



Arrêt

n°287 150 du 4 avril 2023
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. DE WOLF
Avenue Louise, 54/3ème étage
1050 BRUXELLES

contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 20 septembre 2022, par X et X, qui déclarent être de nationalité brésilienne, 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, tous deux pris le 30 juin 2022 et notifiés le 23 août 2022.

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 5 janvier 2023 convoquant les parties à l'audience du 28 février 2023.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. VAN NIJVERSEEL *loco* Me P. DE WOLF, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me F. MOTULSKY, 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 en 2015. La requérante déclare, quant à elle, être arrivée en Belgique le 11 mai 2019.

1.2. Le 14 septembre 2019, la partie défenderesse a pris, à l'encontre du requérant, un ordre de quitter le territoire et une interdiction d'entrée.

1.3. Par courrier recommandé du 15 mars 2021, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi.

1.4. Le 29 juin 2022, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu son avis médical.

1.5. Le 30 juin 2022, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.4. du présent arrêt non fondée. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs:

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

L'intéressée 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 Brésil, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 29.06.2022, (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 au requérant, 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 dans son pays d'origine.

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

1) il n'apparaît pas que l'intéressée 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'intéressée 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.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...). »

1.6. A la même date, la partie défenderesse a pris, à l'encontre du requérant, un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

«

MOTIF DE LA DECISION :

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

- *En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 2° de la loi du 15 décembre 1980, en tant qu'étranger non soumis à l'obligation de visa, il demeure dans le Royaume au-delà de la durée maximale de 90 jours sur toute période de 180 jours prévue à l'article 20 de la Convention d'application de l'accord de Schengen. Le requérant réside en Belgique au moins depuis le 15.03.2021(date d'introduction de la demande 9ter) ».*

1.7. Le même jour, la partie défenderesse a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « *de la violation de l'article 3 la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 9ter et 62 de la loi du 15*

décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, des principes généraux de bonne administration, notamment du principe de préparation avec soin d'une décision administrative, de l'obligation de diligence et de prudence dans la prise de décision, et du défaut de prendre en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier, de l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.2. A titre préliminaire, elle rappelle des considérations théoriques relatives à l'article 9 ter de la Loi, l'article 3 de la CEDH, l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, à l'article 62 de la Loi ainsi qu'à l'obligation de motivation formelle des acte administratif et qui expose que « *les principes de bonne administration impliquent notamment que l'administration doit tenir compte de l'ensemble des éléments pertinents du dossier. Les principes de bonne administration supposent aussi que toute décision soit prise avec soin et diligence et ne comporte pas d'erreur manifeste d'appréciation* ».

2.3. Dans une première branche, intitulée « *de l'absence de prise en compte de certains éléments essentiels du dossier et du défaut de motivation subséquent* », elle développe que « *A la lecture de la première décision litigieuse, il n'apparaît pas que la partie adverse et son médecin conseil aient pris en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier. Tout d'abord, dans la demande initiale d'autorisation de séjour, plusieurs éléments avaient été invoqués : - La complexité du traitement médicamenteux et thérapeutique et le taux élevé d'effets secondaires, nécessitant un suivi rapproché afin de garantir conseils et guidance par un spécialiste et éviter le manque de suivi du traitement prescrit entraînant un risque fatal ; - Le problème de sous-financement des soins de santé ayant des conséquences directes sur l'accessibilité aux soins de santé (notamment le financement des médicaments, financement des infrastructures, du personnel,...) - Le manque de personnel (in Brazil the rate is 2.1 and drops to less than one in some states in the poorer regions of the north and north east) - Le manque d'infrastructures (The somewhat arbitrary split of tasks between state and local governments is a source of inefficiency, particularly as it relates to the availability, scale and location of hospitals (often too small and underutilized). - La situation politique instable (The situation of healthcare in Brazil does raise a lot of concerns. For one, it is still sensitive to political and economic pressures.) - Le SUS connaît un sous-financement et de nombreux dysfonctionnements - Le fait que la requérante vit à Conceicao do Araguaia, dans une zone relativement reculée du Brésil. Cela a des conséquences importantes sur la disponibilité et l'accessibilité des soins. Ce lieu de vie éloigné des grandes villes a un impact sur l'accessibilité et la disponibilité des soins nécessaires. L'hôpital le plus proche avec soins spécialisés pour traiter le lupus se trouve à Belem, soit à 16h41 min de la ville de la requérante. - Elle ne pourra pas non plus compter sur l'assistance de ses parents qui sont âgés respectivement de 60 et 63 ans et sont trop vieux pour lui prêter assistance. Il ressort de la décision attaquée et de l'avis du médecin-conseil que ces éléments n'ont aucunement été pris en considération dans l'analyse du dossier. A fortiori, la partie défenderesse et son médecin-conseil ne répondent pas aux arguments et aux éléments évoqués dans la demande. En effet, l'avis médical se contente d'évoquer : - Que les informations invoquées sont de caractère général - Que la requérante peut choisir d'aller s'installer dans un endroit où les soins sont accessibles - Que le système de santé universel basé sur le droit à la santé garantit le droit à des soins à tous les citoyens sans frein financier Non seulement la demande fournit une réponse à ces arguments mais invoquent les points susmentionnés sur lesquels aucun retour n'est donné par la partie adverse. Plusieurs observations doivent être faites quant aux arguments (très réducteurs et insuffisants) de la partie adverse. Tout d'abord, si les informations sont de caractère générale, il appartient à la partie adverse de prouver que celles-ci ne s'appliquent pas à la requérante et non l'inverse. Ensuite, la requérante ne peut tout simplement aller s'installer ailleurs puisque ceci requiert tout d'abord une situation financière stable, qu'elle n'a pas, et que ceci la priverait de la présence de ses parents. Enfin, le SUS connaît de nombreux dysfonctionnements et ne fonctionne donc que partiellement. Brazil has a population of 204.4 million people and a territory of more than 8.5 million km². The country is divided into 26 states and one federal district, with 5570 municipalities. The states are further organized into five geopolitical regions. Between 1990 and 2015, the population grew by 38.2%. Life expectancy is 78.5 years for women and 71.3 years for men. In 2014, total health spending represented 6.7% of total government spending, and out-of-pocket spending reached 25% of total health spending. Between 2000 and 2014, antenatal care coverage increased from 43.7% to 64.6%, with 98.4% of births occurring in hospitals. Maternal mortality decreased from 73.3 to 58.2 per 100 000 live births in the period 2000 -2013. Likewise, infant mortality declined from 16.0 to 14.1 per 1000 live births between 2000 and 2014, and under 5 mortality decreased from 32 to 16.3 per 1000 live births. The Sistema Único de Saúde (SUS, or Single Health System) was created by the 1988 Constitution, under Alma-Ata's principles of universal and comprehensive access to health services, equity, decentralization and social participation. Management of the health system is shared between the Federal Ministry of Health, state departments and municipal health departments. Funds for the health*

system are obtained from general taxes, and from state and municipal contributions. Between 2000 and 2013, total health expenditure increased from 7.2% to 8% of gross domestic product, of which 3.8% was public expenditure. Per capita health expenditure went up from US\$ 502 to US\$ 946 (1) . (...) Although the ESF has made significant progress in terms of outcomes, the shortage of medical professionals has become a challenge for the expansion of primary care services <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326084/WHO-HIS-SDS-2018.19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Although Brazil has made a major effort to improve its population's health, as evidenced by a substantial increase in governmental health expenditure per capita from 2003 to 2014, the SUS remained underfunded. Funding was never sufficient to accomplish the goal of a universal system that would reduce the social and regional inequities that still persist in Brazil.^{3,5} Massuda et al.⁵ show that the SUS's structural problems and disparities will worsen with the austerity measures introduced by the current federal administration and risk reversing its achievements in improving population health outcomes. A c (...) The deterioration of the overall funding of the SUS and the ESF will be intensified by the new measures. The ultraneoliberal policy of the Bolsonaro government has imposed successive direct attacks on the SUS that not only change the form of funding, causing serious economic risks for states and municipalities, but also disregard the model of care that was being built up until recently. The transfer of federal resources for PHC to the municipalities, which was previously calculated according to the number of inhabitants of each municipality and specific incentives for the ESF multiprofessional teams under the current government measure, will be calculated according to the number of people enrolled in any kind of primary care team's patient lists-abolishing the incentives for multiprofessional teams as well. This shift in the resource allocation, from a population-based to an enrolled persons-based model, will have dire consequences for municipal funding. Unless all residents in a given area are enrolled in the ESF teams, there will be a reduction in the reference number for budgeting. Achieving high levels of enrollment is even less likely in large cities, where most of the population lives. Furthermore, with no specific funding, multiprofessional health care teams, another key feature of the ESF, are unlikely to persist. This is a stark departure from the principle of health as a universal right, making it impossible to apportion public resources according to the health needs of the population and thus nullifying the ESF care model. It is supported by World Bank proposals, driven by the idea of focused social policy, which is inherently inimical to universal access principles. Moreover, it does not include the necessary investments to reduce inequalities and inequities in health service delivery and does not add new funding. The new funding modalities mean significant losses for many overburdened municipalities. So far, no studies have been presented to support the new funding proposal. There is a risk of defunding PHC services in the urban peripheries of large cities. Estimates of the Councils of Municipal Health Secretariats of Rio de Janeiro⁶ and São Paulo point to considerable losses. The 12 municipalities of the Baixada Fluminense, a very poor region in the larger Rio de Janeiro metropolitan area, for example, would require enrolling more than 2 million people by May 2020, which is highly unlikely to say the least. More probably this will lead to a monthly loss of about US \$1.5 million, more than 40% of the total federal funding for this area in 2019, which will undoubtedly result in a lack of care to the population.⁶ On the other hand, the Councils of Municipal Health Secretariats of São Paulo estimates a loss of 47% of federal resources for PHC in the São Paulo state municipalities in 2021. The historic underfunding of the SUS is being aggravated by a draconian fiscal adjustment that has burdened municipalities to an extent that they will not endure any additional financial constraints. The Brazilian federation pact requires joint action between the three government levels to fulfill the state's responsibilities to the population's health. The transfer of municipal population-based federal resources according to the current system is fundamental and nonnegotiable, and its removal may lead to very serious damage to the organization of the universal system. The new PHC-funding model and other government initiatives completely change the community-oriented ESF care model, which reduced child mortality rates and hospitalizations for conditions sensitive to PHC and hospital expenses and increased prenatal coverage.^{3,4} The proposed model eliminates the incentive to have ESF multiprofessional teams and weakens the community territorial approach. It induces a fragmented care model, centered on physician-delivered care, at the risk of making basic health units into minor emergency units. It limits the scope of ESF activities to focused and selective primary care, without integration into the wider health care network, with a consequent regression in the principle of comprehensive care and the advances resulting from the PHC community-oriented model of the ESF adopted in Brazil. Care will be restricted to the enrolled public, compromising collective health-promotion actions. Considering only the enrolled population, in practice, means doing away with the universal access and equity of the SUS. It is important to draw attention to the damaging effects of this new funding modality and the PHC model being proposed by the federal government in Brazil. We have to shore up the democratic debate among health professionals, managers, academia, and civil society to ensure that the principles of universality of access, comprehensive care, and equity of the Brazilian health system are guaranteed and continue to serve as an example for other countries. <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2020.305649> SUS is also facing the pandemic with a

