

Arrêt

**n° 349 866 du 7 juillet 2026
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NTAMPAKA
Rue de Stassart, 117/3
1050 BRUXELLES**

Contre:

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration et désormais par la
Ministre de l'Asile et de la Migration**

LA PRESIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 octobre 2023, par X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à l'annulation de la décision de non-prorogation du CIRE, prise le 17 août 2023.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 21 mai 2026 convoquant les parties à l'audience du 26 juin 2026.

Entendue, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendus, en leurs observations, Me C. NTAMPAKA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

I. Faits pertinents de la cause

La partie requérante déclare être arrivée en Belgique le 27 octobre 2018, sous le couvert d'un visa Schengen, valable du 14 octobre 2018 au 28 novembre 2018.

Le 29 novembre 2018, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 27 février 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande fondée et a autorisé la partie requérante au séjour temporaire, pour une durée d'un an. Elle a été mise en possession d'une carte A, qui a été prorogée jusqu'au 13 mars 2022.

Le 14 février 2019, la partie requérante a introduit une demande de protection internationale. Le 25 septembre 2019, elle a renoncé à sa demande d'asile.

Le 19 janvier 2022, la partie requérante a sollicité la prolongation de son autorisation de séjour.

Le 7 mars 2022, la partie défenderesse a refusé cette demande et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 283 000 du 11 janvier 2023, le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a annulé ces décisions.

Le 7 février 2023, la partie requérante a actualisé sa demande susvisée.

Le 17 août 2023, la partie défenderesse a, à nouveau, refusé de prolonger l'autorisation de séjour de la partie requérante. Cette décision, qui a été notifiée à la partie requérante le 13 septembre 2023, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motifs :

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

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Rwanda.

Dans son avis médical rendu le 17.08.2023 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que la pathologie qui avait donné lieu à une autorisation de séjour est en rémission. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles au requérant.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, le requérant est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il 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...) ».

Le 21 juin 2023, la partie requérante a introduit une nouvelle demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil n° 327 231 du 26 mai 2025 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et du refus du statut protection subsidiaire prise par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA) en date du 30 novembre 2023.

Le 24 juillet 2025, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale (annexe 13quinquies).

Le 6 octobre 2025, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 16 octobre 2025, l'autorité communale de Berchem-Sainte-Agathe a pris une décision de non prise en considération de cette demande (annexe 2).

II. Question préalable

A l'audience, la partie requérante dépose des documents médicaux.

La partie défenderesse sollicite que ces nouvelles pièces soient écartées des débats.

Le Conseil estime que l'article 39/60, ancien, de la loi du 15 décembre 1980 l'autorise à tenir compte d'éléments nouveaux qui ont une incidence sur la solution du litige, lorsque par exemple ils impliquent une perte d'intérêt ou une perte d'objet, mais ne l'autorise nullement à prendre en compte de tels éléments en vue d'apprécier la légalité de l'acte attaqué.

En l'occurrence, force est de constater que, de par leur nature et leur contenu, les pièces déposées ont essentiellement pour vocation de critiquer la légalité de l'acte attaqué.

Partant, dès lors qu'elles sont nouvelles, le Conseil rappelle qu'il ne peut y avoir égard et qu'il convient, en conséquence, de les écarter du débat.

III. Exposé du moyen d'annulation

1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des « principes de bonne administration, de précaution et de minutie dans la motivation des actes de l'administration et du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause » et de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH).

2. Dans une première branche, après avoir reproduit un extrait d'un certificat médical, établi par son médecin traitant, la partie requérante fait valoir que « le retour dans un pays où il n'a aucune garantie de suivi et de traitement l'exposerait à une situation de risque grave pour sa santé ou sa vie, alors que le traitement régulier et spécialisé suivi en Belgique a réduit sensiblement ces risques ».

Reprochant ensuite à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de son profil vulnérable « en tant que personne qui sort d'une situation désespérée et pense se reconstruire en travaillant tout en suivant les consignes du médecin traitant », elle estime qu'il existe un risque de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH si elle est forcée de retourner dans son pays d'origine.

Se référant ensuite à un arrêt de la Cour de Cassation du 24 juin 2015, non référencé, à des arrêts des « tribunaux belges » et à l'arrêt n° 96.643 du 19 juin 2021 du Conseil d'Etat, elle soutient qu'en ne prenant pas la peine de motiver l'acte attaqué au regard de sa situation de vulnérabilité, la partie défenderesse a violé son devoir de précaution et de minutie.

Elle poursuit en affirmant ce qui suit :

« Que la partie adverse se réfère à la motivation donnée par le médecin qui, au lieu d'examiner le patient et les rapports donnés et d'évaluer la gravité de sa maladie, se contente de poser un principe que *« le médecin de l'Office des Etrangers ne doit pas se prononcer sur le aspects médicaux étayés par certificat... »* ; »

Qu'il est pour le moins surprenant que le médecin spécialisé, qui a suivi le patient, considère que le patient est dans une période de risque pour sa vie, si le traitement donné est suspendu ou non suivi régulièrement, mais que le médecin de l'Office des Etrangers, en l'occurrence non spécialisé dans la matière, se réfère non aux rapports médicaux ou à la littérature scientifique mais à la jurisprudence et la législation belge pour justifier son manque d'examen de la situation personnelle du requérant, et rejeter un certificat médical sous prétexte qu'il ne doit pas comparer les niveaux de suivi dans le pays d'origine avec le niveau belge, et conclure que le requérant peut voyager et suivre un traitement dans le pays d'origine ;

Que la décision basée uniquement sur les avis non motivés du médecin est en outre en défaut de démontrer la mise en balance des intérêts en concurrence *in casu* ;

Que la décision prise ne tient pas compte de l'état de santé du requérant qui sort d'un suivi et des traitements lourds et ne mesure pas les conséquences que cela peut entraîner si le requérant est obligé de retourner au Rwanda ».

3.1. Dans une deuxième branche, après avoir rappelé une partie de la motivation de l'acte attaqué, elle fait valoir que celle-ci se base sur l'avis du fonctionnaire médecin qui dit que la mention d'un médicament sur une liste officielle suffit pour établir la disponibilité de ce médicament dans le pays.

Exposant ensuite des considérations théoriques à propos de l'obligation de motivation formelle, elle reproche au fonctionnaire médecin de s'être fondé sur la mention d'un médicament sur une liste officielle pour établir la disponibilité de ce médicament dans le pays. Elle ajoute qu'« une telle affirmation traduit une approximation qui ne devrait pas exister lorsque la vie d'une personne est en jeu ».

3.2. Elle expose ensuite ce qui suit :

« Qu'il y a lieu de rappeler les difficultés rencontrées par les hôpitaux rwandais pour assurer les soins aux malades qui peuvent constituer un obstacle au retour du requérant et un traitement inhumain, s'il devait retourner et qui remettent l'affirmation sur la disponibilité de médicaments ;

Qu'en septembre 2015, un article publié dans la revue en ligne *Kigalitoday* estime à 1,5 milliard de FRW (1 850 000€) la dette dont le Ministère de la Santé est débiteur à l' *University Teaching Hospital of Butare* ; qu'en raison de cette dette, cet hôpital rencontre de grandes difficultés à payer son personnel et que sa pharmacie manque régulièrement de médicaments ;

Que l'hôpital de Butare n'est pas le seul à faire face à une telle situation ; qu'ainsi plusieurs hôpitaux sur l'ensemble du territoire rencontrent les mêmes difficultés ; qu'à nouveau, le Ministère de la Santé doit à l'hôpital de Kabgayi la somme de 500 Millions de francs rwandais, soit plus ou moins 500.0006 ; que le gouvernement de Kigali a failli à sa promesse de rembourser cette dette en 2014 et les années qui ont suivies ; qu'aucune solution ne semble envisageable ;

Qu'en effet, questionnée au sujet de la dette colossale à laquelle le ministère de la Santé fait face depuis 2012 et la solution envisagée, la représentante de la région de Muhanga dans laquelle se trouve l'hôpital de Kabgayi, Yvonne Mutakwasuku répond en ces termes :

« L'an passé (2014) le ministère de la santé n'avait pas de moyens financiers. Nous sommes en attente des chiffres de cette année afin d'examiner la possibilité de remboursement des divers hôpitaux. Il est vrai qu'il y a un problème financier qui n'est pas nouveau. L'argent sera reçu de la part du MINISANTE (Ministère de la Santé).

