en 2009. Au niveau de l'accessibilité, ils ont décidé : de revitaliser le système de recouvrement des coûts, d'harmoniser et consolider les mécanismes existants, issus de divers programmes et bailleurs en un système unique au niveau opérationnel, de promouvoir la polyvalence des prestataires de santé dans les domaines essentiels et définir de manière décentralisée des critères d'indigence et soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de mécanismes de prévoyance maladie (assurance mutuelle et*

sécurité sociale). En outre, la République Islamique de Mauritanie a développé une politique nationale de santé et d'action sociale (2006-2015) Dans sa globalité, la politique vise à améliorer l'état de santé et la protection sociale des populations par l'accès à une prise en charge sanitaire et sociale de qualité. Concernant la prise en charge du diabète, notons qu'en Mauritanie, il existe l'Association Mauritanienne de Lutte contre le diabète (AMLCD) [qui] est un regroupement de personnes diabétiques et non diabétiques, à caractère apolitique et à but non lucratif. Elle s'efforce d'apporter une réponse globale et cohérente pour l'amélioration de la vie quotidienne des personnes malades du diabète. L'intéressée pourra bénéficier des services offerts par cette association. Par ailleurs, l'intéressée âgée de 31 ans est en âge de travailler. Étant donné que rien ne démontre eu dossier que l'intéressée serait dans l'incapacité de travailler, et que rien ne démontre aussi qu'elle serait exclue du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons que l'intéressée peut trouver un emploi au pays d'origine. Il ressort également des déclarations déposées par madame [N.D.A.] auprès des instances d'asile compétentes belge, que sa belle-sœur [A.] est présente au pays d'origine. C'est elle qui aurait financé son voyage. Que ses frères et sœurs sont également présents au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'elle ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précisons en outre, que nous devons considérer ces informations crédibles étant donné que la requérante, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétente en vue de se faire reconnaître comme réfugiée. Vu la durée relativement longue du séjour de l'intéressée dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, l'intéressée doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité. Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). Sur base de ces informations, nous pouvons conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine, la Mauritanie », ce qui ne fait l'objet d'aucune remise en cause utile.

En effet, le raisonnement du médecin-attaché de la partie défenderesse repose sur des éléments distincts, à savoir : le régime de sécurité sociale mauritanien, les interventions et actions potentielles définies par le gouvernement, la politique nationale de santé et d'action sociale, l'Association Mauritanienne de Lutte contre le diabète, le fait que la requérante peut trouver un emploi au pays d'origine et, enfin, l'absence de preuve que la requérante ne pourrait obtenir une aide financière ou autre de la part de sa famille ou de ses relations sociales restées au pays d'origine. Or, la partie requérante développe son argumentation uniquement relativement à l'Association Mauritanienne de Lutte contre le diabète. Sans s'attarder sur la pertinence ou non de ce dernier élément, le Conseil souligne en tout état de cause que les autres éléments, qui ne sont aucunement critiqués en termes de requête, suffisent à eux seuls aux yeux du médecin-conseil de la partie défenderesse pour considérer que la condition d'accessibilité au traitement médicamenteux et au suivi requis au pays d'origine est remplie.

Par ailleurs, quant à l'indication selon laquelle « Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013) », le Conseil relève en tout état de cause qu'elle est surabondante, le médecin-conseil de la partie défenderesse ayant conclu à l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires en Mauritanie. Ainsi, il n'est pas nécessaire d'examiner la critique de la partie requérante à cet égard.

3.6. Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que le médecin-conseil de la partie défenderesse a pu conclure que le traitement médicamenteux et le suivi requis à la requérante sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et la partie défenderesse a pu, en référence à l'avis de ce médecin, rejeter à bon droit la demande de la requérante.

3.7. Le moyen unique pris n'est pas fondé.

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 quinze avril deux mille vingt et un par :

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY, greffier assumé,

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE