

Arrêt

n° 312 984 du 13 septembre 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître S. FRANK
Quai de l'Ourthe 44/02
4020 LIÈGE

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 29 septembre 2023, par X, qui se déclare de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation de « la décision de refus d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prise le 8 août 2023 et de l'ordre de quitter le territoire pris à son encontre le 9 août 2023 et tous deux notifiés le 30 août 2023 ».

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 5 octobre 2023 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 2 juillet 2024 convoquant les parties à l'audience du 19 juillet 2024.

Entendu, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me S. FRANK, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Mes S. MATRAY, C. PIRONT et S. ARKOULIS, 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 a déclaré être arrivé en Belgique le 11 juillet 2021.

1.2. Par un courrier daté du 27 septembre 2021, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi qui a été déclarée non-fondée au terme d'une décision assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13) prise par la partie défenderesse le 9 août 2023.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour :

« 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 (sic) 2010 portant des dispositions diverses.

L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé 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 du requérant.

Dans son avis médical remis le 08.08.2023, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il 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 (sic) l'article 3 CEDH ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

« 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:

- o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :
 - L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable.

Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné. La situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :

- Unité familiale :

L'intéressé a été hébergé par sa nièce lors de son séjour en Belgique. Aucun élément probant n'est apporté au dossier afin de démontrer l'existence de liens affectifs particuliers et réguliers autres que le lien naturel de parenté avec cette dernière.

Notons que le requérant pourrait, après son retour, lever les autorisations nécessaires pour rendre à nouveau visite à sa nièce en Belgique. Cette dernière pouvant également rendre visite à son oncle au Rwanda. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité (sic) familiale et la vie de famille.

- Intérêt supérieur de l'enfant :

Pas d'enfant connu en Belgique.

- État de santé (retour) :

Pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine.

Par conséquent, il n'y a pas d'éléments qui posent problème pour prendre un ordre de quitter le territoire».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. Le requérant prend un moyen unique de « l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales («CEDH») ; des articles 1^{er} à 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (« Charté»); des articles 9ter, 74/13 et 74/14 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; des obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre

1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; du principe de bonne administration, en particulier le devoir de minutie ».

2.1.1. Dans une *première branche*, consacrée à la « violation du principe de motivation adéquate, du devoir de minutie, et du devoir d'information - ces derniers étant à interpréter à la lumière des exigences de précaution et de protection qui se déduisent des articles (*sic*) 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et de l'article 3 de la CEDH - en ce que la partie défenderesse, en se fondant sur l'avis du médecin conseil, motive de manière insuffisante que les traitements et suivis médicamenteux [lui] nécessaires seraient disponibles au pays », le requérant fait valoir ce qui suit : « [...] l'absence de disponibilité effective et suffisante des traitements requis [le] plongera dans une situation contraire à ses droits les plus fondamentaux, à l'intégrité physique, à la dignité et son droit ne (*sic*) pas être soumis à des traitements inhumains et dégradants. La motivation de la décision est insuffisante puisque rien ne permet de déduire des différentes requêtes MedCOI évoquées en termes d'avis médical (que la partie adverse fait sienne (*sic*)), les informations qui ont permis de conclure à la disponibilité des médicaments et des traitements [lui] nécessaires.

Tout d'abord, rien n'indique en quelle quantité les traitements indiqués seraient disponibles. De plus, rien n'indique non plus si cette disponibilité est une disponibilité systématique et généralisée ou si cette disponibilité est relative. L'analyse de la disponibilité du traitement adéquat dans le pays d'origine suppose qu'il soit analysé, concrètement et réellement, si une distribution des médicaments et un suivi des traitements et examens y sont possibles.

En l'espèce, [il] reçoit comme traitement (*sic*) médicamenteux actuel du Probactiol Duo (un probiotique) ainsi que du Voltaren Emulgel.

La partie adverse conclu (*sic*) que l'ensemble des traitements actuellement [lui] prescrits sont disponibles dans le pays d'origine.

Or, aucun renseignement n'est fourni par la partie adverse quant à l'accessibilité du probiotique [lui] prescrit. En effet, la partie adverse conclu (*sic*) que le diclofénac et le cholécalciférol sont disponibles mais rien n'a été vérifié en ce qui concerne les probiotiques [lui] nécessaires.

[Il] a sollicité de sa fille, vivant au Rwanda, de rechercher les probiotiques qui lui sont actuellement prescrit (*sic*).

Celle-ci [l'] informe que les deux pharmacies les plus connues et qui sont les plus fréquentées à Kigali, à savoir le Kipharma et Pharmacie du Conseil, ne disposent pas de probiotiques (ProBactiol Duo).

Les rapports médicaux actualisés produits par [lui] le 8 juin 2023 font état d'un risque élevé de récidive du cancer dans les cinq années qui suivent de (*sic*) la chirurgie subie par [lui] ainsi que la nécessité d'un suivi oncologique tous les six mois, avec scanner, prises de sang et colonoscopie.

Finalement, rien ne permet déduire (*sic*) de la décision dont recours que les traitements [lui] nécessaires, en ce compris les examens médicaux nécessaires pour détecter une éventuelle récidive de la maladie, seraient disponibles au pays d'origine.

Or, après examen du dossier administratif, force est de constater que l'unique requête MedCOI indiquée dans l'avis du médecin-conseiller de l'Office des Étrangers, ne renseigne que des infrastructures situées à Kigali. Malgré la précision selon laquelle les références citées dans les rapports MedCOI n'ont pas vocation à être exhaustives et selon laquelle il ne peut être déduit que « la disponibilité soit limitée à ces seules référence (*sic*) », le médecin conseil, et partant la partie adverse, ne mentionne (*sic*) aucune autre source que la requête MedCOI pour démontrer la prétendue disponibilité de tous les traitements et suivis indispensables à [sa] survie au Rwanda.

Le simple fait qu'il soit mentionnés (*sic*) qu'il s'agisse d'*«exemples»* ne permet pas de prouver que les traitements [lui] seraient effectivement disponibles dans d'autres villes accessibles. Il est donc permis d'en conclure qu'il n'existe - vraisemblablement – aucune autre infrastructure en dehors de la ville de Kigali, ce qui restreint très certainement les possibilités pour [lui] en cas de retour.

Il serait forcé de devoir aller à Kigali pour se procurer les soins nécessaires, ce qui pourrait être difficile vu sa situation médicale très grave et les analyses régulières qui doivent être réalisées pour détecter rapidement toute récidive.

Dans son arrêt 74/2014 du 8 mai 2014, la Cour Constitutionnelle avait pourtant insisté sur l'importance de la motivation formelle des actes administratifs, et la possibilité pour l'administré de connaître immédiatement les raisons qui les sous-tendent, et ce afin de garantir une procédure équitable et le respect de l'égalité des armes dans le contentieux administratif : [...].

Dans un arrêt du 5 juillet 2018, Votre Conseil a également estimé que la simple et unique référence à une requête MedCOI pour conclure que les soins et traitements sont disponibles dans le pays d'origine est insuffisante et constitue une violation du principe de minutie et de soins (*sic*) dès lors que, dans le cas d'espèce, les médicaments n'étaient disponibles que dans une seule institution au Nigéria, alors que le pays est immense, et que le médecin conseil ne s'était pas renseigné plus en avant sur la disponibilité actuelle du médicament dans cette institution, bien que le traitement était vital pour la requérante. En effet, puisque le

médecin-conseil n'a pas contesté le caractère vital et essentiel du traitement prescrit à vie et de façon ininterrompue à la requérante, une analyse plus précise et plus concrète de la disponibilité et de l'accessibilité des soins doit être requis (*sic*) en l'espèce, ce qui ne fut pas le cas (RW, 5 juillet 2018, n°206.534).

En l'espèce, le médecin-conseil ne fait référence qu'à une seule requête MedCOI du 22.06.23 sans en préciser le contenu entier.

Si une partie des informations contenues dans cette requête figure en effet dans l'avis du médecin-conseil, celles-ci ne sont pas suffisantes pour avoir une connaissance immédiate - c'est-à-dire qui ne nécessiterait pas une analyse du dossier administratif - des informations nécessaires.

Une telle motivation ne permet donc pas de constater que les suivis réguliers et les médicaments [dont il] a besoin quotidiennement sont effectivement disponibles au Rwanda.

A cet égard, [il] a déposé à l'appui de sa demande un article de l'OMS relatif à l'inauguration du Rwanda Cancer center au sein de l'hôpital militaire de Kanombe dans la banlieue de Kigali. Il s'agit du seul centre de santé dédié au cancer disposant d'une machine de radiothérapie pour l'ensemble du pays ! (...)

En outre, concernant la disponibilité d'autres services médicaux que le Médecin-Conseil de l'Office des Etrangers mentionne dans son rapport, on ne trouve pour la plupart des sites mentionnés que la liste des services mais aucun (*sic*) détails. Cette réflexion vaut tant pour les hôpitaux que pour les pharmacies.

De même, l'hôpital CHUK de Kigali dont il est fait état dans le rapport médical du médecin conseil de l'OE comme disposant d'un service d'oncologie... est le seul auquel il est fait référence par la partie adverse.

Un seul service d'oncologie est donc évidemment insuffisant pour un pays aussi vaste que le Rwanda (population de 14.171.894 d'habitants) et eu égard au nombre importants (*sic*) de patients à suivre et à traiter (10.704 par an selon l'IARC - ...).

Et ce d'autant plus, que la priorité sera évidemment donnée à des patients en cours de traitement et non à des patients qui, comme [lui], sont en rémission, doivent faire l'objet de contrôles médicaux réguliers et qui de surcroît n'ont pas été traité (*sic*) jusqu'à présent dans cet hôpital.

La partie adverse ne motive dès lors nullement valablement sa décision quant à l'accès aux soins de santé requis par [lui] ».

2.1.2. Dans une *deuxième branche*, afférente à la « violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, du devoir de motivation formelle et du devoir de minutie - ces derniers étant à interpréter à la lumière des exigences de précaution et de protection qui se déduisent des articles 9ter (*sic*) de la loi du 15 décembre 1980 et de l'article 3 de la CEDH -, en ce que la partie défenderesse n'a pas procédé à une analyse suffisamment minutieuse quant à l'accessibilité des soins, n'a pas motivé dûment sa décision quant à ce, et a commis des erreurs manifestes d'appréciation à plusieurs égards », le requérant expose ce qui suit : « L'absence d'accès effectif aux traitements requis [le] plongera dans une situation contraire à ses droits les plus fondamentaux, à l'intégrité physique, à la dignité et son droit [de] ne pas être soumis à des traitements inhumains et dégradants.

Premièrement, la motivation est insuffisante et inadéquate car c'est à tort que la partie défenderesse conteste la pertinence des informations générales communiquées par [lui] afin d'étayer sa demande de séjour ; [...]

Or, les informations générales sont pertinentes pour étayer [sa] demande en ce qu'elle (*sic*) mettent l'accent sur la situation des soins de santé au Rwanda et plus particulièrement le fait qu'il n'y ait qu'un seul centre de traitement du cancer pour l'ensemble du pays, et est donc pertinent pour l'analyse de l'accessibilité des soins.

En refusant de prendre en compte les éléments susmentionnés au motif qu'ils découlent d'informations générales, alors qu'ils sont de nature à fournir des informations utiles sur [sa] situation en cas de retour dans son pays d'origine, la partie adverse n'a pas analysé avec minutie tous les documents soumis à son appréciation et ne fonde la décision querellée sur une analyse et une motivation adéquate.

On comprend d'autant moins la position de la partie défenderesse, qu'elle se réfère elle-même à des informations générales pour étayer sa position.

Dans une affaire posant des questions similaires, Votre Conseil a sanctionné une telle motivation [...] (CCE n° 23.040 du 16.02.2009).

Le même raisonnement doit être suivi en l'espèce, les informations générales relatives à l'accès à (tous) les soins de santé, étant pertinentes pour analyser [sa] demande.

Deuxièmement, la motivation est insuffisante et inadéquate car les motifs pour lesquels la partie défenderesse fait primer 'ses' informations générales sur celles fournies par [lui] ne sont pas repris en termes de décision, de sorte qu'il n'est pas permis au destinataire de l'acte de comprendre à suffisance le raisonnement de la partie défenderesse, et sa position quant aux 'informations générales', et qu'il apparaît donc comme contradictoire.

Soit les informations générales sont pertinentes pour l'analyse de la demande, soit pas - mais on ne comprend pas la position de la partie défenderesse qui adopte une position contradictoire. Il n'est pas permis au destinataire de l'acte de comprendre à suffisance le raisonnement de la partie défenderesse, et sa

position quant aux 'informations générales', puisque la partie défenderesse semble traiter le même type d'information, de manière totalement différente.

Votre Conseil a récemment constaté le caractère contradictoire du refus de prendre en compte certaines informations au motif qu'elle (*sic*) serait (*sic*) trop 'générales' pour informer sur la situation d'un demandeur (CCE n°206.534 du 5 juillet 2018) : [...] ».

Troisièmement, il convient de rappeler que la partie défenderesse a l'obligation non seulement de démontrer qu'un traitement est disponible, en théorie, mais également qu'il est accessible, en pratique, à l'étranger gravement malade compte tenu de sa situation personnelle (voy. Notamment C.C.E., 19 novembre 2013, n° 225.522 ; Cour eur. D.H., 13 décembre 2016, Poposhvili c. Belgique, req. n° 41738/10, §§189-190).

Sur ce point, force est de constater que l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse demeure particulièrement vague.

En ce qui concerne l'accès au traitement relatif [à son] cancer, aucune information n'est fournie. Pour rappel, [il] est actuellement en rémission complète de ce cancer. Un suivi régulier demeure cependant toujours essentiel avec un oncologue, 2 fois par an et ce durant minimum 5 ans (...).

Un cancer est en effet une maladie qui ne connaît pas, ou très rarement, de stabilisation définitive, car une rechute ou une récidive est toujours possible, surtout dans les cinq années qui suivent la chirurgie : «Les statistiques révèlent que 8 % des stades I, 30 % des stades II et 55 % des stades III présenteront un cancer métachrone et/ou une récidive (locorégionale ou métastatique) dans les 5 ans post-opératoires. Ce risque élevé de rechute justifie une surveillance postopératoire ». (...)

Lorsque le traitement a été efficace et qu'une rémission de la maladie a été obtenue, un suivi médical régulier est indispensable. Ce suivi vise à détecter tout signe ou symptôme susceptible d'indiquer la survenue d'une rechute du cancer. Il a également pour objectif de détecter d'éventuelles complications tardives des traitements. Après une rémission, il arrive que la maladie réapparaisse. C'est ce que l'on appelle une rechute ou une récidive. Dans ce cas, un autre traitement est proposé. Il repose généralement à nouveau sur une chimiothérapie, mais à des doses plus élevées que lors du premier traitement. Du fait de l'augmentation des doses, le traitement nécessite une surveillance rapprochée.

La moitié d'entre elles (*sic*) surviennent la première année et 80 % dans les trois premières années après la fin du traitement. Ensuite, le risque diminue très fortement.

In casu, le médecin-conseil a vérifié que le traitement nécessaire à cet égard était disponible, mais est resté silencieux sur son accessibilité.

Or le cancer nécessite une prise en charge dans un centre autorisé à soigner les cancers.

L'accessibilité à ce genre de centre est cependant limitée au Rwanda, puisque seuls deux centres dédiés au cancer existent dans tout le pays - le dernier datant d'ailleurs seulement du 4 février 2020 et étant le seul à proposer de la radiothérapie. Si la mise sur pied de ces centres constitue une avancée notable pour le pays, et même pour le continent africain, leur capacité à traiter le maladie demeure néanmoins limitée : « Situé à l'hôpital militaire de Kanombe, dans la banlieue de Kigali, cet établissement est capable d'accueillir plus de 80 patients par jour. C'est peu, mais ça devrait sans doute soulager une bonne partie des Rwandais qui étaient obligés de partir à l'étranger pour se soigner. Surtout quand on sait que 60% des cas de cancer en Afrique nécessitent une radiothérapie. Selon le National Cancer Institute des États-Unis, la radiothérapie est un 'traitement contre le cancer qui utilise des doses élevées de rayonnement pour tuer les cellules cancéreuses et réduire les tumeurs » (...).

Le rapport entre le nombre de malades pouvant être traités (80) et le nombre de malades total (10.704 par an) laisse apparaître que l'accès aux soins continue donc d'être limité pour une grande partie de la population : [...] (pièce n°8).