De toute évidence, l'anpassé, le gouvernement n'avait pas d'argent. Il vous est demandé de continuer à prodiguer les soins médicaux du mieux que vous pouvez. Peut-être que ce que les promesses que nous n'avons pas tenus l'an passé nous pourrions les tenir cette année» ;

Que le Dr Ntwari Ndizeye, responsable de l'hôpital de Muhima, rencontre les mêmes difficultés ;

Que pour toutes ces raisons, la qualité des services médicaux offerts par les hôpitaux rwandais peut être mis en cause et être jugé insuffisant malgré les listes de médicaments ventés ; que contrairement à ce qui est affirmé en termes de décision, les conditions d'octroi de l'autorisation n'ont pas changé, puisque la maladie du requérant constitue toujours un risque pour son intégrité physique et que les services médicaux du pays d'origine ne présentent aucune garantie de pouvoir assurer son suivi ;

Que de surcroît, le personnel médical, en particulier les médecins, en raison de salaires trop bas ou faute de salaire, vont vivre à l'étranger dans l'espoir d'un meilleur niveau de vie ; Qu'ainsi un article publié en mai 2016 sur la revue officielle en ligne *Imvaho Nshya*, informe que l'hôpital de la région de Gisenyi a perdu dix docteurs, que les raisons principales de ce départ sont d'une part les mauvaises conditions de travail, et d'autre part, les salaires trop bas qui ne leur permettaient pas de pouvoir s'offrir un toit ; qu'il s'agit d'une catastrophe pour un pays qui a déjà connu une perte de nombreux docteurs lors du génocide de 1994 et une « grande fuite de cerveaux » suite au même génocide ;

Que les éléments présentés montrent que non seulement on ne peut garantir la qualité du suivi médical, mais qu'on ne peut être sûr de la régularité des stocks et de la disponibilité des médicaments au Rwanda ;

Que de nouveau le médecin-conseil s'est prononcé sur base d'un dossier papier et sur des informations peu fiables, anciennes et non établies ; qu'il n'a jamais consulté le requérant, ni cherché à savoir concrètement l'état des services médicaux, car l'existence légale d'un hôpital de référence ne traduit pas son efficacité et son fonctionnement optimal ;

Que face à ce constat, on ne peut affirmer sans risque d'erreur que le fait qu'un médicament est repris sur une liste officielle n'est pas une preuve suffisante de disponibilité du médicament dans le pays ;

Qu'ainsi, sans établir la disponibilité des médicaments dans le pays d'origine, on ne peut obliger le requérant à prendre un risque pour sa vie et retourner dans le pays d'origine ; que la situation du requérant peut se dégrader durant cette période charnière si le traitement et le suivi demandés par son médecin traitant ne peuvent être assurés ».

3.3. Soutenant ensuite que le fonctionnaire médecin avait la possibilité de l'examiner ou de contacter son médecin, comme prescrit par l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 et l'article 35 b) du code de déontologie médicale, elle estime que rien n'a été fait pour vérifier le changement radical et non temporaire vanté et la disponibilité des médicaments cités.

Faisant ensuite valoir avoir présenté un certificat médical et une série de rapports médicaux justifiant de la gravité de sa maladie et qu'il est étonnant que le fonctionnaire médecin ne les ait pas pris en considération, elle affirme qu' « il est incontestable que la pathologie du requérant ne peut être prise en charge par les médecins au Rwanda qui ne disposent pas encore d'équipes spécialisées, de médicaments et de matériel suffisant pour suivre le requérant » et que « considérant le problème de la disponibilité des médecins et des médicaments, si le requérant ne peut valablement se soigner, il existe un risque réel pour sa vie en cas de rechute comme le confirme son médecin traitant ».

Elle conclut en affirmant que « dans les circonstances concrètes de l'affaire, le renvoi de la partie requérante entraînerait certainement un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement

inhumain ou dégradant, car la rupture dans la continuité des soins, en tout cas en présence de pathologies multiples et graves, constitue un traitement inhumain ou dégradant ».

4. Dans une troisième branche, faisant valoir que sa maladie exige un suivi et des soins continus qui ne peuvent pas être suspendus sans risque pour sa vie ou son intégrité physique, elle affirme ce qui suit :

« Que l'appréciation de l'impossibilité de retour devrait se baser sur trois éléments :

1. - la gravité de la maladie qui n'est pas contestée, et du fait que l'éloignement risque, si les soins ne sont pas donnés, de mettre gravement en péril la vie ou l'intégrité physique du requérant ; que le certificat du Dr [V.] dit que le requérant est atteint « *d'un myélome multiple III incurable* » (Certificat médical du 1 février 2023, p. 2) ; que cela va à l'encontre de la décision prise qui affirme sans réserve que le changement de l'état de santé a un « *caractère suffisamment radical et temporaire* » (décision . p. § 2) ; que toute évolution est conditionnée par les traitements adéquats, appropriés du requérant ;

Que le médecin spécialisé dans son annotation médicale considère « *qu'au regard des statistiques connues issues de la littérature scientifique (Durie et al. SWOGS0777-Lancet 2017), la médiane de rechute de la maladie, dans la situation de M. [M.], se situe à environ 4 ans du début des traitements, ce qui est précisément la période dans laquelle se trouve actuellement* » (Annotation médicale, § 2 : annexe 4) ;

Que l'avis médical émis ne rencontre pas cet argument pertinent et conclut sans tenir compte de l'état de santé et des risques encourus en cas de retour au Rwanda, que les services sont disponibles et mes médicaments accessibles sans tenir compte de l'état de santé, de son statut social, des possibilités d'accès à la mutuelle et de la non intervention de la mutuelle dans l'achat de médicaments, si il pouvait y accéder ;

2. - de la disponibilité du traitement qui devrait permettre au juge saisi de vérifier l'existence dans le pays d'origine d'un traitement adéquat, c'est-à-dire non seulement des médicaments mais également des infrastructures et des institutions spécialisées, des soins continués ; qu'il a été démontré que les services de santé ne disposent pas de moyens de se procurer des médicaments dont les coûts sont fort élevés sans possibilité de se faire rembourser ou par l'Etat ou par les patients ;

3. - de l'accessibilité effective du traitement qui devrait se baser sur l'accès aux soins, sur la capacité d'accéder à des moyens financiers suffisants, sur la possibilité de s'inscrire dans un système de sécurité sociale susceptible de garantir l'accès aux soins sur place et sur une absence de discrimination dans l'accès aux soins ;

Que la décision prise ne tient pas compte du contexte politique et des pratiques médicales au Rwanda ; qu'en effet l'accès à la mutuelle de base est conditionnée par le paiement de 3.000 frw par personne ; que cette mutuelle de base ne couvre que les frais de consultation dans un centre de santé et non chez un médecin, encore moins chez un médecin spécialisé ; que cette mutuelle ne couvre pas les médicaments qui sont payés par le patient lui-même ;

Que les frais médicaux pour un médicament du cancer sont à charge du requérant mais qu'ils sont impayables eu égard aux revenus qu'il n'aura plus , puisque depuis son arrivée en 2019, il a perdu son emploi, il ne peut plus accéder aux revenus qu'il a déclarés dans sa demande de visa ;

Que la comparaison entre l'achat d'un billet de voyage Kigali-Bruxelles, qui varie entre 500 euros et 700 euros dans les périodes de basse saison et entre 1000 euros et 1300 euros en haute saison touristique et le paiement des soins de santé est fort osée et irréaliste lorsqu'on sait qu'un seul médicament peut coûter plus que le salaire moyen rwandais, puisqu'un instituteur ne gagne que 100.000 Frw par mois (**Annexe 4**) ;

Qu'il n'apparaît nulle part dans la décision que cet élément ait été examiné, ayant été évacué rapidement, en affirmant que le requérant peut subvenir à ses besoins ou que la mutuelle est disponible et accessible à tous, mais que les éléments invoqués montrent le contraire ;

Que les références au site MedCOI montre les informations données par l'Etat, mais ne tient pas compte de la réalité qui ne peut être révélées au Rwanda ni par les médecins sans risque pour leur sécurité ;

Que l'Arrêté Ministériel N°20/39 du 29/01/2016 déterminant les prestations médicales dispensées à chaque niveau d'établissements de santé, publié au Journal Officiel n° 6 du 8 février 2016 détermine les prestations de chaque niveau de service de Santé à partir des centres de santé de base, jusqu'à l'hôpital national de référence, que cet arrêté montre la complexité du système qui oblige chaque patient à être autorisé par le niveau inférieur pour accéder au niveau supérieur jusqu'au niveau national, tout en précisant les soins donnés ;