shortage of medical staff, despite Brazil having nursing levels equivalent to many richer countries. The country has 101 nurses per 10 000 inhabitants, compared with 9.1 in low income countries and 107.7 in high income economies. The problems lie in distribution and working conditions. In other nations of the Organisation for Economic Co-operation and Development, the average number of doctors is 3.3 per 1000 inhabitants, but in Brazil the rate is 2.1 and drops to less than one in some states in the poorer regions of the north and north east. One factor is the weakening of recruitment programmes such as the infamous More Doctors initiative, launched in 2013 to increase the number of doctors in Brazil's remote areas. The initiative brought in 18 000 professionals, of which 8332 came from Cuba. This led to conflict with Brazilian doctors, who complained that Cuban professionals were not required to prove their education to practise medicine in Brazil. Protests by Brazil's medical associations even reached the Supreme Federal Court. As a result, Cuba ended the partnership and withdrew its doctors,⁷ leading to the shortfall within the programme's service structure today, especially in small municipalities. The government has made calls to fill the vacancies, but many remain open. "More Doctors expanded primary healthcare in Brazil by distributing thousands of doctors across the country, which could have been mobilised to aid controlling covid-19 spread," Castro said. Social and racial inequalities Meanwhile, covid-19 is exacerbating social and racial inequalities, as poor and marginalised communities have limited access to public health services. "These people are the most exposed to the virus," said Valerio Marra, a researcher at the Federal University of Espírito Santo. Marra and colleagues have studied how the pandemic is disproportionately affecting black and pardo (mixed ethnicity) populations in Brazil. By comparing data from 11 321 patients hospitalised with covid-19, they found that black and pardo patients had significantly higher mortality risk compared with white Brazilians.⁸ This, they say, is likely related to the high prevalence of comorbidities among pardo and black people, including overweight and obesity, which are risk factors for severity of symptoms of covid-19. It may also be the result of high inequality between white, black, and pardo people in accessing health services, especially beds in intensive care units (ICUs). The risk of death by covid-19 tends to be higher among people admitted to hospitals in Brazil's poorest states in the north and north east-regardless of their ethnicity-when compared with those admitted to hospitals in Brazil's wealthiest regions. Cities in northern Brazil are already struggling in the pandemic, with the worst outbreaks occurring in Fortaleza, Natal, and Manaus. In the capital of Amazonas state, excavators have been used to carve out mass graves in which the dead were being stacked in three-high piles.⁹ Marra says that white people have greater access to private health services, which offer more ICU beds, while black and pardo people usually resort to the public system, whose structure has not been able to deal with the rapid increase in the number of covid-19 cases. Coronavirus was imported by the Brazilian elite vacationing in Europe, and affected the richest citizens earlier in the year at a moment when the health system wasn't strained. "Now, it's ravaging the poorest, who depend on the public, overloaded, and unfunded health system," said Orellana. (<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3032>) Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor After two decades in operation, Brazil's national health system still faces significant problems – not least a double burden of infectious diseases and increased risk of noncommunicable diseases often associated with ageing populations of affluent countries. "Brazil is going through an epidemiological transition," Tomassini says. "Although we are a developing country, our people are at risk from [noncommunicable conditions such as] cancer and trauma resulting from violence and accidents, as well as from infectious diseases such as dengue, Chagas, schistosomiasis." In Brazil, primary health care remains the most effective way to provide greater access to health services. Although, Brazil did not achieve the Alma-Ata goal of "health for all" by the year 2000, it has made significant progress, albeit along a tortuous road. "Today," says Tomassini, "the SUS [national health system] works, but it is not operating to its full capacity because there are many obstacles, such as conservatism and politics. The lack of political will to help people in rural areas causes problems for the health system." In the cities, Tomassini says, there is a climate which favours the provision of complex, specialized treatment. "There is a duel between the hospital network and primary health care," he says, referring to a legacy of the old health system that remains today. One of the biggest challenges, Tomassini says, is to gain people's confidence. Sometimes people travel to urban areas to receive treatment that they could have received from primary health units in their rural areas. "We have learned many lessons in the past 13 years from the implementation of the Family Health programme," says de Sousa. "We have learned that it is possible to build a new model for primary health with the principles of fairness and solidarity as long as there is the political will to do this." <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-030408/en/> Aucune réponse n'est donnée en termes de décision à ces constats inquiétants et sans appel. En ne prenant pas en considération l'ensemble des documents et arguments invoqués à l'appui de la demande, la partie adverse n'a pas respecté les principes généraux de bonne administration visés au présent moyen. En tout état de cause, cette absence de réponse aux arguments invoqués par la requérante entache la motivation de la décision litigieuse d'une illégalité manifeste. La décision attaquée viole ainsi les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les autres principes de bonne administration cités au présent moyen. Cette absence d'analyse des documents et arguments

