Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 353 191 du 17 septembre 2026
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. HENKES
Neugasse 2
4780 SANKT VITH

Contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 15 juillet 2024, par 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 et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 24 mai 2024.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 4 juin 2026 convoquant les parties à l'audience du 26 août 2026.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. KIWAKANA *loco* Me A. HENKES, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. VAN HAELEN *loco* Me E. DERRIKS, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 7 décembre 2006. Le même jour, il a introduit une demande de protection internationale. Le 10 avril 2007, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (ci-après « le CGRA ») a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil d'Etat dans un arrêt n° 186 361 du 18 septembre 2008.

Le 27 octobre 2008, le requérant a introduit une nouvelle demande de protection internationale. Le 18 janvier 2011, le CGRA a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt n° 63 642 du 23 juin 2011. Le 23 mars 2012, un ordre de quitter le territoire – demandeur de protection internationale (annexe 13quinquies) a été délivré au requérant.

Par un courrier du 16 avril 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 13 avril 2012, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant.

Par un courrier du 21 septembre 2009, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 14 février 2012, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 185 579 du 20 avril 2017.

Par un courrier du 4 octobre 2012, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 22 octobre 2012, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant.

Par un courrier du 26 février 2013, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 23 juillet 2013, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande. Le 26 juillet 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée à l'encontre du requérant. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 236 946 du 16 juin 2020.

Par un courrier du 11 octobre 2013, le requérant a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 30 avril 2014, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande.

Par un courrier du 22 août 2014, le requérant a introduit une cinquième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 22 octobre 2014, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 233 158 du 27 février 2020.

Par un courrier du 6 juillet 2017, le requérant a introduit une sixième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 3 avril 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 263 824 du 18 novembre 2021.

Par un courrier du 10 août 2022, le requérant a introduit une septième demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 24 mai 2024, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre du requérant. Ces décisions, qui ont été notifiées à la partie requérante le 17 juin 2024, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- *S'agissant du premier acte attaqué :*

> « Motif :
>
> 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 [K.J.] 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'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 24.05.2024, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas

de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Rwanda (Rép.).

Dès lors,
Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressé ne serait pas en état de voyager

Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine, vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible. […]. »

- *S'agissant du second acte attaqué :*

« MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :
o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : L'étranger n'est pas en possession d'un visa valable

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

 L'intérêt supérieur de l'enfant :
Aucun car d'après les éléments du dossier, l'intéressé n'a pas d'enfant à charge en Belgique

 La vie familiale :
La décision concerne la seule personne qui figure dans la demande. Dès lors, on ne peut parler d'une atteinte à l'unité familiale. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité familiale et la vie de famille.

 L'état de santé :
Selon l'avis médical dd 24.05.2024, aucune contre-indication médicale à voyager

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

2. Exposé des moyens d'annulation

La partie requérante invoque un premier moyen, « pris de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 ».

La partie requérante rappelle l'obligation de motivation et souligne qu' « en ce qui concerne les 'pathologie(s) actives actuelles' citée par le médecin-conseil dans son avis, on constate de prime abord qu'il omet l'abcès cérébral avec épilepsie symptomatique suite à une endocardite nécessitant un remplacement de valve

cardiaque, pourtant contenu dans l'avis médical du Dr. [H.] du 21 novembre 2023 – cité dans le cadre de l'histoire clinique », citant ledit rapport médical. Elle précise « en ce qui concerne la disponibilité des soins requis » que « les constats suivants peuvent être tirés de l'examen

de l'avis du fonctionnaire médecin du 24 mai 2024 et du dossier administratif : Aucune des requêtes MedCOI auxquelles se réfère le fonctionnaire médecin, ne renseigne la disponibilité des médicaments suivants : 'Acide folinique'. Ce médicament est cependant mentionné en tant que traitement actif actuel et vise à diminuer les effets secondaires », ajoutant que « le site web mentionné […] ne comporte également aucune information quant à sa disponibilité éventuelle au pays d'origine. De même, le lien […] comporte un document datant de 2019 – donc non actuel – qui parle de l'exemption de la TVA mais pas d'une éventuelle disponibilité des médicaments au Rwanda ». La partie requérante souligne que « les informations figurant dans le dossier administratif et celles tirées de l'avis médical ne démontrent ainsi pas que les médicaments susmentionnés sont effectivement disponibles au Rwanda » et qu' « en lisant l'avis du médecin-conseil, l'on constate que deux requêtes MedCOI datent de l'année 2021 (AVA 14452 et AVA 14534) sont trop anciennes pour pouvoir démontrer une actuelle disponibilité de ces soins au Rwanda. Cela ne permet pas de s'assurer que les informations sont toujours actuelles et que, par conséquent, l'accessibilité des soins et médicaments l'est toujours aussi. L'interrogation est d'autant plus grande que la crise sanitaire liée au Covid-19 frappait encore fortement en 2021 et 2022, en particulier dans les pays d'Afrique, et que cette crise a fait des ravages notamment sur les infrastructures médicales des pays du monde. La partie défenderesse n'a fourni ni en termes d'avis ni de décision, ni joint des informations actualisées au dossier administratif ». Elle considère qu' « aucune indication du nombre de spécialistes disponibles n'est inclus – pourtant la partie requérante transmettait, dans le cadre de sa demande, des informations quant [à] une pénurie de médecins […]. L'avis du fonctionnaire médecin ne peut donc pas être considéré comme adéquatement motivé à cet égard, il en est de même du premier acte attaqué qu'il fonde […]. Ainsi, cette motivation ne suffit pas aux exigences de la loi du 29 juillet 1991 ». La partie requérante rappelle l'obligation de motivation et précise que « la base de données MedCOI n'est – comme le mentionne d'ailleurs à juste titre le médecin-conseil – pas publique ».

La partie requérante souligne que « la première décision attaquée passe complètement sous silence la problématique du syndrome de stress posttraumatique après traumatisation extrême.
La partie requérante est gravement traumatisée car elle a dû assister à l'assassinat de sa famille presque entière, qui a littéralement été massacrée dans le cadre du génocide rwandais de 1994. Dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante avait longuement élaboré cette problématique et Dr [R.], psychiatre traitant la partie requérante, avait conclu comme suit : 'Pour des raisons médicales et humanitaires, un retour dans son pays d'origine est exclu. Dans ce cas, il faudrait s'attendre à une tendance suicidaire aiguë'. Or, le médecin-conseil parle uniquement – et de manière entièrement stéréotypée – de la question des soins de maladies mentales au pays d'origine et se prononce nullement sur la question de savoir si, dans le cas d'espèce, un retour est possible au regard du risque de suicide élevé liée à la traumatisation extrême ». Elle estime « qu'en écrivant 'notons d'abord que l'existence du lien thérapeutique n'est pas formellement établi dans le dossier médical. Et que le requérant n'a apporté aucune information étayée en vue d'établir le risque d'être exposé à un traitement inhumain et dégradant en raison d'une absence des soins nécessités par son état de santé', alors que des rapports psychiatriques détaillés du psychiatre Dr [R.] sont soumis, attestant le lien thérapeutique, le médecin-conseil de la partie défenderesse met la partie requérante dans l'impossibilité de comprendre son raisonnement et semble même aller jusqu'à nier la gravité du drame subi et des conséquences pour la partie requérante ». La partie requérante en conclut que « l'avis du fonctionnaire médecin ne peut donc pas être considéré comme adéquatement motivé à cet égard. Le premier moyen est fondé et suffit à entraîner l'annulation de la décision critiquée », ajoutant, s'agissant du second acte attaqué que « l'annulation d'un acte administratif fait disparaître cet acte de l'ordonnancement juridique, avec effet rétroactif et cette annulation vaut erga omnes. Il y a, par conséquent, lieu de considérer que la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante est à nouveau pendante suite à l'annulation du premier acte attaqué. La partie défenderesse doit pourtant, en ce qui concerne un ordre de quitter le territoire, statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue. Par conséquent, afin de garantir la sécurité juridique, le second acte attaqué doit également être annulé ».

