



Arrêt

**n°264 249 du 25 novembre 2021
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NTAMPAKA
Place Jean Jacobs, 5
1000 BRUXELLES**

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 VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 7 janvier 2019, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 22 novembre 2018 et notifiée le 7 décembre 2018.

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 le mémoire de synthèse.

Vu l'ordonnance du 15 juin 2021 convoquant les parties à l'audience du 26 juillet 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me S. ISHIMWE *loco* Me C. NTAMPAKA, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et S. ARKOULIS *loco* Me D. MATRAY et Me S. MATRAY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 13 avril 2017.

1.2. Le 24 avril 2017, elle a introduit une demande de protection internationale. Le 23 mars 2018, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides lui a refusé le statut de réfugié et le statut de protection subsidiaire. Le 24 avril 2018, la requérante a introduit un recours contre cette décision.

1.3. Le 8 août 2018, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi.

1.4. Par un arrêt n° 209 348 du 14 septembre 2018, le Conseil de céans a refusé à la requérante la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.5. Le 27 septembre 2018, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.3. recevable.

1.6. Le 8 novembre 2018, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.7. Le 22 novembre 2018, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.3. non fondée. 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.

Madame [M.G.] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée 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 le Rwanda, pays d'origine de la requérante.

Dans son rapport du 08.11.2018, (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Rwanda.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'il 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 elle séjourne. Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « *de la violation : - des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs combiné à l'erreur manifeste d'appréciation ; de l'article 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; 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 de la cause ; de l'article 3 de la CEDH ».*

2.2. Dans une première branche, elle constate que « *[...] la partie adverse estime que le problème médical invoqué par la requérante ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ; Qu'ainsi prenant appui sur le rapport du médecin-conseil, elle en déduit que les traitements médicamenteux et le suivi médical seraient disponibles et accessibles au pays d'origine et que l'état de la requérante ne l'empêcherait pas de voyager ; Que la partie adverse se plaît à affirmer que qu'elle [sic] dispose d'un large pouvoir d'appréciation à l'égard des demandes soumises sur base de l'article 9 ter, que le Conseil dans le cadre du contrôle de légalité n'est pas compétent pour se substituer sin [sic] appréciation à celle de l'autorité administrative ».* Elle argue « *Qu'en l'espèce, la partie adverse se base sur des données MEDCOI pour confirmer l'existence et l'accessibilité des traitements au Rwanda ainsi que l'existence d'une mutuelle de*