Bien [qu'il] n'ait aujourd'hui plus besoin « que » d'un suivi régulier auprès d'un oncologue - et plus d'un traitement à proprement parler – cette réalité risque de limiter son accès même à ce 'simple suivi'.

Or, nous savons l'importance que revêt ce suivi (...) et les risques que peuvent entraîner un non-respect du traitement qui lui a été prescrit en Belgique (risque d'infections opportunistes rapide (*sic*) et décès à court terme).

Il convient également de noter qu'il existe une stigmatisation fortement associée au cancer - que ce soit à l'égard de ses malades qu'à l'égard de ses survivants [...].

La situation d'isolement total qui pourrait en résulter pour [lui] n'a pas suffisamment été analysée par la partie défenderesse.

Pourtant, cela pourrait compromettre sa volonté de procéder au suivi nécessaire de sa maladie - par crainte que les gens apprennent qu'il a été malade par le passé et craignent qu'il le soit encore, car ne comprenant pas le principe de « rémission ». Or, le danger existerait alors qu'une rechute ou récidive passe inaperçue, ce qui pourrait lui être fatal.

En tout état de cause, contrairement à ce qu'affirme la partie défenderesse, en raison des très lourdes pathologies dont il souffre, [il] nécessite une prise en charge spécifique, dont l'accessibilité au Rwanda n'est pas certifiée.

Partant il convient d'annuler la décision dont recours, laquelle viole les dispositions de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, du devoir de motivation formelle et du devoir de minutie - ces derniers étant à interpréter à la lumière des exigences de précaution et de protection qui se déduisent des articles 9ter (*sic*) de la loi du 15 décembre 1980 et de l'article 3 de la CEDH -, en ce que la partie défenderesse n'a pas procédé à une analyse suffisamment minutieuse quant à l'accessibilité des soins, n'a pas motivé dûment sa décision quant à ce, et a commis des erreurs manifestes d'appréciation à plusieurs égards ».

2.1.3. Dans ce qui s'apparente à une *troisième branche*, dirigée contre l'ordre de quitter le territoire, le requérant allègue ce qui suit : « [il] reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir motivé cet acte au sujet, notamment, de son état de santé, au regard de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980. L'article 7, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, a été modifié par différentes lois qui visent à assurer la transposition partielle de la Directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier.

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

Par ailleurs, l'article 6.4 de la Directive 2008/115/CE susvisée prévoit que la partie défenderesse conserve la faculté de privilégier la voie de la régularisation de séjour « pour des motifs charitables, humanitaires ou autres », et le considérant 6 de ladite Directive prévoit que « Conformément aux principes généraux du droit de l'Union européenne, les décisions prises en vertu de la présente directive devraient l'être au cas par cas et tenir compte de critères objectifs, ce qui implique que l'on prenne en considération d'autres facteurs que le simple fait du séjour irrégulier ».

Il résulte de ce qui précède que si la partie défenderesse doit, dans certains cas déterminés à l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, délivrer un ordre de quitter le territoire à tout ressortissant d'un pays tiers se trouvant sur le territoire belge en séjour irrégulier, cette obligation ne doit pas s'entendre comme s'imposant à elle de manière automatique et en toutes circonstances.

Ainsi, à supposer que l'étranger séjourne de manière irrégulière sur le territoire, le caractère irrégulier du séjour ne saurait en tout état de cause suffire à lui seul à justifier la délivrance d'un ordre de quitter le territoire sans que d'autres éléments soient pris en compte.

Il s'ensuit que la partie défenderesse n'est pas dépourvue en la matière d'un certain pouvoir d'appréciation. Dès lors que, d'une part l'autorité est tenue, en vertu de son obligation de motivation formelle d'exposer dans l'acte administratif les motifs de fait et de droit qui le fondent et que, d'autre part, elle doit notamment avoir égard, lors de l'adoption d'un ordre de quitter le territoire, au respect des droits fondamentaux, il lui appartient d'expliquer comment elle a procédé à ce respect en motivant formellement ledit acte à cet égard (en ce sens : CE, arrêt n°253 942 du 9 juin 2022).

En l'occurrence, la partie défenderesse devait tenir compte de [son] état de santé, tel qu'imposé par l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, et motiver l'acte attaqué quant à ce.

Or, en l'espèce, la partie défenderesse n'a pas motivé l'ordre de quitter le territoire en ce qui concerne [son] état de santé puisqu'elle se contente de la motivation stéréotype (*sic*) suivante : « pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine ».

Le deuxième acte attaqué n'est pas valablement motivé quant à ce, en violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

Partant, [il] sollicite à titre principal l'annulation de l'ordre de quitter le territoire et subsidiaire sa suspension [...].

3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, toutes branches réunies, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, §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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement*

estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative 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'expliquer les motifs de ses 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 de légalité. Dans le cadre de ce contrôle de légalité, le Conseil 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 n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n°147.344).

En l'espèce, le Conseil observe que la décision querellée est notamment fondée sur un rapport établi par le médecin conseil de la partie défenderesse en date du 8 août 2023, dont il ressort, d'une part, que le requérant souffre d'un « Adénocarcinome du rectum loco régionalement avancé, nécessitant des traitements de radio chimiothérapie et une chirurgie. Stade : T4bN2aMx. Actuellement en rémission complète » et, d'autre part, que les traitements et les suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Le médecin conseil y cite les sources sur lesquelles son avis est fondé.

En termes de requête, le Conseil relève que le requérant reste en défaut de contester utilement la motivation de l'acte entrepris.

S'agissant tout d'abord de l'allégation selon laquelle « rien n'indique en quelle quantité les traitements indiqués seraient disponibles. De plus, rien n'indique non plus si cette disponibilité est une disponibilité systématique et généralisée ou si cette disponibilité est relative. L'analyse de la disponibilité du traitement adéquat dans le pays d'origine suppose qu'il soit analysé, concrètement et réellement, si une distribution des médicaments et un suivi des traitements et examens y sont possibles », le Conseil souligne qu'il n'est nullement exigé de la partie défenderesse qu'elle se renseigne sur l'état des stocks en temps réel des médicaments requis par l'état de santé du requérant, l'article 9ter de la loi disposant seulement qu'un traitement adéquat doit être disponible et accessible dans le pays d'origine du requérant. Or, en l'espèce, tel est bien le cas, le médecin conseil de la partie défenderesse ayant conclu, sur la base de diverses sources documentaires énumérées dans son rapport, que les médicaments et traitements nécessités par le requérant étaient disponibles et accessibles au Rwanda tout comme les médecins spécialistes qu'il lui importe de consulter, lequel constat n'est pas sérieusement remis en cause par le requérant.

Quant au grief selon lequel « aucun renseignement n'est fourni par la partie adverse quant à l'accessibilité du probiotique [lui] prescrit. En effet, la partie adverse conclu (*sic*) que le diclofénac et le cholécalciférol sont disponibles mais rien n'a été vérifié en ce qui concerne les probiotiques [lui] nécessaires [...] », le Conseil relève, d'une part, qu'il manque en fait, le médecin conseil ayant conclu à la disponibilité du cholécalciférol (vitamine D) en lieu et place du probiotique Probiactol duo (mûres et vitamine D) et, d'autre part, qu'il ne lui revient pas de se substituer au médecin conseil, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament serait ou non adapté à la pathologie du requérant (*voir en ce sens* : C.E., 6 octobre 2016, n°236.016). De plus, ni la demande d'autorisation de séjour ou ses compléments ne mentionnent que le requérant ne supporterait pas une alternative de traitement constituée du même principe actif (soit de la vitamine D). Le requérant ne le démontre pas non plus.

S'agissant de l'appréciation effectuée par le médecin conseil quant à la disponibilité du traitement médicamenteux et des soins requis par l'état de santé du requérant, le Conseil observe que ce dernier reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse quant à ce, se limitant à des considérations générales sur le système de soins de santé au Rwanda, ou des allégations péremptoires et hypothétiques déjà invoquées en termes de demande d'autorisation de séjour.