déposés par la requérante à l'appui de sa demande ne peut en aucun cas se justifier et les motifs du médecin-conseil ne sont nullement acceptables. Il convient ainsi de rappeler que sont en jeu des droits fondamentaux, protégés notamment par l'article 3 de la CEDH, qui prohibent tout traitement inhumain et dégradant. Partant, la prudence et les obligations de bonne administration imposées à l'administration sont particulièrement prégnantes dans le cas d'espèce et s'accommode mal d'un formalisme excessif. En tout état de cause, cette absence de réponse aux arguments invoqués par la requérante entache la motivation de la décision litigieuse d'une illégalité manifeste. La décision attaquée viole ainsi les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les principes de bonne administration cités au présent moyen. De manière encore plus fondamentale, il est manifeste que le médecin-conseil et la partie adverse à sa suite ne respectent nullement la jurisprudence récente de la CEDH relative à l'article 3 de la CEDH, rendue dans un dossier de 9^{ter} belge et citée expressément dans la demande 9^{ter} de la requérante (CEDH, 13.12.2016, AFFAIRE PAPOSHVILI c. Belgique (Requête no 41738/10)). Cette jurisprudence est pourtant parfaitement claire et oblige les Etats à « vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique » (§189). Or, comme déjà expliqué, la base de données Medcoi indique seulement, comme cela est systématiquement le cas, que ce traitement serait « disponible » (yes/no) sans plus d'informations quant à l'adéquation précise des soins avec le cas de la requérante, la suffisance de ces traitements au pays d'origine, et ne permettent ainsi absolument pas de répondre aux questions les plus élémentaires concernant la disponibilité et l'accessibilité de ces soins, tant en termes de continuité que d'effectivité. Ceci est d'autant plus vrai que la CEDH poursuit son raisonnement en indiquant que « Dans l'hypothèse où, après l'examen des données de la cause, de sérieux doutes persistent quant à l'impact de l'éloignement sur les intéressés – en raison de la situation générale dans l'État de destination et/ou de leur situation individuelle – il appartient à l'État de renvoi d'obtenir de l'État de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés » (§191). Or, au vu des informations présentées par la requérante dans sa demande, il est indubitable que des doutes persistent quant à l'impact d'un éventuel éloignement : partant, dans la décision attaquée, la partie adverse se devait de présenter des assurances individuelles et suffisantes quant à la disponibilité et l'accessibilité des traitements adéquats, ce qui n'a pas été fait en l'espèce. Enfin, la CEDH précise encore que « Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination » (§190), notamment au niveau financier. Comme on l'a déjà évoqué, il ressort de la décision attaquée que la partie adverse n'a nullement pris la situation individuelle de la requérante en compte afin d'analyser l'accès aux soins et a même omis de prendre en considération plusieurs éléments essentiels du dossier. Au vu de la motivation de la décision attaquée, la partie adverse a manifestement violé l'article 3 de la CEDH, ainsi que ses obligations de motivation reprises au moyen ».

2.4. Dans une deuxième branche, ayant trait à l'examen de l'accessibilité des soins et des traitements au pays d'origine, elle avance que « Concernant la motivation sur l'accessibilité des soins, le médecin-conseil conclut, sans analyse, que cela prouve que les soins seraient accessibles à la requérante. En réalité, à aucun moment, il ne permet à la requérante d'être assurée que les soins dont elle a besoin lui seront effectivement accessibles (cf. (CEDH, 13.12.2016, AFFAIRE PAPOSHVILI c. Belgique (Requête no 41738/10)). Bien au contraire... Par ailleurs, aucune de ces sources ne nous indiquent les conditions d'affiliation à ces mutuelles, le prix, le temps d'attente avant de pouvoir être couvert, etc. soit autant d'éléments essentiels en vue de s'assurer de l'accessibilité réelle des soins pour la requérante. Encore une fois, les déclarations tout à fait stéréotypées du médecin-conseil démontre donc qu'il n'a absolument pas tenu compte des informations transmises dans la demande 9^{ter} et qu'il ne répond dès lors absolument pas aux arguments de la requérante. Au vu des éléments inquiétants soulevés par la requérante dans sa demande, il appartenait à la partie adverse d'apporter des garanties quant à la disponibilité suffisante et adéquate et à l'accessibilité effective des soins dans le pays d'origine de la requérante (cf. CEDH Paposhvili, cité plus haut). Citer des articles de presse mentionnant seulement l'existence de mutuelles de santé ne suffit évidemment pas à satisfaire les exigences de motivation imposées par les dispositions légales visées au présent moyen et par la jurisprudence de la CEDH, en particulier lorsqu'il n'est absolument pas répondu aux autres sources transmises, qui viennent démontrer que les soins sont inaccessibles. Qu'il convient également de relever qu'à aucun moment de la procédure, la requérante n'a été examinée par le médecin-conseil de l'Office des Etrangers et que ce dernier n'est par ailleurs jamais entré en contact avec le médecin-traitant de l'intéressée – pourtant spécialiste de la pathologie- pour obtenir un avis médical concernant l'aggravation de sa maladie en cas de retour au pays d'origine et sa capacité à se gérer seule (cf. point 2); Qu'il incombait, à tout le moins, au médecin-conseil de l'Office des Etrangers – lequel est apparemment médecin généraliste- de prendre contact avec le médecin-traitant de la requérante afin d'obtenir davantage d'informations sur l'état de santé de l'intéressée ou, à tout le moins, d'adresser à l'intéressée et/ou à son conseil, une demande de complément d'informations sur l'évolution

