



## Arrêt

n° 236 190 du 29 mai 2020  
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. LOTHE  
Rue Fernand Danhaive 6  
5002 SAINT-SERVAIS

Contre :

**l'Etat belge, représenté par la Ministre de la Justice, chargée de l'Asile et la Migration, de l'Intégration sociale et de la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration**

### LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 26 septembre 2014, par X, qui se déclare de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation « de la décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour fondée sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 », prise le 31 juillet 2014.

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 » ci-après.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 30 avril 2020 convoquant les parties à l'audience du 25 mai 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me M. KALIN *loco* Me P. LOTHE, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Mes D. MATRAY et N. SCHYNTS, avocat, qui comparait 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 5 décembre 2006.

1.2. Le 6 décembre 2006, il a introduit une première demande de protection internationale qui a donné lieu à une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire prise par la partie défenderesse le 27 décembre 2006. Le requérant a introduit un recours contre cette décision auprès du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides qui a pris une décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire en date du 19 mars 2008. Le requérant a introduit un recours contre cette décision devant ce Conseil qui a également refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire au terme d'un arrêt n° 15 026 du 18 août 2008.

1.3. Le 16 septembre 2008, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile (annexe 13quinquies) à l’encontre du requérant.

1.4. Par un courrier daté du 17 octobre 2008, le requérant a introduit une première demande d’autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l’article 9<sup>ter</sup> de la loi, qui a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse au terme d’une décision prise en date du 24 décembre 2008.

1.5. Entretemps, soit le 30 octobre 2008, il a introduit une deuxième demande de protection internationale qui a fait l’objet d’une décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise le 1<sup>er</sup> mars 2010 par le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides.

1.6. Le 15 octobre 2012, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile (annexe 13quinquies) à l’encontre du requérant.

1.7. Le 29 novembre 2012, il a introduit une troisième demande de protection internationale qui a fait l’objet d’une décision de refus de prise en considération d’une demande d’asile rendue par la partie défenderesse le 10 janvier 2013. Le requérant a introduit un recours contre cette décision devant ce Conseil qui l’a rejeté par un arrêt n° 102 154 du 30 avril 2013.

1.8. Par un courrier daté du 25 février 2009, le requérant a introduit une deuxième demande d’autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l’article 9<sup>ter</sup> de la loi, qui a été déclarée recevable par la partie défenderesse en date du 1<sup>er</sup> juillet 2009 avant d’être toutefois déclarée non-fondée par une décision prise en date du 19 septembre 2012. Il a introduit un recours contre cette décision devant ce Conseil qui l’a annulée par un arrêt n°105 546 du 21 juin 2013.

Le 3 octobre 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision, assortie d’un ordre de quitter le territoire, déclarant non-fondée la demande d’autorisation de séjour précitée. Le requérant a introduit un recours contre cette décision devant ce Conseil qui l’a rejeté par un arrêt n° 119 814 du 27 février 2014, la décision querellée ayant été retirée le 19 décembre 2013.

Le 31 juillet 2014, la partie défenderesse a repris une décision déclarant non-fondée cette même demande d’autorisation de séjour.

Cette décision, qui constitue l’acte attaqué, est motivée comme suit :

*« 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.*

*Monsieur [M, J.P.] de nationalité Rwanda (Rép.) (sic), invoque un problème de santé, à l’appui de sa demande d’autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique.*

*Le Médecin (sic) de l’Office des Etrangers (OE), 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 (Rép.), pays d’origine du requérant.*

*Dans son avis médical remis le 30.07. 2014, (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 requérant, que ces soins médicaux sont accessibles à l’intéressé, que son état de santé ne l’empêche pas de voyager et que dès lors, il n’y a pas de contre-indication du point de vue médical à un retour du requérant à pays d’origine.*

*Les informations du pays d’origine se trouvent dans le dossier du requérant auprès de notre administration.*

*Dès lors,*

*1) il n’apparaît pas 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*

2) *il n'apparaît pas 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.*

*Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».*

1.9. Le 31 juillet 2014 également, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant. Celui-ci a introduit un recours contre cette décision devant le Conseil de céans qui l'a rejeté par un arrêt n° 236 191 du 29 mai 2020.