En particulier, le Conseil souligne que le requérant se contente de soutenir en substance qu'*« Une telle motivation ne permet donc pas de constater que les suivis réguliers et les médicaments dont [il] a besoin quotidiennement sont effectivement disponibles au Rwanda. Et ce d'autant plus, que la priorité sera évidemment donnée à des patients en cours de traitement et non à des patients qui, comme [lui], sont en rémission, doivent faire l'objet de contrôles médicaux réguliers et qui de surcroît n'ont pas été traité (sic) jusqu'à présent dans cet hôpital »* mais ne démontre pas en quoi il est susceptible d'être visé par de telles difficultés, et reste en défaut de donner un caractère un tant soit peu concret à ses allégations. Qui plus est, le Conseil relève que les deux documents sur lesquels le requérant s'appuie pour étayer ses allégations ne sauraient énerver les conclusions de la partie défenderesse aux termes desquelles « *A la lecture des articles en question, on constate néanmoins qu'il est question de nets progrès dans les soins du cancer au Rwanda avec la création de laboratoires de pointe et de centres spécialisés prodiguant « des soins de haute qualité » qui plus est « pris en charge par la mutuelle de santé publique ».* Quant au faible nombre d'oncologues présents au Rwanda, la disponibilité de ce type de suivi ayant été démontrée (cf. supra), l'intéressé reste en défaut de démontrer qu'il n'aurait pas accès à un traitement chez l'un de ceux-ci. (Arrêt CCE 243882 du 10.11.2020).

Soulignons que le requérant est en rémission complète de son cancer, il ne nécessitera plus de radiothérapie/chimiothérapie et a besoin d'un suivi biannuel en oncologie. Ainsi les délais possibles pour accéder à la radiothérapie et le faible nombre d'oncologues ne permettent pas d'établir que le requérant ne pourrait obtenir les soins et suivis dont il a besoin actuellement dans son pays d'origine ».

S'agissant du reproche aux termes duquel « *c'est à tort que la partie défenderesse conteste la pertinence des informations générales communiquées par [lui] afin d'étayer sa demande de séjour ; [...] Or, les informations générales sont pertinentes pour étayer [sa] demande en ce qu'elle (sic) mettent l'accent sur la situation des soins de santé au Rwanda et plus particulièrement le fait qu'il n'y ait qu'un seul centre de traitement du cancer pour l'ensemble du pays, et est donc pertinent pour l'analyse de l'accessibilité des soins* », le Conseil relève qu'il procède d'une lecture erronée du rapport médical, lequel mentionne en réalité que « *Par ailleurs, le conseil du requérant fournit avec la requête 9ter, deux documents (annexes 5 et 6 de la requête 9ter) et affirme à l'appui de ceux-ci que la radiothérapie ne saurait être assurée au Rwanda vu la disponibilité d'une seule machine et souligne également le manque d'oncologue (sic) dans ce pays. A la lecture des articles en question, on constate néanmoins qu'il est question de nets progrès dans les soins du cancer au Rwanda avec la création de laboratoires de pointe et de centres spécialisés prodiguant « des soins de haute qualité » qui plus est « pris en charge par la mutuelle de santé publique ».* Quant au faible nombre d'oncologue (sic) présents au Rwanda, la disponibilité de ce type de suivi ayant été démontrée (cf. supra), l'intéressé reste en défaut de démontrer qu'il n'aurait pas accès à un traitement chez l'un de ceux-ci. (Arrêt CCE 243882 du 10.11.2020).

Soulignons que le requérant est en rémission complète de son cancer, il ne nécessitera plus de radiothérapie/chimiothérapie et a besoin d'un suivi biannuel en oncologie. Ainsi les délais possibles pour accéder à la radiothérapie et le faible nombre d'oncologues ne permettent pas d'établir que le requérant ne pourrait obtenir les soins et suivis dont il a besoin actuellement dans son pays d'origine.

Rappelons enfin qu'il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Ce qui est le cas en l'espèce.

Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Rwanda. Le fait que sa situation dans 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) », de sorte que ses assertions sont dénuées de pertinence. Partant, le requérant ne peut être suivi lorsqu'il soutient qu'« [...] En refusant de prendre en compte les éléments susmentionnés au motif qu'ils découlent d'informations générales, alors qu'ils sont de nature à fournir des informations utiles sur [sa] situation en cas de retour dans son pays d'origine, la partie adverse n'a pas analysé avec minutie tous les documents soumis à son appréciation et ne fonde la décision querellée sur une analyse et une motivation adéquate »* et que « *la motivation est insuffisante et inadéquate car les motifs pour lesquels la partie défenderesse fait primer 'ses' informations générales sur celles fournies par [lui] ne sont pas repris en termes de décision, de sorte qu'il n'est pas permis au destinataire de l'acte de comprendre à suffisance le raisonnement de la partie défenderesse, et sa position quant aux 'informations générales', et qu'il apparaît donc comme contradictoire ».**