de la pathologie de l'intéressée et les risques pour sa santé en cas de retour en Macédoine ; Que cette attitude aurait été conforme au devoir de minutie, au principe général de bonne administration qui incombe à l'administration et ce, d'autant qu'il lui appartient de déterminer si un retour de la requérante dans son pays d'origine constituerait une atteinte à l'article 3 CEDH ; Que pour cette raison, en l'absence d'expertise en la matière, il incombait à la partie adverse, soit de convoquer l'intéressée en vue d'un nouvel examen médical récent, soit de prendre contact avec le spécialiste suivant l'intéressée pour connaître l'évolution de la pathologie, soit encore de solliciter un complément d'informations auprès de la requérante ou de son conseil ; Qu'à cet égard, le Conseil d'Etat a déjà jugé que « Lorsque le médecin de l'administration s'écarte des conclusions de ses confrères, il doit en indiquer les raisons (voyez en ce sens CE, n° 67.391 du 3 juillet 1997 : en l'espèce, l'avis du médecin de l'Office des Etrangers se limitait à un avis indiquant que la requérante pouvait voyager et recevoir des soins médicaux dans son pays d'origine, à un questionnaire complété par « oui » ou « non » et à un bref rapport d'examen alors que les attestations déposées par l'intéressée indiquaient au contraire qu'elle ne pouvait voyager et que sa vie était en danger » ; Que le Conseil d'Etat accorde une importance précise au caractère précis et circonstancié des rapports médicaux figurant au dossier ainsi qu'à la circonstance que ceux-ci sont ou non établis par des spécialistes de l'affection ; Qu'il a été jugé qu'« en présence de certificats médicaux circonstanciés rédigés par des médecins spécialistes qui émettent un avis défavorable à l'éloignement de l'intéressé, il convient que l'administration se fonde également sur des rapports tout aussi précis » (voyez en ce sens CE, n° 82.698 du 5 octobre 1999) ; Qu'en présence d'avis divergents émanant de médecins spécialistes, le Conseil d'Etat tend à privilégier celui qui émane du plus pointu d'entre eux (voyez en ce sens CE 98.492 du 9 août 2001, « En présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement de la demanderesse, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en évaluation du dommage corporel, n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre l'intéressé » ;) Qu'il convient, à cet égard, de se référer à une jurisprudence de votre Juridiction, laquelle a, par son arrêt n° 74.073 du 12 janvier 2012, considéré que : « En l'espèce, sur la première branche du moyen unique, en ce que la partie requérante soutient que le médecin conseil de l'Office des étrangers ne pouvait estimer que la pathologie n'était pas suffisamment identifiée, le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que le certificat médical type du 24 novembre 2009 déposé à l'appui de la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la Loi relève que la requérante souffre d'une « hépatite B active ». Le Conseil se demande donc en quoi le médecin consulté aurait pu énoncer de façon plus précise la pathologie du requérant. A cet égard, le Conseil entend rappeler que si, conformément à l'article 9ter, § 1er, al. 2, de la Loi, il incombe à l'étranger de transmettre tous les renseignements utiles concernant sa maladie, il n'en demeure pas moins que ce même article dispose que « 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 » (soulignement opéré par le Conseil). En l'espèce, force est de constater que le médecin fonctionnaire a rédigé son rapport sans avoir examiné la requérante et sans même l'avoir invité à lui fournir des renseignements complémentaires quant à l'évolution de sa pathologie. Or, il ressort des travaux préparatoire de la Loi que « Si l'état de santé de l'intéressé peut être clairement établi sur base de son dossier – par ex. des certificats médicaux indiquant qu'il est un patient en phase terminale de cancer – il serait tout à fait déplacé d'en encore soumettre celui-ci à des examens complémentaires. Dans ce cas, il est également superflu de recueillir l'avis complémentaire de spécialistes. Il n'est pas davantage nécessaire de soumettre l'intéressé à des examens ou de recueillir l'avis d'un spécialiste si son état de santé n'est pas clair, mais qu'il est établi que cet état n'est pas grave (par exemple le certificat médical mentionne que l'intéressé doit garder le lit pendant deux jours). Dans le cas contraire, à savoir si le certificat mentionne que l'intéressé doit rester alité pendant une longue période, mais que son état de santé n'est pas précisément établi, un examen de l'intéressé sera indiqué ». Que pour évaluer la possibilité, pour une personne atteinte d'une maladie grave, de retourner dans son pays d'origine, plusieurs critères doivent être pris en considération, à savoir la possibilité, pour le patient, de se déplacer, de voyager, de supporter un long voyage, l'existence du traitement approprié et de structures spécialisées dans le pays d'origine, la disponibilité du traitement et l'accessibilité de ce traitement au niveau de son coût, le coût d'éventuelles hospitalisations et opérations devant faire l'objet d'une analyse précise, ce qui n'est nullement le cas en l'espèce, la décision ne limitant à des considérations générales de type : « pas de contre-indication médicale à voyager ».

2.5. Dans une troisième branche, relative à la « Motivation par référence aux « requêtes MedCOI » », elle argue qu'« En tout état de cause, en ce qu'elle se base uniquement sur des extraits extrêmement succincts de « requête MedCoi » pour aboutir à la conclusion que les soins sont disponibles dans le pays

d'origine, la motivation du médecin-conseil et de la décision attaquée viole à nouveau les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les principes de bonne administration cités au présent moyen. S'agissant d'une motivation par référence, il convient de souligner ce qui suit, à l'instar de Votre Conseil dans un arrêt n°242.734 du 22.10.2020 : « le conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé » (cf. références citées dans cet arrêt). Or en l'espèce, le seul extrait reproduit par le médecin conseil pour, par exemple, aboutir à la conclusion que les séances de dialyse sont disponibles en RDC est le suivant : « Required treatment = chronic hemodialysis » « Availability = available ». Ces informations ne peuvent évidemment suffire pour satisfaire à l'exigence de motivation telle que prescrite à la partie adverse dans les textes légaux précités : aucune information n'est donnée quant à la disponibilité effective (nombre de centres/machines de dialyse réellement disponibles en comparaison avec les besoins) et actuelle des soins, quant au lieu où ces soins serait disponible, ou encore quant à la continuité de cette disponibilité (rupture de stock, etc.). Ceci est d'autant plus dommageable que la partie requérante avait fait état de doute quant à la disponibilité de ces soins dans le cadre de sa demande et des compléments à sa demande, et avait d'ailleurs apporté des sources à l'appui de ses prétentions. En outre, dans sa demande 9ter originelle, la partie requérante émettait également des réserves quant aux informations provenant de la base de données MedCoi, en ces termes : « Ma cliente souligne en outre que les informations provenant de la base de données MedCOI, régulièrement utilisée par vos services pour analyser la disponibilité des soins et des médicaments dans les pays d'origine, sont laconiques et ne permettent pas d'affirmer que le suivi et les équipements dont les personnes gravement malades ont besoin, de manière vitale, sont disponibles. Ils ne permettent en effet pas de répondre aux questions les plus élémentaires concernant la disponibilité des soins, tant en termes de continuité que d'effectivité. » Au vu de ces éléments et de la motivation indigente de la partie adverse et de son médecin-conseil, il convient de constater que la décision attaquée viole à nouveau les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les principes de bonne administration cités au présent moyen ».

3. Discussion

3.1. 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation 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 29 juin 2022 établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse dont il ressort, en substance, que les pathologies actives actuelles sont un lupus érythémateux disséminé avec syndrome des antiphospholipides et une vasculaire cutanée compliquées d'une fausse couche tardive, lesquelles nécessitent un suivi médical (en dermatologie, en rhumatologie, en urologie et en hématologie) et traitement médicamenteux qui sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Il résulte dès lors de ce qui précède que le médecin-conseil en question a rendu son rapport en fonction de la situation de santé personnelle de la requérante. Ainsi, la partie défenderesse qui s'est référée à ce rapport n'a nullement motivé d'une manière stéréotypée.

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 « *Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI montrent la disponibilité des soins (en dermatologie, en rhumatologie, en urologie et en hématologie) et les médicaments (Warfarine qui joue le même rôle que l'acénocoumarol qui est un anticoagulant oral hydroxychloroquine, méthylprednisolone, et colécalciférol).*

Requête MedCOI du : 20.06.2022 portant le numéro de référence unique AVA 15860

Source : AVA 15860

Information Provider : International SOS

Priority : Normal (14 days)

Request Sent : 08/06/2022

Response Received : 20/06/2022

Gender : Female

Age : 36

Country of Origin : Brasil

Required treatment according to case description : inpatient treatment by an internal specialist (internist)

Availability : Available

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by an internal specialist (internist)

Availability : Available

Required treatment according to case description : inpatient treatment by a dermatologist

Availability : available

Required treatment according to case description : inpatient treatment by a surgeon

Availability : available

Required treatment according to case description : inpatient treatment by a nephrologist

Availability : available

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a nephrologist

Availability : available

Required treatment according to case description : inpatient treatment by a rheumatologist

Availability : available

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a rheumatologist

Availability : available

Required treatment according to case description : inpatient treatment by a urologist

Availability : available

Required treatment according to case description : inpatient treatment by a urologist

Availability : available

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a urologist
 Availability : available

Required treatment according to case description : inpatient treatment by a hermatologist
 Availability : available

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a hermatologist
 Availability : available

Required treatment according to case description : urology : diagnostics : cystoscopy
 Availability : available

Required treatment according to case description : urology ; extracorporal shock wave lithotripsy (ESWL ; removal of kidney stones)
 Availability : available

Required treatment according to case description : urology : imaging : cystography
 Availability : available

Required treatment according to case description : urology :operative removal of kidney stones (general surgery)
 Availability : available

Required treatment according to case description : urology ; intra-uterl lithotripsy (with uretroscopy and ultrasound) by a local shock waves
 Availability : available

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a dermatologist
 Availability : available

Required treatment according to case description : surgery : specifically renal/kidney surgery
 Availability : available

Medication : warfarin
 Medication Group : Cardiology : anti blood clotting
 Type : Alternative Medication
 Availability : Available

Medication : chloroquine sulphate
 Medication Group : Immunesuppressants strong e.g for rheumatology, dermatology, colitis
 Type : Alternative Medication
 Availability : Available