La partie requérante prend un deuxième moyen, tiré de la violation « de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 », de l'obligation de motivation et de la violation des articles 2 et 3 de la [Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après « CEDH »)] ».

La partie requérante énonce des considérations théoriques concernant l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et souligne que « les médecins spécialistes traitants la partie requérante ont spécifiés à

quelles exigences doit obligatoirement répondre le traitement du requérant. Les certificats mettent en avant le risque 'léthal' ou 'vital ++' de la maladie de la partie requérante en cas d'arrêt du traitement (Voy. en ce sens, les certificats médicaux joints à la demande d'autorisation de séjour 9ter de la partie requérante). L'avis du médecin-conseil – qui par ailleurs ne semble pas contester la gravité de la pathologie dont souffre la partie

requérante – ignore cependant ces indications, ne répond pas concrètement aux éléments avancés par la partie requérante et se borne à formuler considérations générales et imprécises concernant la prétendue l'accessibilité d'un traitement ». Elle ajoute qu' « en effet, le médecin-conseil utilise une réponse générale courante et limitée dans le cadre de l'article 3 de la CEDH, laquelle ne fournit aucun élément de réponse précis à l'égard de ce qui est invoqué en termes de demande ci-avant ». La partie requérante considère qu' « après avoir parlé de l'inexistence du soutien familial, le médecin-conseil se contredit et se réfère par la suite à un soutien familial purement hypothétique », citant à l'appui de son propos les arrêts du Conseil de céans n° 197 485 du 8 janvier 2018 et n° 300 708 du 29 janvier 2024. Elle estime que « la supposition faite par la partie adverse est – de surcroît – erronée, vu que la sœur de la partie requérante – [K.A.] – a été fusillée le 29 juin 2007 à Kigali. Cette information a été communiquée à l'Office des Etrangers par l'avocat de l'époque, Maître [C.N.], dans le cadre de la procédure d'asile et a été attestée à nouveau dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour (pièce 9 de la demande d'autorisation de séjour : Courrier de Madame [K.D.] du 2 juillet 2007) ». La partie requérante en conclut que « Il y a par conséquence violation de l'article 9ter de la [loi du 15 décembre 1980] », rappelant de la jurisprudence européenne, précisant qu' « il y a lieu de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination, quod non in specie ». Elle souligne qu' « en la partie adverse se limite à produire des sources générales et stéréotypées ainsi que de la jurisprudence générale, non applicables au cas d'espèce de la partie requérante, qui a pourtant – à l'inverse de ce que tend faire croire la partie adverse – produit de nombreuses explications concernant l'inaccessibilité concrète pour elle des soins adéquats au Rwanda », rappelant sa demande d'autorisation de séjour et considérant qu' « à l'inverse de ce que tend faire croire le médecin-conseil, à partir du moment où les extraits et les liens produits renvoient in extenso vers les documents cités, nul besoin de les fournir en version papier et il est évident que ces citations sont par conséquent étayées ».

La partie requérante invoque un troisième moyen, pris « de la violation du principe de bonne administration en ce qu'il impose à la partie défenderesse de prendre en considération tous les éléments de la cause, déduit de l'article 62 de la [loi du 15 décembre 1980] ».

La partie requérante souligne que « comme indiqué supra et dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour, la sœur de la partie requérante – [K.A.] – a été fusillée le 29 juin 2007 à Kigali et la partie requérante serait dans l'impossibilité de payer les traitements requis. Elle ne dispose d'aucuns revenus et ne peut compter sur aucune forme de solidarité familiale. Elle ne pourrait pas non plus bénéficier d'une quelconque assurance-maladie puisqu'elle n'a jamais cotisé pour une assurance de ce type ». Elle précise que « concernant l'assurance-maladie, force est de constater que le médecin-conseil de la partie défenderesse ne fournit aucune information sur les conditions d'adhésion et la couverture concrète et que cela ne ressort pas précisément de la pièce reprise au dossier administratif. Ainsi, on ne peut pas vérifier si, dans sa situation, la partie requérante peut effectivement adhérer et être couverte par l'assurance-maladie ». La partie requérante estime que « l'affirmation approximative 'Aujourd'hui, pratiquement tous les Rwandais ont cette sécurité' ne suffit certainement pas. Dans le cadre de l'avis médical, le médecin-conseil se contente de déduire d'un voyage qui a eu lieu en 2006 (!) des moyens financiers disponibles. Il passe complètement sous silence que la partie requérante a quitté son pays depuis pas moins de 18 années, qu'elle ne dispose d'aucun tissu familial (sa famille ayant été décimée) et qu'elle n'a jamais cotisé pour une assurance-maladie quelconque » et considère que « la partie défenderesse a tenu des propos inexacts et n'a pas respecté son obligation de prendre en compte tous les éléments du dossier ».

3. Discussion

3.1.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

> « 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, […] ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (voir CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la

dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, nos 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 24 mai 2024, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite le 10 août 2022 et complétée le 17 janvier 2024, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre de

> « Antécédents de remplacement valvulaire aortique post-endocardite de la prothèse Bentall implantée initialement en 2010 ;
> Diabète ;
> Hypertension artérielle ;
> Obésité morbide malgré une chirurgie bariatrique + reflux important ;
> Syndrome de stress post-traumatique complexe. »

et que le traitement de ce dernier se compose de

> « Bisoprolol ;
> Coversyl (Périndopril) ;
> Lercanidipine ;
> Asaflow (acide acétylsalicylique) ;
> Keppra (lévétiracétam) ;
> D-cure (colécalciférol) ;
> Acide folinique (L'acide folinique est une vitamine B utilisée pour atténuer les effets nuisibles de certains médicaments) ;

Movicol (laxatif) macrogol. »

3.2.1. En termes de requête, la partie requérante, estime que la première décision querellée est insuffisamment motivée, car fondée sur un avis du médecin-conseil dans lequel ce dernier n'aurait pas évoqué le traumatisme extrême subi par le requérant et ses conséquences sur la capacité de ce dernier à voyager, précisant que ledit avis ne se « prononce nullement sur la question de savoir si, dans le cas d'espèce, un retour est possible au regard du risque de suicide élevé lié à la traumatisation extrême ». Elle souligne que les documents médicaux joints à la demande d'autorisation de séjour du requérant précisaient que pour le cas du requérant, un tel retour « est exclu ».

3.2.2. A cet égard, le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que dans sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le requérant a expliqué qu' « il est inconcevable pour [le requérant] 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 refait que renforcer ces traumatismes et mènerait – comme l'explique le Dr [R.] dans son certificat médical type – à la 'mort par suicide' », et a joint des certificats médicaux dudit Dr R. datés du 19 mai 2022 et du 10 novembre 2023, dans lesquels ledit praticien souligne que

> « Monsieur [K.] présente un trouble de stress post-traumatique complexe en cas de traumatisme extrême. […] L'incertitude quant à un éventuel retour forcé dans son pays d'origine provoque un autre trouble psychique profond. […] Sa vie serait en danger en cas de retour forcé. Dans le cas d'un tel retour, il serait en outre submergé par des souvenirs associés à des traumatismes qui lui seraient insupportables. […] Dans ce cas, il faudrait s'attendre à une tendance suicidaire aiguë » (certificat médical du Dr. R. du 19 mai 2022).
>
> « Par petites étapes, des méthodes de thérapie traumatique (dont l'EMDR) ont été utilisées pour stabiliser et, dans une certaine mesure, confronter les traumatismes. Compte tenu de la gravité des troubles psychiques, seule une stabilisation est actuellement possible. Un retour dans son pays d'origine est toujours exclu pour des raisons médicales et humanitaires. Dans un tel cas, il faut s'attendre à une crise suicidaire aiguë » (certificat médical du Dr. R. du 10 novembre 2023).