Pour le surplus, le Conseil observe que le requérant se limite à soutenir « que la simple et unique référence à une requête MedCOI pour conclure que les soins et traitements sont disponibles dans le pays d'origine est

insuffisante et constitue une violation du principe de minutie et de soins. [...] En l'espèce, le médecin-conseil ne fait référence qu'à une seule requête MedCOI du 22.06.23 sans en préciser le contenu entier. Si une partie des informations contenues dans cette requête figure en effet dans l'avis du médecin-conseil, celles-ci ne sont pas suffisantes pour avoir une connaissance immédiate - c'est-à-dire qui ne nécessiterait pas une analyse du dossier administratif - des informations nécessaires [...] », mais reste en défaut de contester les conclusions posées par la partie défenderesse et de démontrer en quoi ladite référence serait de nature à remettre en cause la disponibilité des traitements et suivis requis alors qu'il est précisé, dans les extraits des requêtes MedCOI reproduits dans l'avis médical, que ceux-ci sont « Available ». A cet égard, le Conseil rappelle la jurisprudence du Conseil d'Etat qui renseigne que lorsque le constat de la disponibilité du traitement requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité desdits médicaments doit être considérée comme effective (CE n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019).

S'agissant de l'accessibilité des soins et traitements requis par l'état de santé du requérant, le Conseil remarque que les griefs de ce dernier selon lesquels, en substance, « [...] l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse demeure particulièrement vague. [...] En ce qui concerne l'accès au traitement relatif [à son] cancer, aucune information n'est fournie [...] le médecin-conseil a vérifié que le traitement nécessaire à cet égard était disponible, mais est resté silencieux sur son accessibilité » manquent en fait, une simple lecture du rapport dudit médecin conseil démontrant le contraire.

Quant à l'argumentation selon laquelle « Il convient également de noter qu'il existe une stigmatisation fortement associée au cancer - que ce soit à l'égard de ses malades qu'à l'égard de ses survivants [...] (...). La situation d'isolement total qui pourrait en résulter pour [lui] n'a pas suffisamment été analysée par la partie défenderesse. Pourtant, cela pourrait compromettre sa volonté de procéder au suivi nécessaire de sa maladie - par crainte que les gens apprennent qu'il a été malade par le passé et craignent qu'il le soit encore, car ne comprenant pas le principe de « rémission ». Or, le danger existerait alors qu'une rechute ou récidive passe inaperçue, ce qui pourrait lui être fatal », le Conseil observe qu'elle est invoquée pour la première fois en termes de requête de sorte qu'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.

Par ailleurs, le Conseil se rallie aux conclusions posées par la partie défenderesse dans sa note d'observations aux termes desquelles « [...] force est de constater que la partie requérante se contente de prendre le contre-pied de l'avis médical, sans étayer ses affirmations par des éléments concrets et pertinents, sans apporter le moindre élément de preuve objective pour contester *in concreto* les conclusions de cet avis et celles de la partie défenderesse. Elle se contente de relever différentes difficultés rencontrées au Rwanda et s'appuie à cet égard sur des articles généraux, sans toutefois préciser en quoi les rapports cités s'appliqueraient à son cas d'espèce. Or, la partie requérante doit démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports s'applique à elle personnellement, ce qu'elle ne fait pas en l'espèce. L'argumentation de la partie requérante ne permet pas de conclure que le suivi nécessaire ne serait pas disponible et accessible au pays d'origine ».

In fine, le Conseil observe que contrairement à ce qui est allégué par le requérant, il ressort de l'ordre de quitter le territoire attaqué que la partie défenderesse a pris en considération l'ensemble des éléments dont elle avait connaissance au moment de la prise de cet acte et l'a motivé au regard des trois critères repris par l'article 74/13 de la loi dont l'état de santé du requérant de sorte que ses critiques manquent en fait.

3.2. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique n'est fondé en aucune de ses branches.

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.

5. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge du requérant.

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

Article 1^{er}

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Article 2

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge du requérant.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le treize septembre deux mille vingt-quatre par :

V. DELAHAUT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK V. DELAHAUT