## 2. Exposé du moyen d'annulation

Le requérant prend un moyen unique « de la violation de 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, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et 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, du principe général de bonne administration, de l'erreur manifeste d'appréciation et de (*sic*) principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, de l'article 3 de la CEDH, violation de l'obligation de soin, défaut de motivation matérielle ».

Le requérant expose ce qui suit :

« Attendu que la décision attaquée ne comporte en réalité aucune motivation propre au dossier.

Que la décision se limite d'un côté à renvoyer à l'avis du médecin conseil et d'autre part à 'des informations sur le pays d'origine qui se trouvent dans le dossier administratifs (*sic*)'.

Que si une décision par renvoi à un autre document peut être acceptée (*sic*) dans certains cas, il est certain qu'une décision qui est tellement générale, sans qu'aucune motivation propre sauf ce renvoi, ne peut être considérée (*sic*) comme correctement motivée.

Qu'on ne peut même pas déduire de la décision attaquée si la maladie dont [il] souffre est considérée comme une maladie qui entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou si ce n'est le cas qu'à condition que les soins ne seraient pas disponibles dans son pays d'origine.

Qu'il s'agit de deux hypothèses pourtant fondamentalement différents (*sic*).

Qu'à supposer qu'on pourrait déduire du fait que le médecin conseil a examiné les possibilités de traitement dans le pays d'origine, qu'il s'agit en l'espèce bien d'une maladie qui entraîne un risque réel pour [sa] vie ou l'intégrité physique, il y a lieu de constater, que ce diagnostic est loin d'être clair.

Qu'en effet, le médecin conseil semble mettre en doute qu'[il] souffrirait d'une grave dépression avec risque de décompensation et passage à l'acte auto-agressif, déclenché (*sic*) par les événements lié (*sic*) au génocide au Rwanda, parce que « il faut rappeler que le requérant est arrivé en Belgique en 2006 et que le génocide en Rwanda s'est perpétré en 1994. Il aurait donc vécu **sans qu'aucun trouble important avec ses complications** ne soit rapporté » alors que « le délai entre l'événement (*sic*) traumatique et l'apparition (*sic*) des symptômes ne doit pas dépasser 6 mois parce que le lien de causalité est généralement douteux par la suite ».

Qu'à cet égard il y a lieu de constater qu'il s'agit d'une supposition non étayée de la part du médecin conseil, contredit par les certificats médicaux.

Qu'en effet tant le Dr. [A.C.] que le Dr. [B.] parlent de troubles post traumatiques.

Que ce n'est évidemment (*sic*) pas parce que le Dr. [A.C.] renseigne (certif 2009) qu'il s'agit d'un (*sic*) affection chronique depuis 2008, que la source des problèmes ne pourrait être le génocide.

Qu'il y a lieu également de tenir compte du fait qu'au Rwanda, surtout après le génocide et au moins jusqu'en 2007, le traitement psychiatrique était quasi inexistant.

Que les « Médecins sans vacances » renseignaient : « Le centre psychiatrique se situe à 17 kilomètres à l'est de Kigali. Il appartient aux Frères de la Charité et est **le seul centre psychiatrique** du pays. » alors qu' « En raison de la situation d'après avril 1994 (traumatisme psychologique post-génocidaire), il y a un manque poignant de personnel qualifié pour les soins psychiatriques » et également que « **Lors de la mission d'évaluation fin 2007**, les objectifs des missions pour les trois prochaines années à l'hôpital et au centre de formation seront affinés en accord avec le partenaire local. Etant **donné qu'il y a à présent un psychiatre local et un neurologue local**, nous ne prévoyons pas d'augmentation de nos actions. »

Que le médecin conseil en estimant qu'il ne serait pas établi que [ses] troubles sont liés au génocide, s'avance sans que cette affirmation soit étayée de quelque manière, d'autant plus qu'en raison du manque flagrant de soins psychiatriques dans [son] pays d'origine, le fait qu'aucun diagnostic n'aurait été posée (*sic*) avant son arrivée en Belgique (ce qui n'est pas établi) n'implique nullement qu'[il] n'aurait pas souffert de la maladie.

Que le diagnostic a été posé de manière indiscutable en Belgique.

Que le risque de décompensation a également été constaté en Belgique par les différents médecins traitants.

Qu'une fois de plus, le médecin-conseil semble mettre en doute ce diagnostic parce qu'il « s'agit de simples affirmations non étayées du patient ».