Que le requérant ne peut être pris en charge que par le niveau national, qui, seul peut disposer de médecins formés et d'hôpital de référence ; mais que rien n'est dit sur les médicaments auxquels on a droit ;

Que la décision se contente de référer aux soins donnés aux fonctionnaires et aux agents de secteurs privés sans tenir compte du fait que le requérant rentrerait sans travail et qu'il sera s'il est accepté dans le pays soumis à la mutuelle de base ;

Que la partie défenderesse ne peut démontrer comment un suivi sera assuré dans ces conditions au pays d'origine sans examiner de manière approfondie la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et des soins nécessaires à la survie du requérant ;

Que le médecin spécialisé considère que sans suivi le requérant prendrait le risque d'une rechute et sans soins appropriés, il risque de perdre sa vie ; qu'en outre une fois le risque pour sa vie existe en cas de retour au Rwanda ; Que la décision n'est pas motivée ».

IV. Discussion

1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « *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* ».

A cet égard, l'exposé des motifs de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prévoit que cette disposition concerne « *les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour [...]* » (Doc. Parl., Ch., 51, n° 2478/001, p. 34).

Aux termes de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, « *L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire* ».

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite, mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Il suffit par conséquent que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

2.1. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin daté du 17 août 2023 et joint à cette décision, lequel mentionne que « *En II/2019, lors de la rédaction de l'avis précédent, le requérant était suivi pour un myélome multiple qui était encore en phase de mise au point; une greffe de cellules souches était prévue pour VI/2019 et a donc été réalisée.*

En 2023, le dossier médical du requérant fait état d'un myélome multiple en rémission complète nécessitant un traitement de maintenance par Lenalidomide et un suivi oncologique qui sont disponibles et accessibles au pays de retour.

Nous constatons dès lors que la pathologie est à présent stabilisée, alors qu'elle ne l'était pas en 2019, ce qui constitue un changement de circonstances ayant un caractère suffisamment radical et non temporaire.

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 ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que les soins médicaux requis existent et sont accessibles au pays d'origine.

Par conséquent, d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine », pour en conclure que « Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé ; qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007). Il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour du requérant ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

2.2. En effet, en ce que la partie requérante affirme notamment que « le retour dans un pays où il n'a aucune garantie de suivi et de traitement l'exposerait à une situation de risque grave pour sa santé ou sa vie, alors que le traitement régulier et spécialisé suivi en Belgique a réduit sensiblement ces risques » et qu'« en tant que personne qui sort d'une situation désespérée et pense se reconstruire en travaillant tout en suivant les consignes du médecin traitant », elle risque un risque de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH, force est de constater que le fonctionnaire médecin a examiné la disponibilité et l'accessibilité des soins au pays d'origine et que celles-ci ne font l'objet d'aucune critique précise de la part de la partie requérante. Elle se contente par ailleurs principalement à prendre le contre-pied de l'avis médical, mais reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation du fonctionnaire médecin.

2.3. En outre, en ce que la partie requérante reproche au fonctionnaire médecin de ne pas avoir pris la peine de motiver l'avis médical au regard de sa situation de vulnérabilité, le Conseil ne peut que rappeler que cette vulnérabilité alléguée est fondée sur la prétendue absence de disponibilité et d'accessibilité des soins et traitements qu'elle nécessite au pays d'origine, ce qu'elle ne démontre nullement en l'espèce, pas plus en conséquence, que sa situation de vulnérabilité.

2.4. Sur l'affirmation de la partie requérante selon laquelle le fonctionnaire médecin se contente de poser un principe selon lequel « *le médecin de l'Office des Etrangers ne doit pas se prononcer sur les aspects médicaux étayés par certificat...* », le Conseil observe qu'elle découle d'une lecture erronée de l'avis médical du fonctionnaire médecin. Celui-ci y affirme en effet qu'il « *ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical* » (le Conseil souligne), ce qu'il a précisément fait en l'espèce.