santé pour tous ; Qu'une telle référence non accessible ne permet pas à la requérante de connaître les raisons qui fondent la décision prise ; Que dans une note infrapaginale les auteurs du site précisent ce qui suit : « Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucuns droits comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu. » ; Qu'ainsi le médecin-conseil pointe lui-même la fiabilité douteuse des sources utilisées afin de rendre son avis ; que les informations présentes sur la base de données MedCOI ne sont pas exhaustives, même si la partie adverse affirme les avoir imprimées ; Que par ailleurs, la partie adverse est fort consciente du caractère opaque de sa source de données MedCOI, même si elle affirme sans réserve que la source est fiable et que le Conseil violerait la foi due à l'avis médical et aux sources sur lesquelles il se fonde ; Que dans une interview du Journal Le Soir, le Dr. Marc Ingelbrecht, ancien médecin-conseil, critique la base de données MedCOI en ces termes « Le problème avec MedCOI, c'est que la réponse est oui ou non. C'est assez réducteur. Nous étions plusieurs à vouloir aller plus loin¹ » ; Que s'agissant de la mutuelle de santé, la partie adverse sait que le Rwanda organise sa mutuelle en fonction des catégories sociales (UBUDEHE) à quatre échelles ; que la mutuelle ne couvre que les personnes qui s'inscrivent et payent leurs cotisations sociales et cela suivant l'échelle à laquelle on appartient ; Que la Mutuelle couvre les soins primaires et non les soins spécialisés ; que même dans ces soins primaires, la personne malade doit payer elle-même des médicaments et ne peut rencontrer un médecin qu'en payant sa consultation et si le transfert est accepté ; Qu'ainsi l'avis [...] médical présente plusieurs informations erronées et lacunaires qui prouvent que la situation personnelle de la requérante n'a pas été étudiée au regard de la réelle disponibilité et accessibilité des soins et suivis médicaux au Rwanda ; Qu'en outre le médecin-conseil de l'administration affirme que la partie requérante peut effectivement être suivie et traitée dans son pays d'origine alors qu'il n'est pas spécialiste des pathologies dont elle souffre et qu'il ne l'a pas examinée ; Que la partie adverse fonde sa motivation exclusivement sur l'avis de ce médecin ; que ce dernier ne précise pas qu'au Rwanda on peut soigner la requérante ; qu'il ne dit mot sur le coût du traitement médicamenteux pourtant très élevé ; Qu'il revient pourtant à la partie adverse de préciser quelles sont les réelles disponibilités des soins au pays d'origine ; Qu'ensuite, le même avis affirme qu'un « service spécialisé (VIH) est disponible au Rwanda ; qu'il mentionne, en effet, la présence des spécialistes en médecine interne, en oncologie, en hématologie et en infectiologie qui peuvent assurer le suivi médical nécessaire à la requérante ; que toutefois, le médecin conseil se garde de préciser dans quelles conditions on peut accéder à ces médecins sans transfert par la mutuelle ; Que la partie requérante est dans l'impossibilité de trouver les informations relatives aux services médicaux de l'Hôpital King Faisal dont le site internet officiel est inactif depuis de nombreux mois ; qu'en effet, une page « 400 BAD REQUEST » s'affiche à chaque tentative de connexion sur le site de cet hôpital ; qu'il est lors impossible de vérifier la disponibilité du traitement médicamenteux nécessaire à la requérante ; Que le site de l'hôpital de l'University Teaching Hospital of Butare cite la présence d'un service spécialisé en médecine générale sans renseignements supplémentaires tels que le nombre de médecins ou le nombre d'infirmiers composant l'équipe actif au sein de ce service ; que la requérante se heurte au même manque de renseignement en ce qui concerne le service en oncologie ; Que les difficultés rencontrées par les hôpitaux et, de manière générale, la situation du système de santé au Rwanda sont toutefois connues de tous ; qu'en septembre 2015, un article publié sur la revue en ligne Kigalitoday estime à 1,5 milliard de FRW (1 850 000€) la dette dont le Ministère de la Santé est débiteur à l'University Teaching Hospital of Butare ; qu'en raison de cette dette, cet hôpital rencontre de grandes difficultés à payer son personnel et que sa pharmacie manque régulièrement de médicaments ; Qu'en de telles circonstances, il est impossible d'assurer un fonctionnement efficace et effectif au sein d'un hôpital ; que le personnel se fait rare et que pour exemple, le site de l'Hôpital Universitaire de Butare renseigne que dans l'unique unité d'hémodialyse de cet hôpital, seul service dont on peut trouver plus amples informations, travaille un seul docteur à temps plein, un membre du corps paramédical et 3 infirmières ; 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 ; que l'on peut conclure qu'au vu de la dette susmentionnée et des difficultés qu'elle engendre, le reste des services, dont ceux cités par le médecin conseil dans son avis, se retrouve dans la même situation ; Que l'hôpital de Butare n'est pas le seul à faire face à une telle situation ; qu'ainsi plusieurs hôpitaux sur l'ensemble du territoire rencontrent les mêmes difficultés ; Que le Ministère de la Santé doit à l'hôpital de Kabgayi une somme s'élevant à 500 Millions de francs rwandais, soit 625 000€ ; que le gouvernement de Kigali a failli à sa promesse de rembourser cette dette en 2014 les années qui ont suivies ; qu'aucune solution ne semble envisageable ; Qu'en effet, questionnée au sujet de la dette colossale à laquelle le Ministère de la Santé fait face depuis 2012 et la solution envisagée, la