Que c'est faire peu de cas du professionnalisme (*sic*) de psychiatres traitants...

Que la pathologie dont [il] souffre étant de nature psychologique, il semble que c'est parfaitement normal que ce diagnostic est établi à (*sic*) base des allégations, déclarations, entretiens qu'[il] a eu avec son/ses médecin(s) traitant(s), spécialistes en la matière.

Qu'on voit mal comment le constat suivant lequel les constatations du médecin spécialiste traitant seraient des constatations « dixit » pourrait être problématique.

Que c'est dès lors une erreur d'appréciation d'estimer que cette crainte ne serait corroboré (*sic*) par aucun élément du dossier, alors que ce risque découle de diverses constatations faites par les psychiatres traitants, qui confirment que le pronostic est réservé, qu'un suivi psychiatrique est requis avec possibilité d'hospitalisation.

Que c'est à tort que l'Office des Etrangers reprend sans plus cette affirmation du médecin-fonctionnaire, qui de plus [ne l']a pas examiné, et qui se permet de mettre en doute le diagnostic posé par les médecins traitants, qui eux ont suivi leur patient et ont eu des entretiens avec celui-ci avant de poser leur diagnostic.

Qu'il y a lieu de constater que les affirmations du médecin-fonctionnaire sont contradictoires, dans la mesure où il estime « il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier les événements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient » alors qu'il s'agit d'un diagnostic posé par ses médecins traitants, à base (*sic*) [de ses] déclarations, ce qui en ce qui concerne une maladie psychiatrique, est une manière parfaitement adéquate d'agir.

Qu'à supposer que des éléments manqueraient au dossier médical, alors il aurait fallu solliciter ces renseignements complémentaires auprès [de lui] ou de son conseil, ou il aurait fallu [le] convoquer et le faire examiner par un médecin qualifié.

Qu'en effet, dès lors que le dossier semblerait de l'avis du médecin fonctionnaire non complet, alors qu'un certificat médical complet était déposé, et pour autant que ce certificat ne permettrait pas au médecin fonctionnaire d'apprécier la gravité de la situation, il aurait fallu à tout le moins [l']inviter de (*sic*) déposer l'entièreté de son dossier médical .

Qu'à défaut la décision attaquée est prise sans prendre en considération tous les éléments de la cause.

Qu'en l'espèce, il n'en a été rien ; qu'il y a dès lors lieu de constater que la décision attaquée n'a pas été prise en respectant l'obligation de soin requis.

Que ce manquement au devoir de soin justifie à elle (*sic*) seule l'annulation de la décision attaquée.

Que d'autre part, il y a lieu de constater que [ses] médecins traitants ont bien constaté un risque de décompensation en cas de retour au pays d'origine.

Qu'il ne s'agit donc nullement d'une maladie « avec laquelle il faut accepter de vivre et fonctionner avec »...

Qu'encore une fois, ce n'est bien entendu pas parce que lorsqu'on apprend à vivre avec sa maladie et qu' « il n'y a aucune raison de penser que les patients atteints de TRD ne devraient pas être en mesure d'atteindre un niveau similaire de gestion de la maladie, du fonctionnement et de la qualité de vie », que cette généralité s'applique à [lui].

Que la motivation est à nouveau tellement générale qu'elle ne dit RIEN sur [sa] situation qui à cet égard ne semble même pas avoir été examiné (*sic*).

Qu'il y a lieu de constater que les médecins-spécialistes traitants n'envisagent nullement qu'il suffit « d'apprendre à vivre avec la maladie », mais envisagent au contraire un suivi avec possibilité d'hospitalisation !

Qu'il semblerait dès lors que la gravité de [sa] condition a été sousestimée (*sic*).

Qu'[il] estime que c'est également à tort que le médecin-conseil, contre l'avis des médecins traitants, spécialistes, estime qu'[il] serait capable de retourner dans son pays d'origine.

Que ce n'est bien entendu pas parce qu'un certain VAN KRIEKEN, dont on ne connaît pas les qualifications estime qu'en ce qui concerne les PTSD « au pays d'origine les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger », que cette affirmation générale, sortie de la page 310 de ce livre « Health, Migration and Return », vaut pour [lui].

Que cela est d'autant plus vrai si on sait que ce livre semble avoir été écrit afin de trouver des solutions au problème des pays du « Nord » confronté (*sic*) à des gens qui cherchent des soins... (cfr. Résumé du continu sur <http://www.springer.com/law/international/book/978-90-6704-128-7> : The North is being increasingly confronted with a new phenomenon of migration: the so-called 'health tourism' of irregular migrants. One can already recognize a tendency among would-be migrants who either overstay their visas, or arrive under the pretext of being asylum-seekers, to come to the North with the intention of receiving medical treatment, in particular complicated surgery or other expensive forms of treatment, which they cannot get in their countries of origin, certainly not free of charge. Moreover, many others use 'illness' as a pretext or a reason for not being returned, or to obtain leave of stay...)

Qu'il semblerait que ce "livre" ne peut en aucun cas être présenté comme une source objective, et encore moins comme une source précise sur la situation en Rwanda après le génocide, qui est une situation tout à fait exceptionnelle.

Qu'une administration normalement soigneuse ne se base pas sur des généralités et sur des «chances», mais aurait dû vérifier in concreto qu'à tout le moins [ses] chances de guérir seraient meilleures dans son pays d'origine. Que cela n'a pas été fait.

Que les médecins-spécialistes traitants ne sont pas de cet avis.

Qu'il ne suffit pas d'une généralité pour contredire un constat spécifique.

Qu'une motivation tellement générale ne peut être considéré (*sic*) comme effective.

Qu'une motivation d'ordre général doit être assimilée à une absence de motivation et dès lors contraire à l'obligation de motivation tant formelle que matérielle.

Qu'à titre tout à fait subsidiaire, il y a lieu de constater qu'à supposer qu'[il] pourrait retourner dans son pays d'origine sans risquer d'aggravation de son état (quod non), il y a lieu de constater que même le médecin-traitant reconnaît la nécessité d'un traitement disponible et accessible dans le pays d'origine.

Qu'on voit en effet mal sinon pourquoi cet aspect des choses devrait être examiné... »

Le requérant reproduit quelques extraits d'articles de presse tirés d'internet afférents aux soins psychiatriques au Rwanda et poursuit comme suit :

« Que le constat du médecin-conseil estimant que le traitement suivi actuellement par [lui] serait disponible dès lors que le remplacement d'un médicament par un autre médicament ne garantit donc nullement la possibilité de poursuivre le traitement, eu égard au fait que pour [lui] pas moins de 4 médicaments sont utilisés en combinaison.

Que le traitement 'par équivalents' n'est dès lors nullement concluant.

Que les différents médicaments ne sont pas interchangeable même si leur principe actif peut être le même.

Que les références plus que générales au sujet de la présence de soins psychiatriques faite par le médecin-fonctionnaire ne donnent aucune garantie d'une réelle accessibilité pour [lui]. Que cet aspect n'a pas été examiné avec le soin requis.

Que la partie adverse n'a pas correctement évalué [sa] situation; qu'elle devait s'estimer insuffisamment informée et [l']inviter à fournir des renseignements complémentaires et/ou à se soumettre à des examens complémentaires.

Que l'on peut s'interroger sur la valeur de l'avis du médecin fonctionnaire dès lors que le médecin n'a pas jugé utile [de l']examiner;

Que c'est donc de manière tout à fait subjective qu'il tire une conclusion par trop hâtive ;

Que la motivation de la décision querellée n'est nullement adéquate, correcte et précise ;

Que la décision viole les dispositions reprises au moyen ; qu'il y a lieu de l'annuler ;

Qu'au contraire, il suffit de lire un peu plus loin le texte invoqué par le médecin fonctionnaire pour y lire :

Les frais d'adhésion aux mutuelles de santé sont élevés par rapport au pouvoir d'achat de la population rwandaise. Le montant total par personne, qui a progressé au fur et à mesure, atteint aujourd'hui 2.000 francs rwandais/personne (2,39 €) et par an. En moyenne au Rwanda, une famille est composée de 7 personnes. Au mois de juillet 2011, le coût va augmenter de 2.900 RWF à 3.400 RWF (3,46 à 4,06 €) selon les classes sociales.

Aujourd'hui, le gouvernement rwandais et les ONG prennent en charge 27% de la population, un taux qui ne couvre pas toutes les personnes vivant dans la pauvreté extrême (37%). Pour aider la population, la banque populaire, qui est représentée dans tous les districts, a accordé des crédits à un taux d'intérêt très minime par rapport aux banques commerciales. Les bénéficiaires de ces prêts remboursent la banque lors de la récolte.

Le succès de ce système risque d'être toutefois compromis par le fait que les banques populaires, qui étaient les banques d'épargne jusqu'en 2010, sont devenues des banques commerciales. Seuls les systèmes de micro-finance représentés également sur toute l'étendue du pays peuvent être en mesure de remplacer les banques populaires.

<http://www.slateafrique.com/875/assurance-sante-pari-reussi-rwanda>, information qui ne peut par ailleurs être qualifiée (*sic*) de 'récente' vu qu'elle date de 2011, et peut être taxée d'un certain optimisme de propagande....

Qu'en réalité la « couverture » en soins de santé allant plus loin que des dispensaires, c.à.d. le genre de soins dont [il] a besoin, n'est pas accessible pour 95 % de la population.

Que « Le système rwandais est en fait divisé en trois catégories. La première couvre les employés de l'Etat et les agents du gouvernement (il s'agit respectivement de la Rwandaise d'Assurance maladie et de la MMI), elle fonctionne, de façon classique, comme une assurance maladie publique. La seconde est fondée sur des assurances privées et concerne les employés du secteur formel, qui ne travaillent pas pour l'Etat. Enfin la CBHI cible le secteur informel –c'est-à-dire 95% de la population– et permet de couvrir, au niveau local, la très grande majorité des Rwandais.

C'est ce dernier service qui est véritablement révolutionnaire.

Mis en place en 2005, il permet d'organiser le territoire en fonction d'une délimitation de districts et des secteurs précis. Chaque centre de santé du pays doit obligatoirement comporter une section de la CBHI, et dans chaque village, la population vote pour des représentants en charge d'administrer ces CBHI en lien avec le personnel du ministère de la Santé.

Ces centres ne sont pas bien sûr des tous (*sic*) des hôpitaux, mais aussi des dispensaires et des pharmacies pouvant procurer les premiers secours en cas de nécessité, et informer la population. Le maillage territorial est bien la source d'une telle efficacité, car il permet de couvrir l'intégralité du territoire en incluant les personnes travaillant dans l'économie informelle. » - interview de KAGAME sur <http://www.slate.fr/story/85073/rwanda-assurance-maladie>.

Que non seulement, à son arrivée [il] ne sera pas couvert d'une assurance maladie, qu'à supposer qu'il puisse se permettre de s'affilier, il ne pourra prétendre au genre de soins dont il a besoin.

Qu'enfin, l'avis du médecin conseil est également hautement critiquable, car mal fondé, lorsqu'il estime que « [son] parrain » qui a payé son voyage vers la Belgique en 2006 serait toujours disponible pour le soutenir.

Que cela ne ressort d'aucune information récente du dossier.

Qu'il s'agit d'une erreur manifeste d'appréciation.

Qu'on ne peut en effet pas déduire de la présence d'un « parrain » en 2006 (surtout dans le contexte africain) que celui-ci sera toujours là en 2014 et aura la même disposition de libéralité envers [lui].

Que la décision renvoyant à un avis mal motivé, est également mal motivée.

Qu'une absence de motivation ou une motivation basée sur une appréciation manifestement erronée des faits, dont on pourrait même dire qu'elle est baclée, pour ne pas dire « passe partout » et dès lors sans motivation aucune, viole les obligations légales de motivation formelle et matérielle, ainsi que l'obligation de soin.

Qu'il est clair que le risque de traitement inhumain et dégradant n'est pas à exclure.

Que même une maladie qui ne présenterait pas de risque vital immédiat (ce qui est loin d'être certain en l'espèce vu le risque de décompensation) peut en effet en cas d'absence de soin donner lieu à un traitement inhumain et dégradant.

Que la notion de traitement adéquat s'entend de traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour ; que cet examen doit se faire au cas par cas en tenant compte de la situation individuelle du demandeur ; (CCE, Arrêt n° 76.076 du 28 février 2012) ; (travaux préparatoires de la loi du 15 septembre (*sic*) 2006)

Que la partie adverse ne tient nullement compte de l'état grave de stress post-traumatique dont [il] souffre pourtant mise (*sic*) en exergue par des professionnels de la santé ;

Que la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation ;

Que l'on aurait pu s'attendre de la part de l'Office qu'il [le] convoque et [l']examine ou qu'il lui demande des renseignements complémentaires ce qu'il n'a pas fait alors qu'il estime que sa pathologie représente un risque de gravité non négligeable ;

Que la partie adverse n'a pas recueilli toutes les informations nécessaires avant de prendre pareille décision ; qu'elle ne s'est donc nullement prononcée en connaissance de cause ; qu'elle n'a donc pas respecté (*sic*) le principe de bonne administration qui commande de prendre en compte tous les éléments de la cause ;

Que l'examen effectué par l'Administration doit être un examen individualisé du risque de traitement inhumain et dégradant en fonction de la situation personnelle du demandeur de régularisation médicale;

Que la partie adverse n'a pas correctement évalué [sa] situation; qu'elle devait s'estimer insuffisamment informée et [l']inviter à fournir des renseignements complémentaires et/ou à se soumettre à des examens complémentaires.

Que l'on peut s'interroger sur la valeur de l'avis du médecin fonctionnaire dès lors que le médecin n'a pas jugé utile [de l']examiner;

Que c'est donc de manière tout à fait subjective qu'il tire une conclusion par trop hâtive ;

Que la motivation de la décision querellée n'est nullement adéquate, correcte et précise ;  
Que la décision viole les dispositions reprises au moyen ; qu'il y a lieu de l'annuler ».

### 3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, de manière à laisser apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre à la personne concernée, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours, et à la juridiction compétente d'exercer son contrôle à ce sujet.

En l'espèce, le Conseil rappelle tout d'abord que s'il y a lieu d'admettre la conformité d'une motivation par référence au regard des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, c'est notamment à la condition que l'avis auquel il est fait référence soit reproduit *in extenso* dans l'acte attaqué ou ait été porté à la connaissance de son destinataire au plus tard le jour de la notification de l'acte qui cause grief (en ce sens, CE, 14 février 2008, n° 179.636, C.E., 4 novembre 2010, n°208.659; voir également *mutatis mutandis*, s'agissant d'une décision prise sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 : C.E., 21 octobre 2014, n° 228.829). Tel est le cas en l'occurrence dès lors que la décision litigieuse renvoie à l'avis médical du médecin conseil de la partie défenderesse établi en date du 30 juillet 2014 qui, bien que non repris *in extenso* dans la décision entreprise, a été notifié en même temps que la décision attaquée, le requérant ayant signé l'acte de notification portant la mention pré-imprimée selon laquelle il déclare avoir reçu l'enveloppe fermée contenant l'avis du médecin conseil. Il s'ensuit que l'argument du requérant sur ce point ne peut être retenu. Quant audit avis, le médecin conseil s'y prononce de manière circonstanciée, et sur la base des certificats médicaux déposés par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, quant à sa situation médicale au regard d'un retour au Rwanda, de sorte que l'affirmation selon laquelle la décision attaquée ne comporte « aucune motivation propre au dossier » manque en fait.

Par ailleurs, le Conseil observe que le requérant ne prétend aucunement avoir souffert « d'un trouble psychiatrique important avec ses complications » en manière telle qu'il n'a pas d'intérêt à critiquer le constat posé par le médecin conseil de la partie défenderesse, qui ne conteste au demeurant pas (le Conseil souligne) que le requérant souffre de « Trouble anxiodépressif chronique sur syndrome post-traumatique », selon lequel « Il faut rappeler que le requérant est arrivé en Belgique en 2006 et que le génocide en Rwanda s'est perpétré en 1994. Pendant 15 ans il aurait donc vécu sans qu'aucun trouble psychiatrique important avec ses complications ne soit rapporté. Or, le délai entre l'événement traumatique et l'apparition des symptômes ne doit pas dépasser six mois parce que le lien de causalité est généralement douteux par la suite ». Qui plus est, le Conseil constate, contrairement à ce que tend à faire accroire le requérant en termes de requête, que si les certificats médicaux déposés à l'appui de la deuxième demande d'autorisation de séjour du 25 février 2009 mentionnent un syndrome de stress post-traumatique dans le chef de ce dernier, aucun d'entre eux ne fait mention expresse du fait qu'il aurait été généré par le génocide de 1994. Les critiques élevées par le requérant à l'encontre du médecin conseil qui estime « qu'il ne serait pas établi que [ses] troubles sont liés au génocide » et dont les affirmations seraient « contradictoires » sont par conséquent non fondées tout comme celle afférente aux propos tenus par P.J. Van Krieken dans son livre intitulé « Health, Migration and Return » qui est dépourvue d'intérêt au regard de ce qui vient d'être exposé, critique qui se rapporte de surcroît à un motif surabondant de l'acte entrepris.

De la même manière, le requérant n'a pas non plus intérêt à sa critique selon laquelle il ne souffre pas d'une maladie « avec laquelle il faut accepter de vivre et fonctionner avec » dès lors que le médecin conseil de la partie défenderesse ne conteste pas qu'il nécessite un suivi médical et n'exclut pas la possibilité d'une hospitalisation puisqu'il mentionne l'existence de cliniques au Rwanda.

S'agissant de l'affirmation du requérant selon laquelle le médecin conseil de la partie défenderesse aurait dû l'examiner, voire solliciter des renseignements complémentaires le concernant, le Conseil rappelle qu'aucune disposition légale n'oblige le médecin fonctionnaire à examiner le requérant ou à le recevoir en consultation. En effet, l'article 9ter, §1<sup>er</sup>, alinéa 5, de la loi, qui prévoit l'intervention d'un fonctionnaire médecin ou d'un médecin désigné par le Ministre ou son délégué par voie d'avis, indique expressément que « Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». Il résulte du libellé de cette disposition qu'il n'existe aucune obligation pour le médecin conseil de la partie défenderesse d'examiner personnellement le demandeur avant de rendre son avis (cf. dans le même sens : CE, arrêt n° 208.585 du 29 octobre 2010) ou de l'entendre, et ce d'autant que si le médecin conseil de la partie défenderesse estime que l'origine de la pathologie du

requérant n'est pas établie, il ne remet pas en cause l'existence de celle-ci et n'estime pas davantage que son dossier médical serait incomplet. Le Conseil observe par ailleurs qu'en soutenant que la partie défenderesse n'aurait pas pris en considération tous les éléments de la cause sans préciser lesdits éléments qu'elle aurait omis d'examiner, le requérant ôte toute utilité à sa critique.

Le Conseil observe encore que le requérant reproduit des extraits d'articles de presse afférents à la piètre qualité des soins de santé psychiatriques au Rwanda dont la disponibilité et l'accessibilité ne seraient pas garanties. Quant à ce, le Conseil ne peut que constater que le requérant demeure néanmoins en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse et d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient d'avoir accès au traitement ainsi qu'au suivi requis par son état de santé dans son pays d'origine. Qui plus est, ces documents n'ayant pas été portés à la connaissance de la partie défenderesse avant la prise de l'acte attaqué, le requérant ne s'étant au demeurant pas sérieusement prévalu de l'indisponibilité et l'inaccessibilité du traitement qu'il nécessite dans sa demande d'autorisation de séjour, il est malvenu à cet égard de formuler ses reproches à l'encontre du médecin conseil de la partie défenderesse et de critiquer les sources documentaires de celui-ci. Pour la même raison, le grief relatif au soutien financier du parrain du requérant, motif surabondant de la décision entreprise, est dépourvu d'intérêt dès lors que l'inaccessibilité de son traitement médical au Rwanda n'est pas sérieusement contestée.

*In fine*, le Conseil rappelle que l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi, précise que « L'étranger qui séjourne en Belgique (...) 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 troisième et quatrième alinéas de ce premier 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. (...). L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 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 (...) ».

Cette disposition vise clairement un « traitement adéquat » dans le pays d'origine ou dans le pays où séjourne l'étranger et non un traitement identique de sorte que le requérant n'est pas fondé à reprocher au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir envisagé un traitement « par équivalents » et ce d'autant qu'il ne prétend nullement ne pouvoir le tolérer ou qu'il lui serait contre indiqué.

3.2. Au regard de ce qui précède, il appert que le moyen unique n'est pas fondé.

#### **4. Débats succincts**

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, 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 vingt-neuf mai deux mille vingt par :

Mme V. DELAHAUT,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK,

greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

V. DELAHAUT