2.5. Quant au reproche fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir tenu compte de l'assertion de la Docteur V., qui indique, dans son annotation médicale du 1^{er} février 2023, que « nous sommes actuellement dans la période où survient en médiane la rechute du myélome multiple traité en première ligne de traitement », le Conseil constate qu'il s'agit ici d'une information générale et que la partie requérante ne démontre pas avoir subi la moindre rechute ni n'a transmis aucun document en ce sens.

2.6. Par ailleurs, en ce que la partie requérante reproche au fonctionnaire médecin de ne pas l'avoir examinée ni d'être entrée en contact avec son médecin, le Conseil rappelle qu'en application de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5 de la loi du 15 décembre 1980, le fonctionnaire médecin « [...] *peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* » s'il s'estimait insuffisamment informé par les différents éléments développés dans la demande de séjour. En effet, il a été estimé que le fonctionnaire médecin « [...] *jouit d'une entière liberté dans son appréciation des certificats médicaux, et [qu']un examen additionnel ou des renseignements complémentaires ne sont pas requis* » dans le cas où « [...] *la situation médicale de l'intéressé peut être clairement constatée sur la base du dossier de l'intéressé (voir aussi Doc. Parl. Chambre 2005-2006, n° 2478/001, 345-35)* », ce qui est le cas en l'espèce, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse ne contredisant aucunement le diagnostic posé par son confrère spécialiste, à savoir que la partie requérante est en rémission complète et ne nécessite plus à l'heure actuelle qu'un suivi en oncologie et un traitement médicamenteux, tous deux disponibles et accessibles au Rwanda.

Ainsi, le fonctionnaire médecin a donné un avis sur l'état de santé de la partie requérante, sur la base des documents médicaux produits, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, ne lui imposent d'examiner le demandeur, lorsqu'il ne l'estime pas nécessaire (dans le même sens : CE, arrêt n° 208.585 du 29 octobre 2010).

3.1. S'agissant de la **disponibilité** du médicament nécessité par la partie requérante, à savoir le « lenalidomide », la partie requérante reproche au fonctionnaire médecin de s'être fondé sur la mention d'un médicament sur une liste officielle pour établir la disponibilité de ce médicament dans le pays.

Or, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin a procédé à une recherche MedCOI afin d'attester de la disponibilité de ce médicament. En effet, la requête AVA-16952 indique que le « lenalidomide » est bien disponible au Rwanda et donne un exemple d'établissement où ce traitement est disponible.

A cet égard, le Conseil rappelle la jurisprudence du Conseil d'Etat qui considère 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).

L'argumentation de la partie requérante quant aux difficultés dont font l'objet les hôpitaux rwandais, largement développées en termes de requête, outre qu'elles sont invoquées pour la première fois en termes de requête, ne peuvent suffire à contester la disponibilité des soins et traitements au Rwanda, fondés sur une requête MedCOI récente.

Dès lors, la partie requérante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que « les conditions d'octroi de l'autorisation n'ont pas changé, puisque la maladie du requérant constitue toujours un risque pour son intégrité physique et que les services médicaux du pays d'origine ne présentent aucune garantie de pouvoir assurer son suivi ».

3.2. S'agissant de l'**accessibilité** des traitements et suivis au pays d'origine, le fonctionnaire médecin a procédé à une évaluation circonstanciée à cet égard et a motivé de manière complète et adéquate son avis médical quant à ce, sans que la partie requérante ne la conteste utilement.