représentante de la région de Muhanga dans laquelle se trouve l'hôpital de Kabgayi, Yvonne Mutakwasuku répond en ces termes : « [L'an passé (2014) le ministère de la santé n'avait pas de moyens financiers. Nous sommes en attente des chiffres de cette année afin d'examiner la possibilité de remboursement des divers hôpitaux. Il est vrai qu'il y a un problème financier qui n'est pas nouveau. L'argent sera reçu de la part du MINISANTE (Ministère de la Santé). De toute évidence, l'an passé, le gouvernement n'avait pas d'argent. Il vous est demandé de continuer à prodiguer les soins médicaux du mieux que vous pouvez. Peut-être que ce que les promesses que nous n'avons pas tenues l'an passé nous pourrions les tenir cette année] » [traduction libre de la partie requérante] ; Que le responsable de l'hôpital de la région de Gakenke rapporte que « Ne pas recevoir le remboursement de la dette dont la Mutuelle est débitrice, nous a conduit à nous endetter également, surtout auprès des autres pharmacies pour pouvoir acheter des médicaments. Par exemple nous venons de nous endetter auprès de la pharmacie de la région de Gakenke pour des médicaments dont la valeur s'élève à 65 millions de francs Rwandais (soit 81 500€). Parmi les dettes dont la mutuelle est redevable, certaines datent de l'an 2012, de sorte qu'ensemble la dette s'élève à 155 millions de francs rwandais » soit 193 000€ » [traduction libre de la partie requérante] ; Que le Dr Ntwari Ndizeye, responsable de l'hôpital de Muhima, rencontre les mêmes difficultés financières qui empêchent de fonctionner ; Que pour toutes ces raisons, la qualité des services médicaux offerts par les hôpitaux rwandais est très mauvaise parce que les médicaments ne sont pas disponibles ou que les services compétents sont inexistant ; Que les sites des autres grands hôpitaux du pays, à savoir The Kanombe Military Hospital, The Muhima Hospital..., ne fournissent pas davantage de renseignements quant aux services offerts en leur sein ; Que par ailleurs, le personnel médical, en particulier les docteurs en médecine, en raison de salaires trop bas ou faute de salaire, vont vivre à l'étranger dans l'espoir d'un meilleur niveau de vie ; Qu'ainsi un article publié en mai 2016 sur la revue en ligne Imvaho Nshya, informe que l'hôpital de la région de Gisenyi a perdu dix docteurs, que les raisons principales de ce départ sont d'une part les mauvaises conditions de travail, et d'autre part, les salaires trop bas qui ne leur permettaient pas de pouvoir s'offrir un toit, qu'il s'agit d'une catastrophe pour un pays qui a déjà connu une perte de nombreux docteurs lors du génocide de 1994 et une « grande fuite de cerveaux » suite au même génocide ; Qu'il en résulte que contrairement à ce qu'affirme la partie adverse en se basant sur le rapport du médecin-conseil, le système de santé au Rwanda n'est manifestement pas efficient et présente de nombreuses lacunes ; Que l'avis du médecin conseil sur lequel se base exclusivement la décision querellée, ne renseigne aucun site internet, aucun rapport d'organisme national ou international ni même une plateforme ou base de données autre que MedCOI indiquant la disponibilité du traitement médicamenteux suivi par la requérante ; qu'il semble donc que le traitement en question ne soit pas disponible dans le pays d'origine de la requérante ; Que de surcroît, le médecin-conseil se permet également d'ajouter plusieurs médicaments au traitement pris par la requérante ; qu'il justifie cet ajout en ces termes « Le principe actif Dolutegravir peut être remplacé par un inhibiteur de la protéase virale (par exemple Atazanavir ou Darunavir) ou par un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (par exemple Efavirenz) sans nuire à la sécurité de la requérante (Voir avis médecin-conseil, p. 2) » ; Que, d'une part, il ne prend pas la peine de renseigner dans son avis où trouver ces médicaments dans le pays d'origine et que d'autre part, rien ne permet de s'assurer que la substitution des médicaments par ces autres médicaments est exacte dans la mesure où le médecin spécialisé ne le prescrit pas ; que la nomination dans un service public comme médecin conseil de donne pas la compétence de tout examiner et de prescrire des médicaments sans consulter le malade ; Que le médecin conseil ignore tout des intolérances de la requérante et ne s'est pas donné la peine de la consulter ni de l'inviter à faire des examens supplémentaires ; que dès lors, force est de constater que le médecin conseil a tort lorsqu'il affirme que la requérante peut prendre un autre traitement sans nuire à sa sécurité ; Qu'il conviendrait, à tout le moins, que le médecin-conseil renvoie à des sources fiables indiquant les concordances entre les médicaments pour que la requérante qui n'est pas médecin, puisse vérifier que l'examen de la disponibilité des médicaments ait été effectué conformément aux principes de bonne administration, ce que le médecin-conseil reste en défaut de faire en l'espèce ; Que des médecins belges ayant travaillé au Rwanda assurent que l'ensemble du traitement médicamenteux que doit prendre la requérante n'est pas disponible dans son pays d'origine ; qu'ils avertissent aussi la requérante que retourner au Rwanda dans l'état actuel de sa santé serait suicidaire ; Que cet avertissement n'a rien d'étonnant compte tenu des divers articles rapportés par la requérante, articles qui renseignent au sujet du manque de médicaments au Rwanda ; Qu'outre son opacité, il convient également de remettre en cause la fiabilité et la pertinence de l'unique source utilisée par le médecin-conseil pour rendre son avis relatif à la prétendue disponibilité des médicaments au Rwanda sur lequel l'Office des Etrangers base exclusivement sa décision ; qu'en effet, l'on ne peut raisonnablement se baser uniquement sur la base de données MedCOI – qu'il indique lui-même être lacunaire – pour estimer la disponibilité des médicaments au Rwanda ; Que le certificat médical non contesté confirme que la requérante doit prendre de manière régulière un traitement médicamenteux lourd et varié et ce à vie ; que le Dr. [R.P.] avertit qu'une interruption dudit traitement provoquera le

développement de multiples morbidités jusqu'à de multiples situations potentiellement létales ; Que les éléments présentés montrent que non seulement on ne peut garantir la qualité du suivi médical, mais qu'on ne peut être sûr de la régularité des stocks et de la disponibilité des médicaments au Rwanda ; Que de nouveau le médecin-conseil s'est prononcé sur base d'un dossier papier et sur des informations peu fiables, anciennes et non établies ; qu'il n'a jamais consulté la requérante, ni cherché à savoir concrètement l'état des services médicaux, car l'existence légale d'un hôpital de référence ne traduit pas son efficacité et son fonctionnement optimal ; Qu'il avait pourtant la possibilité de consulter la requérante, de se rendre compte de son état de santé comme le prescrit l'article 9ter de la loi sur les étrangers : « [...] ». C'est aussi ce qu'il ressort de l'article 35 b) du code de déontologie médicale : « Le médecin ne peut outrepasser sa compétence. Il doit prendre l'avis de confrères, notamment de spécialistes, soit de sa propre initiative, soit à la demande du patient, chaque fois que cela paraît nécessaire ou utile dans le contexte diagnostique ou thérapeutique. » ; Qu'il ressort de ce qui a été dit que la décision qui estime que les soins nécessaires et le suivi du traitement sont effectivement disponibles dans le pays d'origine commet une erreur manifeste d'appréciation ; Ce faisant, la partie adverse a méconnu l'obligation de motivation qui était la sienne, et a agi avec désinvolture, violant son obligation de soin et de minutie ainsi que les dispositions invoquées au moyen ; Que partant, le moyen, en sa première branche, est fondé ».

2.3. Dans une deuxième branche, elle relève que « la partie adverse affirme que les soins et le suivi médical dont la partie requérante a impérativement besoin seraient accessibles au Rwanda ». Elle soutient « Que le rapport du médecin conseil sur lequel elle se base la décision querellée fait mention d'une Loi au Rwanda aux termes de laquelle la population entière doit être couverte par une assurance santé ; Que la requérante ne démontre pas être dans l'incapacité matérielle de financer les traitements dont il a besoin ; Qu'après avoir cité les différentes assurances présentes au Rwanda, le médecin-conseil précise qu'il existe une assurance privée complémentaire à l'assurance de santé publique, qu'elle conclue donc que « la diversité de cette structure permet de fournir un accès à la santé presque universel à la population » du Rwanda ; Alors que la partie requérante affirme que les soins ne sont pas disponibles dans son pays, et qu'ils ne sont pas accessibles ; Que la partie adverse dans ses observations considère que l'existence d'une loi sur couverture de la population par une mutuelle santé traduit nécessairement sa mise en application et de facto la couverture pour tous ; Que la partie adverse ajoute que la requérante a travaillé commerçante, qu'elle a trouvé 9600 euros pour venir en Belgique, que cela est la preuve qu'elle pourra payer les soins de santé ; Qu'il est évident que le fait d'avoir possédé une somme d'argent ne traduit pas qu'elle soit de nouveau capable de gagner cet argent et payer les soins médicaux ; qu'il y a lieu de dire que la maladie est une maladie chronique dont les soins dureront toute la vie, que les soins nécessaires seront sans doute plus chers que la somme invoquée ; Que les assurances existantes sont des assurances privées souvent sectorielles, organisées pour les fonctionnaires et les personnes privilégiées mais qui ne concernent pas la population en général qui paye les cotisations à la mutuelle suivant l'échelle sociale définie et reçoivent uniquement les soins primaires ; Que la partie adverse cite une loi mais ne prend pas la peine de vérifier ni le champ d'application ni son effectivité ; Que dans l'hypothèse où le médecin conseil aurait fait un examen sérieux de la demande de régularisation médicale (quod non), celui-ci aurait constaté que faute de moyens financiers suffisants, seule 60% de la population rwandaise capable de payer est effectivement couverte par une mutuelle de santé de base qui couvre uniquement et exclusivement les soins primaires dans les Centres de santé et non les hospitalisations ou les soins spécialisés : Que le gouvernement refuse que les mutuelles de santé de base couvrent les traitements des maladies chroniques telles que le traitement du sida, la chimiothérapie et les dialyses en raison du coût beaucoup trop élevé de ces traitements ; Qu'il est dès lors inutile de citer les différentes assurances santé qu'elles soient d'initiative privée ou publique ; Que force est de constater que contrairement aux affirmations du médecin-conseil, le traitement médicamenteux que doit nécessairement prendre la partie requérante n'est pas couvert par la mutuelle santé ; Que par ailleurs, concernant l'adhésion de la population rwandaise aux assurances santé, il convient à nouveau de mettre en cause les affirmations du médecin-conseil ; qu'en effet depuis le début de l'an 2015, on assiste au limogeage et/ou à l'emprisonnement des maires de districts ; qu'ils sont pour la plupart accusés de faux et usage de faux ; qu'ils ont falsifié les statistiques d'adhésion aux mutuelles de santé (Pièce 3 de la requête). Qu'à force de vouloir impressionner le président et à peindre une bonne image de leur district et pays, en fin de journée, les comptes financiers ne concordent pas aux chiffres d'adhésion rapportés ; que des médecins, directeurs d'hôpital et même des ministres seraient mêlés au scandale (Pièce 3) ; Que la partie adverse soutient en outre que la requérante est né et a vécu une grande partie de sa vie au Rwanda et y a, par conséquent, tissé des liens sociaux et familiaux de sorte que rien ne démontre que son entourage social et/ou familial ne pourrait l'accueillir ou lui venir en aide afin de financer les soins de santé ; Qu'il convient d'emblée de rappeler dans quelles conditions la requérante a fui son pays d'origine ; que c'est suite à des

persécutions particulièrement graves dont elle a été victime des mains des autorités qui lui reprochaient sa proximité avec l'opposition au pouvoir qu'elle a précipitamment fui ; Que la partie adverse affirme à tort que l'information sur le rôle du beau-frère, Vice-président du parti PDP Imanzi est cité pour la première fois en requête devant le CCE ; Que cela figure bel et bien dans la demande d'autorisation de séjour dans les faits invoqués et les risques qu'une telle proximité peut entraîner; Qu'en effet, le beau-frère de la requérante, Monsieur [J.M.V.K.], est vice-président du PDP-Imanzi, parti politique d'opposition au gouvernement de Kigali ; Qu'en juillet 2016, à l'occasion d'un voyage en Pologne, la requérante est passée par la Belgique pour rendre visite à sa sœur et son époux, Monsieur [J.M.V.K.] ; que ce dernier, lui a remis un message à transmettre aux membres du parti d'opposition actifs au Rwanda ; qu'elle a été dénoncée et en a payé le prix ; qu'elle a été persécutée et n'a eu d'autre choix que de prendre le chemin de l'exil ; Que pour cette même raison, un retour au Rwanda est difficilement envisageable, et eu égard à sa situation médicale, il n'est pas exclu que par peur de déplaire aux autorités en apportant de l'aide à la requérante, désormais considérée au Rwanda comme membre de la famille d'un grand-opposant, elle soit discriminée par les services sur place et ne bénéficie par du traitement nécessaire ; qu'en effet, apporter son aide, même médicale, à un membre de l'opposition ou une personne ayant des liens avec cette dernière, est suffisant pour être ciblée par les autorités rwandaises ; qu'un retour au Rwanda serait suicidaire pour elle ; Qu'en tout état de cause, elle ne peut non plus s'attendre à recevoir une aide de la part des autorités qui la considèrent comme un opposant politique ; Qu'en suite, la partie adverse se contente de supposer que son entourage social et familial lui viendrait en aide si nécessaire ; Que pour rappel la requérante nécessite traitement ad vitam et que si elle bénéficiait de la mutuelle, quod non en l'espèce, celle-ci ne prendrait pas en charge les traitements des maladies chroniques comme expliqué ci-dessus ; qu'en 2015 le revenu mensuel moyen au Rwanda s'élevait à 47€10 ; que l'on imagine mal quelle personne dans son entourage au Rwanda pourrait lui apporter de l'aide en ayant des moyens financiers aussi limités ; Que le médecin conseil relève dans son avis que la requérante mener une activité de commerce en tant qu'indépendante et qu'elle a réussi à réunir 9.600,00 EUR pour son voyage en Belgique ; qu'il n'ignore pourtant pas les aléas qui vont de pair avec le statut d'indépendant ; que par ailleurs, la requérante a pris le chemin de l'exil sans intention de retour, qu'elle a vendu le peu de biens qu'elle avait afin de réunir les moyens financiers nécessaire à son voyage ; qu'elle a pris le chemin terrestre vers l'Ouganda et s'est séjournée soit à l'hôtel soit chez l'habitant ; que tout cela est fort coûteux ; qu'enfin de passer les postes de contrôles de police et ne pas être dénoncer aux autorités, il faut régulièrement glisser un billet entre les mains des personnes rencontrées sur le chemin ; Que la requérante s'est dépossédée de tous ses biens et a réuni 9.600.EUR pour assurer son voyage mais que cela n'est nullement signe d'une stabilité financière dans son pays d'origine ; Que la requérante n'a donc plus aucun bien au Rwanda ; qu'elle a tout vendu et abandonné ; qu'elle n'a plus de commerce ni d'activité professionnelle dans son pays d'origine ; Que l'insuffisance de ses revenus est dès lors évidente ; qu'il convient en outre de prendre en compte toutes les charges qui vont de pair avec sa situations cliniques (examens, analyses au laboratoire...) ainsi que le coût du reste du traitement médicamenteux ; que la requérante ne comprend pas dans quelle mesure et pourquoi son prétendu entourage participerait aux frais médicaux d'un traitement aussi coûteux ; Que force est de constater que l'avis médical sur lequel se fonde la décision querellée témoigne d'un examen superficiel du dossier mais démontre également que la situation personnelle de la requérante n'a pas été étudiée au regard de la réelle disponibilité et accessibilité des soins et suivis médicamenteux au Rwanda ; Qu'il y a lieu de déplorer que la partie adverse qui est en moyens de recherches effectifs fonde sa décision sur une information erronée; Qu'il ressort de ce qui vient d'être dit que la décision n'est pas motivée ».

2.4. Dans une troisième branche, elle observe que « la partie adverse considère qu'il n'existerait pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constituerait une atteinte à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après, « CEDH ») ». Elle allègue « que la partie adverse n'a pas pris en compte que le fait qu'un retour forcé au Rwanda de la requérante, la soumettrait à un risque réel de traitement inhumain et dégradant en raison de son état de santé actuel ; Qu'en effet, la motivation de l'acte attaqué ne permet pas à la requérante de comprendre en quoi son état de santé ne revêtirait pas le seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH ; Que ce faisant, la partie a violé le principe de bonne administration lui imposant de statuer en tenant compte de tous les éléments pertinents de la cause ; Que la Cour de Cassation a pourtant jugé dans son arrêt du 24/6/2015 que si l'éloignement crée une dégradation importante de la situation ou une réduction significative de son espérance de vie, l'on pouvait conclure à une violation de l'article 3 CEDH en ce qu'il prohibe de manière absolue tout traitement inhumain et dégradant. Que les tribunaux belges se sont plusieurs fois prononcés sur la violation de l'article 3 CEDH : « Pour qu'un traitement soit inhumain ou dégradant, il n'est pas nécessaire qu'il mette en péril la vie humaine de celui auquel il est infligé, qu'il suffit, pour qu'il soit qualifié tel, qu'il mette gravement en question les droits fondamentaux des personnes auxquelles il est infligé; que parmi ces droits fondamentaux figure le droit à l'intégrité physique et, en conséquence, le

droit de recevoir des soins appropriés dans des conditions décentes)) (Bruxelles, 13.6.97, R.G., n°13 1997/2359, Sulejmani Naser Haliti Ferije c. Etat belge; Civ, (réf.), Bruxelles, 17.4.96, R.D.E., 1996, n°91, 765; Trib. Pr. Inst. Bruxelles, réf., 27.2.96, R.G., n° 961362/C, Jonuz Ibraimovic c. Etat belge). Que de la même manière, le Conseil d'Etat a pu juger, notamment dans un arrêt n° 96.643 du 19 juin 2001, que « l'article 3 de la Convention «impose aux Etats parties à la Convention le devoir, non seulement de ne pas violer le droit protégé par cette disposition, mais aussi de prévenir les violations de ce droit», (CE., n° 96.643, 19juin 2001, Adm. Publique, 09/2001, 154-155). Qu'en l'espèce, la partie défenderesse ne peut s'abstenir d'examiner de manière complète l'accessibilité et la disponibilité des soins dans le pays d'origine, sous peine de méconnaître l'article 3 de la CEDH, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 précitée ainsi que les principes et dispositions reprises au moyen ; Qu'il a également été démontré supra que le système de soins de santé Rwanda ne permettait donc pas d'assurer de manière satisfaisante le traitement médical lourd et exigeant que doit suivre la requérante ; Que sa proximité avec le vice-président du PDP-Imanzi, parti d'opposition au gouvernement du Rwanda, est un élément supplémentaire dans sa situation ; qu'elle sera discriminée par les autorités et par les membres des services médicaux de peur d'être ciblée à leur tour pas les autorités du fait de l'aide apportée à la requérante ; Qu'il est dès lors indubitable que la requérante ne disposera pas d'assez de moyens financiers pour s'acquitter du prix des médicaments et des soins médicaux ; Qu'elle ne peut par ailleurs pas compter avec certitude sur une aide effective de la part de son entourage tel que l'affirme le médecin-conseil vu que cet entourage n'a aucune obligation à son égard et que les moyens de la population sont fort réduits pour survivre et s'entraider ; Qu'en décidant de l'éloignement du territoire de la requérante au péril de sa vie et de sa santé, contre les avis circonstanciés des médecins consultés par le requérant, la partie défenderesse viole donc l'article 3 de la CEDH ; Qu'elle est en outre en défaut de démontrer la mise en balance des intérêts en concurrence in casu et que se faisant, elle a de nouveau violé son obligation de motivation formelle des actes administratifs telle que prévue aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991; Que partant, le moyen, en sa troisième branche, est fondé ».

3. Discussion

3.1. Sur les deux moyens pris, toutes branches réunies, 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil soulève enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative 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'explicitier 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre 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 établis 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 (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

3.2. En l'espèce, le Conseil constate que la décision attaquée est fondée sur un avis médical du 8 novembre 2018 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. Il résulte dès lors de ce qui précède que le médecin-conseil a rendu son rapport en fonction de la situation de santé personnelle du requérant.

3.3. Plus particulièrement, concernant la disponibilité du soin et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé que « *Un suivi médical spécialisé (HIV) est disponible au Rwanda, ainsi que les examens de labo nécessaires (CD4, charge virale). Le suivi peut aussi être assuré par un spécialiste en médecine interne, en oncologie, en hématologie, en infectiologie. Ce suivi est possible dans des établissements tant publics que privés. Les principes actifs Abacavir et Lamivudine sont disponibles, isolément ou combinés. Le principe actif Dolutegravir peut être remplacé par un inhibiteur de la protéase virale (par exemple Atazanavir ou Darunavir) ou par un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (par exemple Efavirenz) sans nuire à la sécurité de la requérante. Selon les règles de bonnes pratiques en Belgique, le schéma de traitement de l'HIV comprend en effet généralement 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (ici Abacavir et Lamivudine) associés à un autre antirétroviral qui est soit un inhibiteur d'intégrase soit un inhibiteur de la protéase virale soit un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (cf http://www.cbip.be/fr/chapters/12?faq=20339&trade_familv=30775). Il n'y a pas dans ce dossier la moindre preuve d'une intolérance ou d'une résistance à ces substances. Il convient de remarquer qu'en cas de traitement d'un étranger susceptible de retourner dans son pays d'origine il est judicieux et responsable de tenir compte des médicaments reconnus et à l'efficacité validée qui sont disponibles dans ce pays d'origine et ceci afin de préserver l'intérêt supérieur de la santé du requérant. Le traitement et le suivi sont adéquats, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine. Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressée puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine de la requérante soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique. La disponibilité et par conséquent la continuité des soins nécessaires et appropriés est donc garantie dans le pays d'origine. Tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Voir <https://www.faqq-afmps.be/fr/items-HOME/indisponibilites> de médicaments pour les médicaments actuellement indisponibles en Belgique. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des médicaments alternatifs, en Belgique comme ailleurs. Voir aussi <https://www.rtf.be/info/belqiae/detail-pres-de-400-medicaments-en-rupture-de-stock?id=9871444>. Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée, 29 pages) : informations provenant de la base de données non publique MedCOI1 : Requêtes portant les numéros de référence uniques BMA 8998, BMA 9260, BMA 9737, BMA 10789, BMA 11062. Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi médical nécessaire et les médicaments prescrits à la requérante (ou des équivalents de classes thérapeutiques similaires qui peuvent valablement les remplacer sans nuire à sa sécurité) sont disponibles dans le pays d'origine. Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre les recommandations thérapeutiques émises par son médecin. De ce fait, la non-observance thérapeutique délibérément choisie par un(e) patient(e) ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer, a posteriori, une péjoration de la situation antérieure », ce qui se vérifie au dossier administratif et ne fait l'objet d'aucune critique utile.*

3.4. S'agissant du fait que la base de données MedCOI ne serait pas librement accessible, le Conseil relève que les informations de cette base de données figurent au dossier administratif et qu'il était loisible au requérant de demander la consultation de ce dossier sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration. Quant à la fiabilité de cette base de données, le Conseil constate qu'en termes de recours, la partie requérante se limite à une contestation générale quant à la fiabilité et l'exactitude de celle-ci, sans plus de précision, alors 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 Fonds Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. Par ailleurs, 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 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 l'exactitude de ces données.

En outre, en ce que la partie requérante semble tirer grief du fait que la base de données MedCOI ne fournisse aucun élément quant à l'accessibilité du traitement médical précité, le Conseil constate, à la lecture du rapport établi par le fonctionnaire médecin, que ce dernier s'est uniquement servi de la base de données MedCOI afin d'évaluer la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine et ne s'y est nullement référé lors de son évaluation de l'accessibilité de ces mêmes éléments. Partant, l'argumentaire de la partie requérante est inopérant.

3.5. Quant au reproche fait au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la requérante, le Conseil observe que la partie défenderesse renvoie à l'avis sur l'état de santé de la requérante, donné par le médecin fonctionnaire sur la base des certificats médicaux transmis au dossier administratif, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 *ter* de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent au médecin conseil de la partie défenderesse de rencontrer le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

3.6. Au sujet de l'impossibilité de trouver des informations relatives aux services médicaux de l'Hôpital King Faisal, le Conseil relève que dans différentes requêtes MedCOI figurant au dossier administratif, il est à chaque fois fait référence à un autre hôpital dans lequel seraient disponibles les soins et le suivi nécessaire à la requérante et que la référence à cet autre hôpital n'est nullement critiqué en termes de requête. Dès lors, le Conseil estime inutile de s'attarder sur ce grief, la référence à un autre hôpital, non critiqué en termes de requête, étant suffisante pour justifier la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine. En ce qui concerne la critique relative au site de l'University Teaching Hospital of Butare, le Conseil n'en perçoit pas la pertinence dès lors qu'il n'est fait référence à cet hôpital, ni dans la décision querellée, ni dans l'avis du médecin-conseil du 8 novembre 2018, ni dans les différentes requêtes MedCOI présentes au dossier administratif.

3.7. S'agissant des allégations relatives, en substance, aux défaillances du système de santé au Rwanda et aux divers articles rapportés par la partie requérante ayant trait au manque de médicament, le Conseil relève qu'ils sont invoqués pour la première fois en termes de requête. Dès lors, il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte au moment où elle a pris l'acte attaqué. Le Conseil rappelle à cet égard que la légalité d'une décision s'apprécie en fonction des éléments dont disposait l'autorité au moment où elle a statué, et non en fonction d'éléments qui sont postérieurs à sa décision et qu'elle ne pouvait forcément qu'ignorer.

3.8. 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 9^{ter} 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 « ne démontre pas que les médicaments proposés par le médecin fonctionnaire ne seraient pas une réelle alternative au médicament initialement prescrit ». S'agissant du grief fait au médecin-conseil de ne pas avoir renseigné dans son avis où trouver ces médicaments au pays d'origine, le Conseil relève que, dans son avis médical, le médecin-conseil a fait référence à des requêtes MedCOI se trouvant au dossier administratif et, qu'à la lecture de celles-ci, il ressort que les alternatives proposées par le médecin-conseil sont disponibles au pays d'origine, en ce qui concerne le darunavir à la pharmacie du Kigali University Teaching Hospital et à celle du Rwanda Military Hospital et pour ce qui est du atazanavir à la pharmacie du Kigali University Teaching Hospital et à celle du King Faisal Hospital.

3.9. En ce qui concerne l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil relève que la partie défenderesse a motivé que « Concernant l'accessibilité des soins au Rwanda, le Conseil de Madame [M.G.] 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 au demandeur 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 au Rwanda. Par ailleurs, Madame [M.G.] affirme qu'elle est arrivée en Belgique le 13/04/2017 ce qui laisse supposer qu'elle a vécu la majeure partie de sa vie au Rwanda et a dû y tisser des liens sociaux et/ou familiaux. Dès lors, rien ne démontre qu'elle ne pourrait être accueillie ou aidée par de la famille et/ou des amis au pays d'origine. Enfin, soulignons que l'intéressée déclare, avoir travaillé en tant que commerçante indépendante en alimentation et rien n'indique qu'elle serait maintenant exclue du marché de l'emploi ou dans l'incapacité d'exercer cette activité à nouveau (ou toute autre activité) lui permettant de subvenir à ses besoins en matière de santé. Elle a pu également réunir une somme de 9600 euros pour financer son voyage vers la Belgique et rien ne nous prouve qu'elle ne serait, à nouveau, en mesure de trouver les fonds nécessaires pour financer les éventuels soins médicaux. Sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, Je peux conclure que les soins requis sont accessibles dans le pays d'origine. Rappelons également que le rôle du médecin fonctionnaire n'est pas de vérifier si les soins du pays d'origine sont de qualité comparable à ceux prodigués en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre le demandeur soient disponibles et accessibles au pays d'origine. Il est enfin à préciser que l'intéressée est en âge de travailler. En l'absence d'une attestation d'un médecin du travail faisant état d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, y exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et financer ainsi ses besoins médicaux. La requérante peut choisir de s'établir dans un lieu du pays d'origine où les soins sont disponibles. On notera que les habitants de son pays d'origine font aussi les déplacements nécessaires pour recevoir les mêmes soins médicaux ».

3.10. Ainsi, le raisonnement du médecin-conseil repose sur des éléments distincts, à savoir : les structures d'assurances publiques et privées, le fait que la requérante ne serait pas indigente, la circonstance que rien ne prouve que le requérant n'a pas tissé, au pays d'origine des relations sociales et/ou familiales susceptibles de lui venir en aide, la possibilité pour la requérante d'avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, d'y exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et d'ainsi financer ses besoins médicaux et le fait qu'elle pourrait s'établir dans un lieu du pays d'origine où les soins seraient disponibles. Or, en termes de recours, la partie requérante ne conteste pas utilement l'élément selon lequel la requérante pourrait exercer un emploi lui permettant de financer les soins et le suivi nécessaires au pays d'origine, l'affirmation selon laquelle elle « n'a plus de

commerce ni d'activité professionnelle dans son pays d'origine » ne pouvant suffire quant à ce. Le Conseil estime dès lors que cet élément, non utilement remis en cause en termes de recours, suffit à lui seul à justifier, selon le médecin-conseil de la partie défenderesse, que la condition d'accessibilité aux soins et au suivi requis est remplie. Partant, le Conseil estime inutile de s'attarder sur le reste de l'argumentation de la partie défenderesse ayant trait à la condition d'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine.

3.11. En ce qui concerne la violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, en se référant à l'avis du médecin-conseil du 8 novembre 2018, la partie défenderesse a déclaré non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 *ter* de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé de la requérante sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant.

S'agissant des allégations relatives aux risques de persécutions au pays d'origine, le Conseil relève qu'elles ont été jugées non crédibles par un arrêt n° 209 348 du 14 septembre 2018 dans lequel le Conseil de céans lui a refusé le statut de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

3.12. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique pris, toutes branches réunies, 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 annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-cinq novembre 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