Medication : hydroxychloroquine sulphate (eg Plaquenyl)
 Medication Group : Immunesuppressants strong e.g for rheumatology, dermatology, colitis
 Type : Alternative Medication
 Availability : available

Medication : methotrexate
 Medication Group : Immunesuppressants strong e.g for rheumatology, dermatology, colitis
 Type : Alternative medication
 Availability : available

Medication : methylprednisolone :
 Medication Groupe : Immunosuppressants
 Type : Current Medication
 Availability : Available

Medication : prednisolone
 Medication Group : Immunosuppressants
 Type : alternative medication
 Availability : Available

Medication vitamin D
 Medication Group : Vitamins : vitamin D supplements
 Type : Current Medication
 Availability : Available

Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi médical nécessaire et les médicaments prescrits à la requérante sont disponible dans le pays d'origine, le Brésil », ce qui se vérifie au dossier administratif et ne fait l'objet d'aucune contestation utile. En effet, le Conseil relève que partie requérante se borne à prendre le contre-pied de l'avis du médecin-conseil du 29 juin 2022 sans nullement démontrer un erreur manifeste d'appréciation dans le chef de ce dernier.

3.4. En ce qui concerne l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *Le conseil de la requérante affirme que les soins sont inaccessibles au pays d'origine. Afin d'étayer ses dires, il cite sans les apporter des extraits d'articles. A la lecture de*

cet article, celui-ci dénonce de manière générale des problèmes liés : aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au manque de personnel, à la situation politique, à l'impact du Corona virus etc... Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n° 23.040 du 16 02 2009) En l'espèce la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26 02 2009). Notons qu'un manque d'infrastructures adaptées ou encore à l'absence de qualité des soins ne suffisent pas à démontrer une inaccessibilité des soins dans un pays. La requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). D'autant plus qu'elle a fait un long trajet du Brésil vers la Belgique. Concernant l'accessibilité, depuis 1988, le Brésil a un système de sante universel base sur le droit à la sante : tous les citoyens ont droit à des soins sans frein financier. Cette gratuite concerne tous les niveaux de soins et inclut aussi les médicaments, la sante buccale, les soins intensifs, la transplantation rénale. Le système est bon marche, (il coute environ 367 dollars par an par personne pour 2300 dollars en Belgique). Notons également que le régime brésilien de protection sociale couvre : la prévoyance sociale qui sert à remplacer le revenu de la personne assurée qui perd sa capacité de travail par suite de maladie, invalidité, vieillesse, décès, perte d'emploi involontaire, maternité ou emprisonnement. Elle est financée par les cotisations des employeurs et des salaires La sante placée sous la tutelle du ministère de la sante et financée sur le budget de l'Etat. L'assistance sociale qui permet aux personnes âgées, handicapées, incapables de travailler qui n'ouvrent pas droit aux prestations d'assurance, de bénéficier, sous conditions de ressources, de prestation d'assistance. Elle est financée sur le budget de l'Etat. Le système unique de sante (S.U.S.) est place sous la tutelle du ministère charge de la sante a été mis en place en 1988 en application de la constitution fédérale qui pose le principe du droit a la sante pour tous. Il instaure un accès gratuit et universel aux services publics de santé dans les hôpitaux publics ou prives sous contrat. Ce système concerne tous les brésiliens mais il existe également un système prive. Une partie substantielle de ce système prive est intégrée au système public national, des services prives sont sous contrat du système national de santé. C'est ainsi qu'environ 60 % des lits hospitaliers sont dans des hôpitaux prives mais une majorité en est incluse dans le système national de santé et utilisée sans frais par les citoyens, exactement comme dans les autres hôpitaux de l'état. En soins de santé primaires, les services sont dans la grande majorité des services de l'Etat et sont gérés par les municipalités car le Brésil est une république fédérative et dans la division des compétences, les soins de santé primaires sont surtout municipaux. Ce qui expliquerait la disparité géographique des soins entre les personnes habitant les grandes villes ou les régions reculées... Ajoutons que les soins de santé primaires sont la structure stratégique pour le développement de l'ensemble du système. Leur rôle est de soutenir et d'accompagner la personne au long de toute la vie et de lui faire accéder, si besoin est, aux soins spécialisés, aux services d'urgence ou à l'hôpital. 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 gratuite de celui-ci). En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposes dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). D'autre part, l'intéressée est en âge de travailler Bien que la charge de la preuve leur incombe, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux. De plus, rien ne nous permet de constater que la requérante ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe à la requérante d'étayer son argumentation (C.E, du 13 juil.2001 n° 97.866). Il résulte de ces informations que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Brésil. Le fait que la situation dan ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c Royaume Unis du 06 février 2001, §38). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine », ce qui n'est pas critiqué utilement en termes de requête.

En effet, le raisonnement du médecin-attaché de la partie défenderesse repose donc sur des éléments distincts, à savoir : le système de santé universel, la circonstance que la requérante est en âge de travailler et qu'elle pourrait avoir accès au marché de l'emploi au pays d'origine et le fait qu'elle pourrait se faire aider par des proches au pays d'origine. Or, en termes de requête, la partie requérante critique uniquement le motif ayant trait au système de santé universel et remet en cause le fait d'avoir des proches qui pourraient l'aider au pays d'origine mais ne critique nullement le motif relatif à la faculté, pour la requérante, de travailler au pays d'origine. En conséquence, sans s'attarder sur la pertinence ou non des développements relatifs aux deux autres motif, le Conseil estime que la possibilité pour la requérante de

prendre en charge ses soins de santé dès lors qu'elle est en âge de travailler et que rien n'indique qu'elle ne pourrait accéder au marché de l'emploi au pays d'origine, qui n'est aucunement remise en cause en termes de requête, suffit aux yeux du médecin-conseil de la partie défenderesse pour considérer que la condition d'accessibilité aux soins et suivi requis au Brésil est remplie.