- En effet, son affirmation selon laquelle « l'accès à la mutualité de base est conditionnée par le paiement de 3.000 frw par personne ; que cette mutuelle de base ne couvre que les frais de consultation dans un centre de santé et non chez un médecin, encore moins chez un médecin spécialisé ; que cette mutuelle ne couvre pas les médicaments qui sont payés par le patient lui-même » ne sont étayés par aucun document ou renvoi à des sources internationales. Par ailleurs, la somme de 3.000 francs rwandais équivaut à 1,7 euros, ce qui ne semble pouvoir être considéré comme une somme insurmontable pour la partie requérante.
- Il en va de même de son argumentation selon laquelle « les frais médicaux pour un médicament du cancer sont à charge de la partie requérante mais qu'ils sont impayables eu égard aux revenus qu'il n'aura plus, puisque depuis son arrivée en 2019, il a perdu son emploi, il ne peut plus accéder aux revenus qu'il a déclarés dans sa demande de visa », la partie requérante ne produisant aucune information vérifiable à cet égard.
- L'argument selon lequel « la comparaison entre l'achat d'un billet de voyage Kigali-Bruxelles, qui varie entre 500 euros et 700 euros dans les périodes de basse saison et entre 1000 euros et 1300 euros en haute saison touristique et le paiement des soins de santé est fort osée et irréaliste lorsqu'on sait qu'un seul médicament peut coûter plus que le salaire moyen rwandais, puisqu'un instituteur ne gagne que 100.000 Frw par mois » n'est pas davantage de nature à entraîner l'annulation de l'acte attaqué, la partie requérante ne remettant pas valablement en cause le fait que quasiment l'entièreté de la population rwandaise a accès à l'assurance soins de santé et ne démontrant pas qu'elle ne pourrait y accéder.
- En tout état de cause, il apparaît que ces éléments sont invoqués pour la première fois en termes de requête. Il rappelle à cet égard que « la légalité d'un acte administratif s'apprécie en fonction des éléments dont l'autorité a connaissance au moment où elle statue [...] » (C.E., arrêt n°93.593 du 27 février 2001 ; dans le même sens également : C.E., arrêt n°87.676 du 26 août 1998, C.E., arrêt n°78.664 du 11 février 1999, C.E., arrêt n°82.272 du 16 septembre 1999). Il ne saurait dès lors être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de ces éléments dans la motivation de l'acte attaqué.
- Il en va de même de l'argument selon lequel « l'Arrêté Ministériel N°20/39 du 29/01/2016 déterminant les prestations médicales dispensées à chaque niveau d'établissements de santé, publié au Journal Officiel n° 6 du 8 février 2016 détermine les prestations de chaque niveau de service de Santé à partir des centres de santé de base, jusqu'à l'hôpital national de référence, que cet arrêté montre la complexité du système qui oblige chaque patient à être autorisé par le niveau inférieur pour accéder au niveau supérieur jusqu'au niveau national, tout en précisant les soins donnés ;
Que le requérant ne peut être pris en charge que par le niveau national, qui, seul peut disposer de médecins formés et d'hôpital de référence ; mais que rien n'est dit sur les médicaments auxquels on a droit ».
- A titre surabondant, les explications de la partie requérante ne sont pas corroborées par la lecture dudit Arrêté ministériel qui, bien qu'il prévoit des catégories de soins attribués à différents types d'hôpitaux, ne précise pas que les patients doivent être autorisés « par le niveau inférieur pour accéder au niveau supérieur jusqu'au niveau national ». La partie requérante n'individualise en tout état de cause pas ses arguments à son cas individuel.

Par ailleurs, l'affirmation de la partie requérante selon laquelle l'avis médical « se contente de référer aux soins donnés aux fonctionnaires et aux agents de secteurs privés sans tenir compte du fait que le requérant rentrerait sans travail et qu'il sera s'il est accepté dans le pays soumis à la mutuelle de base » est manifestement contredite par la lecture de celui-ci, dans lequel il est clairement indiqué que « *ce système d'assurance-maladie a été étendu à toute la population. Aujourd'hui, pratiquement tous les Rwandais ont cette sécurité. En cas de maladie ou d'accident, ils pourront être soignés dans des conditions acceptables* ». La partie requérante n'apporte aucun élément susceptible de contredire cette motivation.

4. Enfin, l'affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle « *A partir du moment où le médicament du traitement de maintenance est disponible au Rwanda, l'intéressé ne peut pas prouver qu'il serait dans l'incapacité de se procurer ce traitement dans son pays d'origine, vu qu'il a été capable de payer le voyage de son pays en Belgique et qu'il a le temps en Belgique de préparer son voyage retour en se procurant la quantité suffisante de médicaments pour le temps qu'il serait en attente de se procurer ce médicament dans son pays d'origine* » n'est pas contestée par la partie requérante en termes de requête. Elle ne démontre dès lors pas qu'elle devra suspendre son traitement, puisque celui-ci est disponible et accessible au pays d'origine, d'après les conclusions du fonctionnaire médecin, non utilement contestées par la partie requérante.

5. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

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

Article unique

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le sept juillet deux mille vingt-six par :

B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT