

Arrêt

n° 254 721 du 19 mai 2021
dans l'affaire X VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. LEJEUNE
Rue Berckmans 83
1060 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 janvier 2017, X, qui déclare être de nationalité rwandaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 19 décembre 2016.

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 3 septembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 1er octobre 2020.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. JANSSENS *loco* Me C. LEJEUNE, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante déclare être arrivée en Belgique « en juillet 2011 ».

1.2. Le 10 juillet 2012, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 31 octobre 2012 et a été complétée par des courriers du 15 avril 2013, du 6 août 2013, et du 24 septembre 2013.

1.3. Le 9 novembre 2012, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a rendu un avis quant à l'état de santé de la requérante.

Le 8 juillet 2014, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de ladite demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Le 21 août 2014, la requérante a introduit un recours en suspension et annulation à l'encontre de ces décisions. Un certificat médical du 19 août 2014 du Docteur L., psychiatre, y était notamment joint.

Le 29 août 2014, la partie défenderesse a retiré ces décisions.

Le recours en suspension et annulation introduit le 21 août 2014 à l'encontre des décisions précitées a été rejeté par un arrêt n° 133.729 du 25 novembre 2014 du Conseil de ceans en raison du retrait desdites décisions et de la perte d'objet du recours en résultant (RG X).

1.4. Le 7 juillet 2014, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a rendu un avis quant à l'état de santé de la requérante.

1.5. Le 19 septembre 2014, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour visée *supra* au point 1.2 et un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'égard de la requérante.

Par un arrêt n° 177.866 du 17 novembre 2016, le Conseil a annulé ces décisions.

1.6. Le 15 décembre 2016, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis quant à l'état de santé de la requérante.

1.7. Le 19 décembre 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour visée *supra* au point 1.2, qui a été notifiée à la requérante le 30 décembre 2016.

Cette décision, qui constitue le **premier acte attaqué**, est motivée comme suit :

«[...]»

Motifs :

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

L'intéressée invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Rwanda (Rép.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 15.12.2016, (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 de la demanderesse, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée 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 l'article 3 CEDH.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules

les pièces transmises par l'intéressée ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération.

[...]

1.8. Le 19 décembre 2016, la partie défenderesse a également pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'égard de la requérante. Cet ordre de quitter le territoire lui a été notifié le 30 décembre 2016.

Il s'agit du **second acte attaqué** qui est libellé comme suit :

«[...]

MOTIF DE LA DECISION :

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2 : L'étranger n'est pas en possession d'un visa valable. L'intéressée n'est pas autorisée au séjour : une décision de refus de séjour (irrecevable 9^{ter}) a été prise en date du 19.12.16.

[...]

1.9. Le 23 décembre 2016, le conseil de la requérante a transmis par mail à la partie défenderesse de nouvelles attestations médicales (non détaillées dans ledit mail) qui ne figurent toutefois pas au dossier administratif tel que transmis au Conseil dans le cadre de la procédure ici en cause.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « *la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers; de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs; de la violation de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme; de la violation des articles 41, 47, 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne; de la violation des principes généraux de bonne administration et plus particulièrement du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, du défaut de motivation ; de l'erreur manifeste d'appréciation.* »

2.2. La partie requérante développe ce moyen dans les termes suivants (le Conseil précisant que la note de bas de page figurant dans la requête en page 15 est ici omise même s'il en sera évidemment tenu compte au besoin dans l'examen de la requête) :

« Première branche

A titre préalable il convient de souligner que la partie adverse ne conteste nullement que la requérante souffre d'une pathologie particulièrement grave qui, en l'absence de prise en charge adéquate, entraînerait un risque réel de traitement inhumain et dégradant, voir un risque vital.

Elle prétend cependant que les soins dont la requérante a besoin sont à la fois disponibles et accessibles au Rwanda et qu'elle est apte à voyager.

Plusieurs certificats médicaux ont été joints au dossier administratif.

La partie adverse omet à ce sujet de tenir compte du document médical du 19.08.2014, joint au premier recours et faisant ainsi partie du dossier administratif, dans lequel le médecin-psychiatre [L.] souligne à nouveau l'extrême gravité de la maladie de sa patiente et le risque réel de décompensation psychique majeure en cas d'interruption du traitement en cours et de disparition de ses repères affectifs.

Dans sa décision, la partie adverse indique qu' « il est important de souligner que l'Office des étrangers ne peut tenir compte des pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressée ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prises en considération » (pièce 1).

En vertu des principes de bonne administration, et plus particulièrement du principe de minutie, de prudence et de précaution, toute autorité administrative se doit de procéder à un examen concret, complet, attentif, loyal et sérieux des circonstances de la cause; elle se doit de procéder à une recherche minutieuse des faits, récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en toute connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce (J.JAUMOTTE, « Les principes généraux du droit administratif à travers la jurisprudence administrative », in Le Conseil d'Etat de Belgique, cinquante ans après sa création (1946-1996), ULB, Bruxelles, Bruylant, 1999, p.687).

Ainsi, il est bien évident que la partie adverse, lorsqu'elle examine une demande, se doit de prendre en considération tous les éléments dont elle a connaissance, qu'ils lui ont été transmis par le biais d'un complément à la demande introductive ou par l'intermédiaire d'un recours introduit contre leur décision.

En l'espèce, la partie adverse ne conteste nullement avoir connaissance du certificat médical du 19.08.2014 de sorte qu'elle doit en tenir compte, au risque de violer de manière flagrante les principes de bonne administration précités.

Relevons d'ailleurs que dans son avis médical, le médecin-conseil se réfère lui-même à des éléments médicaux se trouvant dans le recours auquel le certificat médical en question avait été joint (cf la fin de l'hospitalisation de la requérante, p.1 de l'avis). La partie adverse semble ainsi faire le tri, selon son bon vouloir, dans les informations dont elle veut bien tenir compte, ce qui est totalement inadmissible, d'autant plus dans le chef d'une administration publique qui doit se prononcer sur le sort d'une personne gravement malade.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble des certificats médicaux mettent en exergue la particularité de la maladie de la requérante.

Madame [U.] souffre en effet :

- d'un état psychotique typique très grave de type schizophrénique avec mutisme, peur du contact, crises clastiques, propos incohérents, délires, hallucinations, et angoisses majeures,*
- d'un traumatisme lié aux multiples sévices dont elle fait l'objet dans son pays d'origine en raison de sa maladie.*

Son médecin-psychiatre précise qu'aucune autonomie n'est possible pour sa patiente qui doit être encadrée au quotidien avec bienveillance et dont l'état nécessite des consultations régulières chez un psychiatre et un psychologue, en plus d'un traitement médicamenteux neuroleptique au long cours.

Le médecin souligne que ce traitement devra se poursuivre à vie et relève également toute l'importance cruciale de l'entourage familial de la requérante en Belgique dans la stabilisation progressive de sa maladie.

Il insiste enfin sur le degré de gravité élevé de sa pathologie, vu le risque suicidaire en cas d'arrêt du traitement et du suivi par les personnes avec lesquelles la requérante construit progressivement un lien de confiance.

L'état psychiatrique de la requérante est à ce point inquiétant que le Procureur du Roi de Mons a du requérir en juillet 2013 son internement forcé dans un hôpital psychiatrique fermé, en raison des éléments suivants : « patiente mutique, refuse le contact, négativisme, prostration, thématique délirante paranoïde ».

La période de mise en observation de 40 jours a du être prolongée pour une durée de 2 ans, « en raison de la gravité de la situation ». La requérante est restée en hôpital psychiatrique fermé du 23.07.2013 au 31.01.2014, soit plus de 6 mois.

Afin que son état se stabilise, la requérante a manifestement besoin d'évoluer dans un environnement rassurant, cadrant, protégé, éloigné du contexte dans lequel ses traumatismes ont été engendrés et accompagnée par les personnes de confiance avec qui elle a tissé des liens structurants.

Malgré ces informations précises, le médecin-conseil affirme purement et simplement qu'il n'y a aucune contre-indication à voyager et à retourner au pays.

Il estime que l'allégation selon laquelle la requérante a vécu des événements traumatiques au pays se base uniquement sur les déclarations de celle-ci et non sur des « éléments objectifs prouvés », de sorte qu'il ne peut y être accordée aucune crédibilité (?!!!).

Ces propos sont tout simplement choquants et indécents...

Faut-il rappeler que Madame [U.] est originaire du Rwanda, pays qui a connu récemment un des pires génocides de l'histoire, « élément objectif prouvé » incontestable ?

Le rapport de Handicap International auquel la partie adverse se réfère dans sa décision du 19.09.2014 (et qui fait donc partie du dossier administratif) mentionne que 79,4% de la population rwandaise a vécu un traumatisme (rapport, p.15) !

Si les médecins-psychiatres qui suivent la requérante de près n'ont, forcément, pas été personnellement témoins des événements traumatiques subis par leur patiente comme le relève la partie adverse, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de professionnels de la santé mentale qui ont posé un diagnostic précis sur base de l'ensemble des constatations cliniques faites depuis des années tout au long de l'accompagnement de la requérante. Ce diagnostic n'est pas sérieusement contesté par la partie adverse de sorte qu'il doit être suivi.

Le médecin-conseil se réfère ensuite à un extrait d'un ouvrage de J. VAN KRIEKEN selon lequel « les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que, même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger ».

La simple référence à cet extrait, sans analyse aucune de la situation particulière et individuelle de la requérante, manque évidemment totalement de pertinence pour soutenir la possibilité d'un retour au pays d'origine, d'autant plus que les médecins-psychiatres de la requérante considèrent tout retour comme formellement et radicalement contre-indiqué.

Votre Conseil a d'ailleurs déjà eu l'occasion de rappeler que :

« Le Conseil observe également, à l'examen du dossier administratif, que la décision entreprise renvoie à l'avis médical remis par le médecin conseil de la partie défenderesse, qui conclut, notamment, que « la littérature médicale préconisant, entre autre, les thérapies d'exposition en imagination ou in vivo une souffrance psychosomatique résultant de son vécu dans son pays d'origine ne contre-indique pas médicalement un retour vers ce pays ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que la partie défenderesse n'a pas analysé avec soin la pertinence de cette théorie dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence à la littérature médicale y relative ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse considère que ces thérapies d'exposition sont applicables au requérant. Reposant, par conséquent, sur un avis incomplet, voire stéréotypé, le motif de l'acte attaqué portant qu' « une souffrance psychosomatique résultant de son vécu dans son pays d'origine ne contre-indique pas médicalement un retour vers ce pays » ne peut être considéré comme adéquat. Il en est d'autant plus ainsi que, comme le relève la partie requérante, le médecin conseil de la partie défenderesse ayant rédigé un avis en l'espèce, est un médecin généraliste.(CCE, arrêt n° 93 413 du 13 décembre 2012)

Le même constat s'impose manifestement en l'espèce.

Votre Conseil n'a d'ailleurs pas manqué de le relever explicitement dans son arrêt du 17.11.2016 par lequel la précédente décision de refus de séjour était annulé :

« A supposer que la référence, dans ledit avis médical, au livre intitulé « Health, Migration and return » de Peter J. VAN KRIEKEN (p.310-315) « véritable méta-analyse en matière de stress post-traumatique » selon lequel « il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger » puisse être considérée comme une « réponse » aux arguments précités de la partie requérante, le Conseil relève qu'en tout état de cause, il ne ressort aucunement de ladite motivation que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse ait analysé avec soin la pertinence de cette théorie dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence à la littérature médicale ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse considère que cette « méta-analyse » est applicable à la requérante malgré les éléments particuliers invoqués liés à la nécessité du maintien de son environnement familial « soutenant » en Belgique et du lien thérapeutique de confiance avec son psychiatre et son thérapeute »

Un voyage vers le pays d'origine est radicalement à exclure en raison même de la maladie de la requérante et de sa nature particulière.

En effet, ses troubles trouvent leur origine dans l'effroi du génocide qui a ébranlé le Rwanda en 1994 et les événements horribles qui ont touché personnellement la requérante dont une majeure partie de la famille a été décimée.

En outre, comme le soulignent tant le médecin-psychiatre que le psychologue de la requérante dans les certificats médicaux qui ont été joints à la demande, elle souffre d'un traumatisme suite aux multiples sévices subis dans son pays d'origine en raison de sa maladie.

Dans le contexte culturel et social du Rwanda, ses troubles furent interprétés en termes de sorcellerie.

Madame [U.] fut fortement stigmatisée tant par les membres de sa famille que par l'entourage et a subi de ce fait une maltraitance tant psychique que physique.

Elle a été soumise à plusieurs reprises à des pratiques d'exorcisme violentes où elle fut battue, agressée et séquestrée.

Elle n'a jamais pu se marier, ni travailler, étant totalement dépourvue d'autonomie et considérée comme folle.

Etant donné la nature des soins que requiert l'état de la requérante, il importe que ceux-ci se déroulent dans un contexte psychologiquement sécurisant avec des personnes de confiance.

Il est inconcevable pour Madame [U.] de se soigner au Rwanda, endroit même où se sont déroulés tous les traumatismes qui sont à l'origine de sa pathologie.

Un retour ne ferait que renforcer ces traumatismes.

La requérante avait fait référence dans sa demande aux propos tenus par le docteur MUNYANDAMUTSA, un des très rares médecins psychiatres du Rwanda, selon lequel « tout est sali, souillé. Maintenant, chaque geste servant à reconstruire, faucher par exemple, ramène forcément à la mort plutôt qu'à la vie ».

Afin de pouvoir entamer un processus de guérison, il est crucial que la requérante soit éloignée du contexte qui est à la source de ses troubles.

Par ailleurs, le travail thérapeutique suppose à tout le moins d'être guidé et assisté par une personne neutre qui ne partage pas la même histoire collective traumatisante.

La requérante ne peut imaginer se confier à un compatriote, lui-même imprégné des drames qui se sont récemment déroulés au Rwanda.

Il est en outre de notoriété publique que les malades mentaux sont l'objet d'un virulent ostracisme social au Rwanda.

Ainsi, la requérante avait joint à sa demande un article de Julien M. Niyingabire, intitulé « La famille est le meilleur centre psychiatrique » dans lequel il était fait état de la réalité suivante :

« La culture rwandaise a toujours prêché une distanciation face à un malade mental. « Un malade mental est, jusqu'à l'heure actuelle, plus stigmatisé qu'un tuberculeux alors que ce dernier est le plus dangereux, » affirme le Docteur Eugene Rutembesa Doyen de la Faculté d'Education et chef de département de la Psychologie Clinique au sein de l'Université Nationale du Rwanda. Le stigma qui entoure le domaine de la santé mentale au Rwanda reste le plus grand problème que font face conjointement les systèmes de prise en charge des malades et ces malades eux même »

La requérante ne peut compter sur aucun réseau de soutien familial et/ou social.

Or, comme le confirme son médecin, elle est incapable de vivre seule et de manière autonome, ce qui n'est pas contesté de part adverse.

Madame [U.] est particulièrement traumatisée par la virulence du rejet et de l'exclusion dont elle a été victime, et ce au sein même de sa propre famille au Rwanda.

Elle n'a eu d'autre choix que de s'exiler afin de s'éloigner de ce contexte social, communautaire et familial extrêmement violent pour trouver refuge auprès de sa sœur.

Le médecin-conseil n'examine pas sérieusement ces éléments, se limitant à considérer que la requérante n'étaye pas ces allégations alors même qu'elle avait joint les documents et rapports précités afin de corroborer objectivement ses déclarations.

Par ailleurs, les propos du docteur [...] sont d'autant plus choquants qu'il est médecin généraliste (pièce 3) et qu'il n'a ainsi pas la moindre compétence ni formation spécifique dans le domaine très spécifique de la psychiatrie et de la santé mentale.

Il est dès lors particulièrement malvenu de remettre en question les recommandations et les avis des médecins- psychiatres.

Le Conseil d'Etat a souligné à plusieurs reprises que

« il appartient à l'autorité, saisie d'une demande d'autorisation de séjour ou de prorogation de séjour pour motif médical, d'apprécier les circonstances de l'espèce et de procéder aux investigations nécessaires pour pouvoir se prononcer en parfaite connaissance de cause; qu'en présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement du demandeur, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en "verzekeringsgeneeskunde" et en "gezondheidseconomie", n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre le demandeur » (arrêt n° 111.609 du 16.10.2002)

Pour rencontrer cette jurisprudence, l'article 9ter§1er alinéa 2 de la loi du 15.12.1980 et l'article 4 de l'arrêté royal du 17.05.2007 prévoient la possibilité pour la partie adverse de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste.

En l'espèce, la partie adverse n'a pas estimé nécessaire ni de consulter un spécialiste, ni de prendre contact avec les médecins-psychiatres qui suivent la requérante afin de collecter des informations supplémentaires ou d'examiner ensemble la situation médicale de celle-ci, ni de rencontrer cette dernière.

La décision litigieuse n'indique nullement la raison pour laquelle il n'est pas tenu compte de l'avis des médecins de la requérante - alors qu'ils suivent la situation individuelle de la requérante de près - ni la raison pour laquelle l'avis du médecin conseil est privilégié à celui d'un spécialiste.

De même, la motivation de la décision ne permet pas du tout de comprendre sur quels éléments se fonde le médecin-conseil pour adopter un avis à ce point radicalement opposé à celui des médecins spécialistes qui connaissent bien la requérante et la suivent depuis des années.

La légèreté avec laquelle le médecin-conseil semble avoir rendu son avis est particulièrement déplacée eu égard à la gravité incontestable de la maladie de la requérante.

En l'espèce, la partie adverse viole de manière flagrante et grossière les principes de bonne administration précités, son obligation de motivation telle que consacrée par les dispositions légales cités au moyen et commet sans aucun doute une erreur manifeste d'appréciation.

Elle viole de même l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 ainsi que l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, tant il est évident que la requérante ne peut, en raison de la particularité de sa maladie, en aucun cas retourner dans son pays d'origine.

Deuxième branche

La partie adverse n'a pas tenu compte de la spécificité du traitement dont a besoin la requérante.

Il a été rappelé supra que ce traitement comporte une prise en charge médicamenteuse ainsi qu'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique.

La pathologie de la requérante est particulière en ce sens qu'il ne suffit pas d'établir un diagnostic et d'y remédier par une intervention médicale et/ou médicamenteuse.

Il a été démontré par de nombreuses études scientifiques – et il en va au demeurant du bon sens même - que c'est la relation thérapeutique, soit la relation singulière entre un thérapeute particulier et un patient particulier, dans un contexte précis, qui constitue la pierre angulaire de l'efficacité psychothérapeutique et que cette relation n'est pas transposable, ni vers un autre thérapeute, ni dans un autre contexte.

C'est précisément la relation de confiance que les médecins et thérapeutes ont réussi à tisser avec la requérante depuis des années qui lui apporte un certain sentiment de sécurité de base, préalable indispensable à partir duquel elle peut commencer à se reconstruire et se réinvestir.

La continuité de ce lien positif avec les mêmes personnes de référence et dans un environnement familial et sécurisant est ainsi tout à fait fondamentale dans le processus de guérison. Dans un rapport médical du 19.08.2014, le médecin-psychiatre de l'hôpital psychiatrique dans lequel a été soignée la requérante pendant 6 mois confirme par ailleurs que la présence affective de sa famille en Belgique est un élément absolument crucial dans la stabilisation de sa patiente et que la disparition de ce repère entraînerait une nouvelle décompensation psychotique difficilement amendable par une seule prise en charge médicale. La sœur de la requérante est belge, vit en Belgique depuis près de 17 ans et y travaille comme infirmière. De par sa profession, elle a une compréhension, une attitude et des aptitudes particulièrement adaptées à la situation de Madame [U].

C'est donc la rupture même de ces liens qui comporte des risques majeurs pour la santé mentale de la requérante.

Votre Conseil a souligné à plusieurs reprises que les risques liés à la rupture du lien thérapeutique revêtent une dimension toute particulière au regard de l'article 3 de la CEDH et qu'il y a lieu de les examiner de manière extrêmement rigoureuse.

Ainsi, dans un arrêt n°67 544 du 29 septembre 2011, il a été dit pour droit que

« Force est dès lors de constater qu'aucun des aspects de la motivation de la décision attaquée ne démontre que la partie défenderesse a tenu compte de l'état psychologique de la requérante ni du risque lié à la rupture du lien psychothérapeutique, dont il est fait état dans l'attestation médicale du 16 juin 2011, alors que ces éléments importants revêtent une dimension toute particulière au regard de l'article 3 de la CEDH.

Or, le Conseil rappelle que l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la CEDH doit être évaluée en fonction des circonstances dont la partie défenderesse avait ou devait avoir connaissance au moment de la décision attaquée (voir mutatis mutandis : Cour EDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 81 ; Cour EDH 20 mars 1991, Cruz Varas et autres/Suède, §§ 75-76 ; Cour EDH 30 octobre 1991, Vilvarajah et autres/Royaume-Uni, § 107) et que la partie défenderesse

doit se livrer à un examen aussi rigoureux que possible des éléments indiquant l'existence d'un tel risque (Cour EDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, §§ 293 et 388) »

Pour être adéquats au sens de l'article 9ter, les traitements existant dans le pays d'origine doivent être d'une part appropriés à la pathologie de l'intéressé et d'autre part suffisamment accessibles à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande (en ce sens notamment CCE n°49 781 du 19 octobre 2010).

Il ressort de ce qui précède que c'est le départ de la Belgique en soi, non seulement en ce qu'il replongerait la requérante dans le contexte qui est à la source de sa maladie mais aussi en ce qu'il entraînerait une rupture du lien thérapeutique et du lien affectif avec les membres de sa famille, qui risque de l'amener dans une situation d'extrême détresse psychique, et par la même, physique.

Il ne peut donc être question de traitement approprié au pays d'origine.

Dans l'arrêt du 17.11.2016, Votre Conseil avait déjà sanctionné l'absence de prise en compte de ces éléments – la nécessité de la continuité du lien thérapeutique et du maintien de l'environnement familial soutenant (voir considérant 3.2).

Dans sa nouvelle décision, la partie adverse n'en tient pas plus compte.

Elle passe en effet sous silence absolu la question de la continuité de l'encadrement familial par sa sœur.

Quant à la nécessaire continuité du lien thérapeutique, elle indique simplement qu'en tout état de cause, une relation médecin-patient n'est pas éternelle étant donné que le médecin peut être amené à arrêter ses activités pour cause de maladie, pension,... Elle émet ensuite des considérations purement théoriques totalement stéréotypées qui ne rencontrent nullement la situation particulière de la requérante en stipulant que « C'est au patient, en fonction de la relation de confiance qui s'installera, de faire le choix de celui-ci. La relation médecin-malade est une relation de confiance qui s'établira entre le patient et son médecin petit à petit, au fil du temps, avec la bonne volonté du patient et l'empathie du médecin. Cette relation peut prendre du temps à se nouer et l'approche psychanalytique ou psychologique dont chaque médecin a fait l'expérience durant ses études permettra de faciliter ce lien. De plus, les équipes soignantes multidisciplinaires avec médecins, infirmières, assistances sociales,... permettent de faciliter davantage le lien thérapeutique ». Ces propos ne concernent en rien la réalité de la requérante et des soins psychiatriques au Rwanda. La requérante renvoie à ce sujet à ce qui a été exposé supra au sujet de l'impossibilité pour elle de se faire soigner dans son pays, en raison du contexte communautaire et social extrêmement violent qui y règne. Elle renvoie également à la troisième branche du moyen consacré à l'indisponibilité des soins adéquats au Rwanda. Ainsi, il est tout à fait illusoire de prétendre qu'il y a au Rwanda des équipes disciplinaires qui permettraient de faciliter le lien thérapeutique.

En l'espèce, la partie adverse a violé à nouveau son obligation de motivation formelle, les principes de bonne administration cités au moyen et a commis une erreur manifeste d'appréciation.

Troisième branche

Il ressort des deux premières branches du moyen que la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins au Rwanda ne se pose pas, eu égard à la particularité de la maladie de la requérante qui nécessite impérativement la continuité de la prise en charge en Belgique et une mise à distance du contexte pathogène et psychogène, et eu égard à son incapacité à voyager.

Les développements que consacre la partie adverse à cette question ne sont donc nullement pertinents en l'espèce.

A titre subsidiaire, la requérante entend faire valoir les éléments suivants :

La partie adverse prétend que les soins médicaux et les suivis nécessaires seraient disponibles au Rwanda.

Pour rappel, la requérante a besoin des médicaments et prises en charge suivants :

- traitement médicamenteux;
- un suivi psychiatrique ambulatoire et hospitalier régulier;
- une prise en charge psychothérapeutique rapproché.

Le caractère indispensable de chacun de ces traitements et suivis n'est pas contesté.

En ce qui concerne la disponibilité du médicament dont a besoin la requérante, la partie adverse affirme qu'il peut être aisément remplacé par une autre molécule.

Or, le docteur-psychiatre [L.] de l'hôpital psychiatrique « Chênes aux Haies » explique dans le certificat médical du 19.08.2014 que le médicament que prend actuellement la requérante, le Xeplian, a conduit à une stabilisation certaine de sa situation et qu'il n'est pas disponible au Rwanda. Il est crucial pour la requérante de poursuivre exactement la même médication, celle-ci s'étant révélée efficace, contrairement à d'autres anti-psychotiques qu'elle a pu prendre auparavant.

Par ailleurs, la partie adverse affirme qu'un suivi psychiatrique est disponible au centre neuro-psychiatrique de Ndera à Kigali, à Butare ainsi qu'à l'hôpital militaire du Rwanda et qu'un suivi psychologique pourrait se faire au centre Izere.

Notons tout d'abord que, contrairement à ce que soutient la partie adverse, l'hôpital militaire n'offre pas de services de psychiatrie, mais uniquement de psychologie clinique et que, outre que ceux-ci sont totalement insuffisants pour rencontrer la pathologie psychiatrique sévère de la requérante, ils semblent être réservés aux militaires (voir le site vers lequel renvoie la partie adverse : <http://rwandamilitaryhospital.rw>).

Quant au centre de Izere, il ressort de la consultation de son site internet qu'il souffre d'un manque criant de moyens et qu'il n'est en aucun cas outillé et adapté à une pathologie aussi lourde que celle dont souffre la requérante. Celle-ci n'a pas seulement besoin d'un suivi psychologique mais également d'une prise en charge psychiatrique soutenue, nécessitant parfois une hospitalisation.

Pour le surplus, les informations contenues dans le dossier administratif ne permettent en aucun cas de conforter la conviction que les soins que son état de santé particulièrement fragile requiert impérativement seront bel et bien disponibles à la requérante.

En effet, les fiches d'informations vers lesquelles renvoie la partie adverse ne font que répondre par un sommaire « oui », sans plus, aux questions de disponibilité des soins de santé.

Aucune précision n'y figure quant aux conditions dans lesquelles ce suivi est disponible, la durée d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre ainsi que la possibilité d'un suivi régulier.

La simple confirmation par un « oui » qu'un suivi psychiatrique existe est insuffisante pour démontrer la disponibilité effective du traitement dont la requérante a besoin.

Il en va d'autant plus ainsi que la requérante avait expliqué dans sa demande, pièces objectives à l'appui, que :

« Le Centre National du Traumatisme, projet mis en œuvre par les autorités après le génocide, confirme ainsi que le Rwanda manque significativement de psychologues cliniciens et de psychiatres et que l'hôpital de Ndera, seul hôpital psychiatrique du pays, ne peut offrir autre chose qu'un traitement par médicaments par manque de moyens et de personnel qualifié »

Il résulte clairement de ces informations que :

- le Rwanda souffre d'un manque alarmant de psychiatres et de psychologues
- le suivi psychiatrique particulier dont a besoin la requérante n'est nullement disponible à l'hôpital de Ndera

Il ressort des informations de base de données MedCOI que les centres psychiatriques cités dans le document, et repris par le médecin-conseil dans son avis, sont en réalité tous liés à l'hôpital de Ndera, centre national de référence.

Or, comme cela été documenté, même l'hôpital de Ndera ne peut offrir un suivi psychiatrique adéquat aux malades mentaux.

La partie adverse ne répond nullement à ces informations apportées par la requérante.

Votre Conseil a sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse de ces éléments, notamment dans un arrêt 73.791 du 23.01.2012 :

« Le Conseil constate également que la requérante a déposé un article portant notamment sur le système de soins de santé (page 54) afin d'étayer ses propos. Dès lors, la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations rappelées supra, éluder l'analyse de cet aspect de la demande. Le Conseil estime qu'il incombait, au contraire, à la partie défenderesse, de se prononcer sur les conséquences d'un retour dans le pays d'origine en tenant compte de ce document.

3.4. Le Conseil précise que la partie défenderesse n'a nullement abordé cet aspect de la demande dans la décision attaqué, en telle sorte qu'elle n'a pas permis à la requérante de comprendre les motifs de la décision entreprise. En effet, force est de constater que la partie défenderesse a uniquement examiné la demande sous l'angle des informations recueillies à son initiative sans tenir compte du document déposé par la requérante afin d'appuyer ses déclarations et donc sans répliquer au contenu dudit document.

De plus, la partie défenderesse n'a émis aucune observation relative à ce document dans sa note d'observations, ce qui ne fait que confirmer l'absence de motivation de la décision quant à ce document »

(en ce sens, CCE, arrêt 78.575, 30.03.2012, CCE arrêt n°81.253, 15.05.2012)

Eu égard à ce qui précède, il ne peut raisonnablement être soutenu que les soins que requiert l'état de santé de la requérante sont disponibles au Rwanda.

La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et viole son obligation de motivation, telle que consacrée par les dispositions et principes visés au moyen.

Quatrième branche

Au vu des trois premières branches du moyen, la question de l'accessibilité aux soins de santé ne se pose pas.

La requérante tient cependant à faire valoir les observations suivantes aux arguments présentés à cet égard par la partie adverse.

Cette dernière commence par indiquer, de manière parfaitement stéréotypée, qu'une simple possibilité de mauvais traitement en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 CEDH et que, lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve.

Il convient tout d'abord de souligner qu'en l'occurrence il n'est pas question d'un éventuel mauvais traitement en cas d'accès aléatoire aux soins médicaux mais bien d'un risque réel et documenté de décompensation psychique en cas de rupture des relations thérapeutiques et familiales nouées sur le territoire, la pathologie mentale de la requérante étant particulièrement sévère et lui ayant déjà valu récemment une hospitalisation forcée de 6 mois...

En outre, il n'est en l'espèce évidemment pas question d'une « conjoncture instable » mais bien - indépendamment de la question de la pertinence d'un suivi au Rwanda (cf supra) - d'un réel problème structurel de disponibilité et d'accès aux soins spécifiques que nécessite la pathologie particulière de la requérante qui rend toute prise en charge adéquate au Rwanda totalement illusoire.

De même, il ne s'agit nullement de simples informations générales qui ne concerneraient en rien la requérante mais bien d'informations très précises qui confirment les réels problèmes que la requérante rencontrerait en cas de retour au Rwanda.

Enfin, il est totalement inadmissible que la partie adverse semble refuser purement et simplement d'examiner et de prendre en considération les informations, pourtant essentielles et pertinentes, déposées par la requérante au motif qu'elles seraient générales, alors qu'elle se base elle-même sur des informations encore plus générales pour prétendre qu'un retour au pays ne pose aucun problème.

Comme rappelé supra, Votre Conseil a sanctionné à plusieurs reprises l'absence de prise en considération sérieuse des arguments présentés par la partie requérante.

En l'espèce, la partie adverse a manifestement violé son obligation de motivation.

La partie adverse se réfère ensuite à un rapport de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale qui décrit le système de sécurité sociale en vigueur au Rwanda en 2008. Le conseil de la requérante n'a pas eu accès à ce rapport mais en a consulté la version mise à jour sur le site web de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (pièce 4). Peu d'informations y figurent.

A l'appui de sa précédente décision de refus de séjour, la partie adverse s'était appuyée sur un document détaillé contenant une étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi afin de prétendre que les soins de santé que requiert Madame [U.] sont accessibles dans son pays.

Cette étude, qui figure donc dans le dossier administratif et avait été invoquée par l'administration elle-même, date de mars 2011 et est donc postérieure au rapport de 2008 de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale.

Il ressort de ce document que le système rwandais est constitué des organismes suivants (rapport, p.158):

- la Caisse Sociale du Rwanda : système contributif dont les salariés et les militaires sont bénéficiaires*
- la Rwandaise d'Assurance Maladie : système contributif dont les employés du secteur public et privé sont les bénéficiaires*
- la Military Medical Insurance : système contributif pour les militaires et employés du secteur privé*
- le système de Soins aux Prisonniers : système non contributif pour les détenus*
- les Mutuelles de Santé Communautaires : système contributif pour le monde rural, le secteur informel, les étudiants et travailleurs de l'Université Nationale du Rwanda*
- les Assurances Privées et Employeurs Privés : système contributif à destination des employés du secteur privé*

Soulignons d'emblée qu'à l'exception des Mutuelles de Santé, aucun de ces régimes ne s'applique par hypothèse à la requérante qui n'est pas en état de travailler. Il ressort en effet à suffisance des pièces médicales que la pathologie dont elle souffre est extrêmement invalidante et entraîne un isolement et un repli sur soi total.

En ce qui concerne les Mutuelles de Santé, les prestations couvertes sont celles dispensées par les établissements ayant conclu un contrat de service médical avec le fonds de mutuelles de santé.

Le rapport indique qu'il s'agit plus précisément de :

*« Vaccination;
Consultation;
Chirurgie;
Soins et chirurgie dentaire;
Examens de radiologie et de scanner;
Examens de laboratoires;
Soins de kinésithérapie;
Hospitalisation;
Produits pharmaceutiques sur base d'une liste agréée par les mutuelles de santé;
Soins prénataux et postnataux;*

Remboursements des frais d'ambulance;

Accès aux prothèses et aux orthèses dont la valeur ne dépasse pas le plafond déterminé par le fonds de mutuelle de santé;

ainsi que les autres actes médicaux déterminés par Arrêté ministériel » (rapport, p.38)

Si l'objectif de la Mutuelle de santé - rendre les soins plus accessibles financièrement, protéger les familles des risques financiers liés à la maladie et renforcer l'inclusion sociale dans le domaine de la santé – est louable, il ne couvre ainsi que certains soins et médicaments.

Les soins psychiatriques et de prise en charge psychologique dont a impérativement besoin la requérante ne sont pas pris en charge par la Mutuelle de Santé...

Par ailleurs, un ticket modérateur reste à charge du patient qui doit en outre avoir payé sa cotisation. Pour ce qui est des hospitalisations, il est de 10% du coût, ce qui peut représenter une charge considérable, surtout si la requérante devait à nouveau être hospitalisée pour une longue durée (rapport, p.39).

Le rapport met effectivement en exergue que le ticket modérateur représente un frein à l'accès pour tous aux soins de santé et souligne la problématique des longues files d'attente suite à un personnel soignant insuffisant (rapport p.68).

En conclusion, il ne peut nullement être déduit des informations extrêmement générales fournies par la partie adverse que l'ensemble des soins dont a besoin la requérante, de façon impérative et ininterrompue - soit une prise en charge médicamenteuse, psychiatrique et psychologique - serait couvert.

La partie adverse relève encore que la requérante pourrait être aidée financièrement par sa sœur vivant en Belgique. Soulignons à cet égard que celle-ci a déjà deux enfants à sa charge et que sa situation financière ne lui permet pas d'assumer l'ensemble des frais engendrés par les traitements dont a besoin la requérante. Quant au fait que la requérante pourrait être accueillie et aidée par sa famille au Rwanda, outre le fait que les coûts médicaux seraient en tout état de cause trop importants, la requérante renvoie à ce qui a été expliqué supra quant au rejet, à la violence et à l'exclusion dont elle a été victime de la part de sa famille au pays.

Au vu de ce qui précède, la partie adverse ne peut raisonnablement prétendre que les soins seraient accessibles au Rwanda.

Elle viole à nouveau l'ensemble des principes et dispositions visés au moyen.

Cinquième branche

Une demande d'autorisation de séjour pour motifs médicaux est une demande de protection subsidiaire.

Dans un arrêt rendu le 22 novembre 2012 dans une affaire M. M. contre Minister for Justice, Equality and Law Reform, of Ireland (C-277/11), la Cour de Justice de l'Union européenne (première chambre) a affirmé que le droit pour l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'examen de sa demande de protection subsidiaire découle du respect des droits de la défense qui constitue un principe fondamental du droit de l'Union, reconnu comme tel par la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

Dans cet arrêt, la CJUE rappelle aux Etats membres qu'il leur incombe « non seulement d'interpréter leur droit national d'une manière conforme au droit de l'Union, mais également de veiller à ne pas se fonder sur une interprétation qui entrerait en conflit avec les droits fondamentaux protégés par l'ordre juridique de l'Union ou avec les autres principes généraux du droit de l'Union» (point 93) (voir CJUE, Grande Chambre, 21 décembre 2011, N. S. e.a., C-411/10 et C-493/10, non encore publié au Recueil, point 77 – ADL du 29 décembre 2011). Parce qu'elle juge que l'affaire « soulève plus généralement la question du droit de l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'instruction de sa seconde demande, visant au bénéfice de la protection subsidiaire» (point 75), elle en vient à considérer la question du point de vue général offert par l'exigence de « respect des droits de la défense [qui] constitue un principe fondamental du droit de l'Union » (point 81) (voir CJCE, 28 mars 2000, Dieter Krombach contre André Bamberski, C-7/98, Rec. p. I-1935, point 42 ; et CJCE, 18 décembre 2008, Sopropé – Organizações de CalçadoLda contre Fazenda Pública, C-349/07, Rec. p. I-10369, point 36).

La Cour confirme ainsi que le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre est consacré par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, non seulement au titre du respect des droits de la défense (articles 47 & 48 CDFUE), mais également au titre du droit à une bonne administration (article 41 CDFUE) (point 82).

Par conséquent, le droit d'être entendu a un champ d'application général (point 84), « doit s'appliquer à toute procédure susceptible d'aboutir à un acte faisant grief » (point 85), y compris lorsque la réglementation en cause ne le prévoit pas expressément (point 86).

En l'espèce, la requérante n'a pas été entendue par les services de la partie adverse avant que la décision litigieuse ne soit prise, alors qu'elle l'avait expressément demandé dans un fax adressé à la partie adverse le 15.04.2013.

La décision attaquée viole dès lors les droits de la défense ainsi que les articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

La cinquième branche du moyen est fondée.

Le moyen est fondé en toutes ses branches.

Étant donné que la décision de refus de séjour doit être annulée (cf supra), il en va de même de l'ordre de quitter le territoire qui en constitue le corollaire. »

3. Discussion.

3.1. Il convient de rappeler qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, 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».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéa 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 ». Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter 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, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements 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.

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des dispositions légales visées au moyen doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de 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 à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 15 décembre 2016 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une pathologie dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Le médecin conseil de la partie défenderesse relève que la partie requérante souffre de « *psychose de type schizophrénique* ». Ce descriptif de la pathologie de la partie requérante n'est pas contesté par celle-ci.

3.3.1. Sur la **première branche et la deuxième branche** du moyen, ici réunies, le Conseil observe tout d'abord que la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération le (et motivé la première décision attaquée en réponse au) certificat médical du 19 août 2014 du Docteur L., psychiatre. Ce certificat était joint à son recours en suspension et annulation du 21 août 2014 à l'encontre de la décision du 8 juillet 2014 de rejet de sa demande d'autorisation de séjour ainsi que de l'ordre de quitter le territoire du même jour, selon l'inventaire des pièces jointes à cette requête figurant au dossier administratif.

Or, il ne peut pas être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération en tant que tels les documents qui étaient joints à l'appui d'un recours antérieur devant le Conseil. Les documents déposés dans le cadre d'une procédure antérieure devant le Conseil, ne figurent en effet en règle pas au dossier administratif, seule la requête introductive d'instance étant transmise à la partie défenderesse.

Rien n'empêchait la partie requérante de produire directement auprès du service compétent ce certificat médical (qui ne figure pas au dossier administratif et qu'elle ne produit au demeurant pas en annexe au recours ici examiné).

3.3.2. Le Conseil relève que, dans la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2. du présent arrêt, la partie requérante mettait en avant l'impossibilité de retourner au Rwanda « *endroit même où se sont déroulés tous les traumatismes qui sont à l'origine de sa pathologie* » (page 5) et la nécessité de « *la poursuite de la relation de confiance qu'elle a tissé au fil du temps avec son psychiatre et son thérapeute* » (page 4) ainsi que du « *maintien du contexte familial actuel afin que son état puisse durablement se stabiliser et qu'elle puisse apprendre à vivre avec sa pathologie tout en développant son autonomie. La sœur de la requérante est belge, vit en Belgique depuis près de 15 ans et y travaille comme infirmière (pièce 7-8). De par sa profession, elle a une compréhension, une attitude et des aptitudes particulièrement adaptées à la situation de Madame [U.]* » (page 4). Elle soulignait que « *La poursuite de la psychothérapie et prise en charge psychiatrique ainsi que le maintien de l'environnement familial sont essentiels dans le processus de restructuration engagée par Madame [U.] et c'est précisément la rupture même de ces liens et de ces repères qui comporte des risques majeurs de décompensation psychique, avec risque de passage à l'acte* » (page 4) et faisait valoir qu'« *Il ressort de ce qui précède que c'est le départ de la Belgique en soi, en ce qu'il entraînerait une rupture du lien thérapeutique et de l'environnement structurant, qui risque de plonger la requérante dans une situation d'extrême détresse psychique, et par la même physique. Il ne peut donc être question de traitement approprié au pays d'origine. [...] Il a été démontré par de nombreuses études scientifiques que c'est la relation thérapeutique, soit la relation singulière entre un thérapeute particulier et un patient particulier, dans un contexte précis, qui constitue la pierre angulaire de l'efficacité psychothérapeutique et que cette relation n'est pas transposable, ni vers un autre thérapeute, ni dans un autre contexte. La continuité de*

ce lien positif avec la même personne de référence et dans un environnement familial, bienveillant, tolérant et sécurisant est ainsi tout à fait fondamentale dans le processus de guérison » (page 5).

Le Conseil constate également que le certificat médical type du 13 avril 2012 du psychiatre de la requérante produit à l'appui de cette demande précise que la requérante souffre d'un « *état psychotique très grave de type schizophrénique* », l'historique médical révélant que « *[sa] famille [a été] décimée sauf sa sœur résidant en Belgique. Plusieurs hospitalisations au Rwanda* » qui l'ont traumatisée « *où elle a subi des sévices [...] et a été battue [...]* ». Le médecin psychiatre de la requérante estime que « *si compliance au traitement, on peut espérer une stabilisation, favorisée par l'entourage familial en Belgique (sœur infirmière)* ».

Le Conseil observe, en outre, que l'avis psychologique du 6 février 2012 précise que la psychologue « *a rencontré [la requérante] accompagnée de sa sœur* » et que « *[la requérante] est actuellement suivie sur le plan médical par un psychiatre. Son état est actuellement stabilisé. Le contexte familial beaucoup plus soutenant y contribuant certainement. Actuellement, ses plaintes, enrichies des observations de sa sœur, concernent des troubles du sommeil [...], des ruminations, un manque d'autonomie.* » La psychologue en conclut qu'« *Il apparaît nécessaire que Mme [U.] puisse continuer à bénéficier d'un accompagnement médical et psychothérapeutique adaptés au sein d'un environnement tolérant vis-à-vis de sa pathologie, afin qu'elle puisse apprendre à vivre avec celle-ci tout en développant son autonomie* ».

La demande d'autorisation de séjour de la partie requérante et les certificats médicaux et psychologiques joints à celle-ci ou adressés par la suite à titre de complément à la demande par la partie requérante faisaient donc bien mention de la nécessité de la poursuite de la relation thérapeutique de confiance avec son psychiatre et son thérapeute ainsi que de la nécessité du maintien de l'environnement familial « soutenant » auprès de sa sœur.

Comme le souligne la partie requérante dans la deuxième branche du moyen (« *Dans l'arrêt du 17.11.2016, Votre Conseil avait déjà sanctionné l'absence de prise en compte de ces éléments – la nécessité de la continuité du lien thérapeutique et du maintien de l'environnement familial soutenant (voir considérant 3.2)* ».), le Conseil avait dans son arrêt n° 177.866 du 17 novembre 2016 ayant annulé la décision du 19 septembre 2014 de rejet de la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante et l'ordre de quitter le territoire du même jour relevé que : « *Dans sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante faisait donc bien mention de la nécessité de la poursuite de la relation thérapeutique de confiance avec son psychiatre et son thérapeute ainsi que de la nécessité du maintien de l'environnement familial « soutenant » auprès de sa soeur. Or, comme le relève la partie requérante en termes de requête, force est de constater que ces éléments particuliers ne sont aucunement rencontrés par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse dans son avis médical du 7 juillet 2014.* »

Dans son avis du 15 décembre 2016, préalable à la première décision attaquée, le médecin conseil de la partie défenderesse - à la différence de ce qui avait été relevé par le Conseil dans son arrêt précité n° 177.866 du 17 novembre 2016 - a tenu compte des arguments de la partie requérante quant à la nécessité de la poursuite de la relation thérapeutique de confiance avec son psychiatre et son thérapeute et y a répondu. La partie requérante conteste cette réponse, estimant pour l'essentiel que la réponse du médecin conseil de la partie défenderesse consiste en « *des considérations purement théoriques totalement stéréotypées qui ne rencontrent nullement la situation particulière de la requérante* » rappelant ce qu'elle a exposé dans les deux premières branches du moyen « *au sujet de l'impossibilité pour elle de se faire soigner dans son pays, en raison du contexte communautaire et social extrêmement violent qui y règne* » et renvoyant également à la troisième branche du moyen « *consacré à l'indisponibilité des soins adéquats au Rwanda* » et concluant dans les termes suivants : « *Ainsi, il est tout à fait illusoire de prétendre qu'il y a au Rwanda des équipes disciplinaires qui permettraient de faciliter le lien thérapeutique.* »

Quoi qu'il en soit, force est de constater, à la suite de la partie requérante (qui argue que la partie défenderesse « *passé en effet sous silence absolu la question de la continuité de l'encadrement familial par sa sœur.* »), que la problématique de la nécessité du maintien de l'environnement familial « soutenant » auprès de sa sœur n'est nullement abordée dans l'avis du médecin conseil du 15 décembre 2016 ni dans la première décision attaquée elle-même.

A supposer que la référence, dans ledit avis médical, au livre intitulé « Health, Migration and return » de Peter J. VAN KRIEKEN (p.310-315) « véritable méta-analyse en matière de stress post-traumatique » selon lequel « il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger » puisse être considérée comme une « réponse » à l'argument de la nécessité du maintien de l'environnement familial « soutenant » auprès de la sœur de la partie requérante, le Conseil relève qu'en tout état de cause, il ne ressort aucunement de ladite motivation, identique sur ce point à celle de l'avis précédent du médecin conseil de la partie défenderesse, que ledit médecin conseil ait analysé avec soin la pertinence de cette théorie dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence à la littérature médicale ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse considère que cette « méta-analyse » est applicable à la partie requérante malgré les éléments particuliers invoqués liés à la nécessité du maintien de son environnement familial « soutenant » en Belgique.

L'évocation de la sœur de la partie requérante dans la partie de l'avis du médecin conseil consacrée à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine l'est dans le cadre de l'examen de la possibilité d'une prise en charge financière de la partie requérante et se situe donc sur un autre plan.

Dans sa note d'observations, la partie défenderesse n'aborde pas la question de la nécessité du maintien du contexte familial « soutenant » en Belgique

Dès lors, en prenant la première décision attaquée, sans rencontrer - ou, à tout le moins, sans rencontrer valablement - ces éléments particuliers figurant dans la demande d'autorisation de séjour, la partie défenderesse n'a pas suffisamment et valablement motivé sa décision.

Le moyen pris de la violation de l'obligation de motivation des actes administratifs, qui s'impose à la partie défenderesse sur la base des dispositions visées au moyen de la loi du 29 juillet 1991 précitée, est fondé et suffit à justifier l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements du moyen unique qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.4. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire pris également le 19 décembre 2016, le Conseil estime qu'il est indiqué, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de faire disparaître l'ordre de quitter le territoire, attaqué, de l'ordre juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque [...] En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire au requérant, si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, la demande visée au point 1.2. (dans le même sens, C.C.E., arrêt n°112 609, rendu en assemblée générale, le 23 octobre 2013) ».

En conséquence, il s'impose également d'annuler l'ordre de quitter le territoire attaqué.

4. Débats succincts

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire pris le 19 décembre 2016 à l'encontre de la partie requérante sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-neuf mai deux mille vingt-et-un par :

M. G. PINTIAUX, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A.D. NYEMECK

G. PINTIAUX