3.5. En ce qui concerne le grief fait à au médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération tous les éléments du dossier, le Conseil relève qu'il manque en fait. En effet, s'agissant, tout d'abord, du traitement médicamenteux et thérapeutique et de la circonstance que ses parents ne serait d'aucune assistance pour elle vu leur âge, le Conseil constate que le médecin-conseil a pris en considération ces éléments dans l'analyse de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine et renvoie aux développements qui précède quant à ce. Relativement, ensuite, au sous-financement des soins de santé, au manque de personnel et d'infrastructure, à la situation politique instable, à la circonstance que le système de santé universel connaîtrait un sous financement, au fait que la requérante vient d'une région reculée du Brésil et qu'elle n'aurait pas facilement accès aux soins de santé, le Conseil observe que ces éléments ont été pris en compte par le médecin-conseil de la partie défenderesse qui a motivé que « *Le conseil de la requérante affirme que les soins sont inaccessibles au pays d'origine. Afin d'étayer ses dires, il cite sans les apporter plusieurs extraits d'articles. À la lecture de cet article celui-ci dénonce de manière générale des problèmes liés : aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au manque de personnel, à la situation politique, à l'impact du Corona virus etc... Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16 02 2009) En l'espèce la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26 02 2009). Notons qu'un manque d'infrastructures adaptées ou encore à l'absence de qualité des soins ne suffissent pas à démontrer une inaccessibilité des soins dans un pays. La requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). D'autant plus qu'elle a fait un long trajet du Brésil vers la Belgique », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile. En effet, le Conseil relève qu'en termes de requête, la partie requérante se borne à réitérer les éléments qu'elle avait invoqué dans la demande visée au point 1.3. du présent arrêt et se contente en réalité à prendre le contre-pied de l'avis du médecin-conseil du 29 juin 2022 en tentant d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle du médecin-conseil, ce qui ne peut être admis, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de ce dernier. A propos de l'allégation selon laquelle la requérante ne pourrait pas « *aller s'installer ailleurs puisque ceci requiert tout d'abord une situation financière stable, qu'elle n'a pas, et que ceci la priverait de la présence de ses parents* », le Conseil constate qu'elle est invoquée pour la première fois en termes de requête. Or, le Conseil rappelle que les éléments qui n'avaient pas été invoqués par la partie requérante en temps utile, c'est-à-dire avant que l'autorité administrative ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « *se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris* » (en ce sens, notamment : C.E., 23 septembre 2002, n° 110.548 et Cour Constitutionnelle, n°186/2019 du 20 novembre 2019).*

3.6. Concernant le reproche émis à l'encontre du médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la requérante et de ne pas avoir contacté le médecin-traitant de celle-ci, le Conseil précise que ce médecin-conseil donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 *ter* de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin-conseil de rencontrer ou d'examiner l'étranger et de contacter son médecin-traitant. Le Conseil souligne ensuite que le médecin-conseil de la partie défenderesse a justifié en détail son avis et que celui-ci ne fait l'objet d'aucune contestation utile.

S'agissant de l'argumentation se fondant sur le fait que le médecin-conseil de la partie défenderesse se serait écarté des conclusions du médecin de la requérante, le Conseil estime inutile de s'y attarder dès lors qu'elle manque en fait. S'agissant des références aux arrêts du Conseil d'Etat n° 61 391 du 3 juillet 1997, n° 82 698 du 5 octobre 1999 et de la référence à l'arrêt du Conseil de céans n° 74 073 du 12 janvier 2012, reproduits partiellement en termes de requête, le Conseil rappelle qu'il appartient à celui qui s'en prévaut d'en établir la comparabilité des cas, *quod non* en l'espèce

3.7. A propos de l'invocation d'une violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, en se référant au rapport du médecin-conseil, 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.

3.8. A propos des considérations développées dans la troisième branche du moyen unique pris, force est de relever qu'elles manquent en fait dès lors que la partie requérante développe son argumentation par rapport à un pays d'origine et à la disponibilité de soins et de suivis qui ne concernent pas la requérante. Il en est de même quant à la circonstance que la requérante aurait émis des doutes au sujet de la fiabilité de la base de données MedCOI dès lors que le Conseil relève que rien ne figure quant à ce dans la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. En tout état de cause, s'agissant de fiabilité de la base de données MedCOI, 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.

3.9. Au sujet de l'ordre de quitter le territoire querellé, il s'impose de constater qu'il est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation que « *En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 2° de la loi du 15 décembre 1980, en tant qu'étranger non soumis à l'obligation de visa, il demeure dans le Royaume au-delà de la durée maximale de 90 jours sur toute période de 180 jours prévue à l'article 20 de la Convention d'application de l'accord de Schengen. Le requérant réside en Belgique au moins depuis le 15.03.2021 (date d'introduction de la demande 9ter)* », laquelle n'est nullement contestée.

3.10. Il résulte de ce qui précède que 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 quatre avril deux mille vingt-trois 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
-----------	--------------