Le Conseil relève qu'il ressort de ce qui précède que dans sa demande d'autorisation de séjour, le requérant faisait valoir, en déposant des certificats médicaux à l'appui de ses propos, qu'un retour dans son pays de provenance (à savoir le Rwanda) n'était pas envisageable, étant donné qu'il s'agit du lieu où le requérant a subi un traumatisme à l'origine de son syndrome de stress post-traumatique et de ses tendances suicidaires actuelles – le Dr R. précisant dans son certificat de 2022 que « ces dernières années plusieurs tentatives de suicide ont eu lieu ».

3.2.3. Le Conseil observe que dans son avis du 24 mai 2024, le médecin-conseil de la partie adverse estime, quant à la capacité à voyager du requérant, qu' « aucune contre-indication médicale à voyager n'est démontrée dans les documents mis à notre disposition ».

Le Conseil constate que cette motivation, à laquelle se réfère la décision attaquée, ne peut être considérée comme adéquate en l'espèce. En effet, le Conseil relève qu'une telle formulation ne répond nullement à l'argumentation de la partie requérante, selon laquelle le Dr R. soutient qu'un retour au Rwanda serait « exclu » pour le requérant en raison notamment de la réminiscence de « souvenirs

associés à des traumatismes » qu'il y aurait vécus et à la « crise suicidaire aiguë » qu'un tel retour entrainerait.

3.2.4. Par conséquent, le Conseil relève que ce motif de l'avis du médecin-conseil est inadéquatement motivé, de sorte qu'en se référant audit avis pour conclure au caractère non fondé de la demande d'autorisation de séjour du requérant, la motivation de la décision attaquée est insuffisante. Partant, le Conseil constate que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation à cet égard.

3.3.1. A titre surabondant, sur le troisième moyen, s'agissant de l'accessibilité des soins au pays d'origine, le Conseil observe que l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse du 24 mai 2024 est rédigé comme suit :

« Concernant l'accessibilité des soins, la conseillère de Monsieur [K.J.] affirme que les soins nécessaires pour les traitements des pathologies dont souffre le requérant seraient indisponibles et inaccessibles au pays d'origine. Il invoque de l'indisponibilité des ressources matérielles (perturbations du réseau d'approvisionnement) et humaines (pénuries en personnels qualifiés). Que si les soins sont disponibles au pays d'origine mais ceux-ci lui seraient financièrement inaccessibles. Selon lui, obliger le requérant à y retourner, constituerait un traitement inhumain et dégradant au sens des articles 2 et 3 de la CEDH. Afin d'étayer ses dires, il produit les extraits de quelques sources internet. Remarquons que les documents n'étaient pas fournis et donc non étayés.

À la lecture de ces sources, celles-ci décrivent de manière générale des problèmes liés à la santé mentale (suite au génocide de 1994), limitation d'accès aux soins (structures nationales ne peuvent pas prendre en charge) faible financement, manque de moyens logistique, de stigmatisation, l'isolement social).

Notons que ces éléments d'information ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009).

S'agissant de pénurie de personnel médical qualifié et de médecins dans le secteur public, notons que la disponibilité de ce type de suivi a été démontrée ; l'intéressé reste en défaut de démontrer qu'il n'aurait pas accès à un traitement chez l'un de ceux-ci. (Arrêt CCE 243882 du 10.11.2020).

Le conseil affirme qu'il ne peut y avoir accès financièrement, Notons que l'intéressé n'a pas prouvé qu'il serait dans une situation financière qui ne lui permettrait pas de financer ses soins sur place étant donné qu'il a été capable de financer son voyage en Belgique.

Il affirme qu'il n'a pas de famille au Rwanda et ne pourrait compter sur aucune forme de solidarité familiale, et ne pourrait pas bénéficier d'une quelconque assurance maladie puisqu'il n'a jamais payé.

Que le requérant serait dans l'incapacité de se prendre en charge et ou de payer les soins non pris en charge, d'où inaccessibilité financière. Que l'obliger de retourner au Rwanda, constituerait un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de CEDH. Néanmoins, il n'apporte aucun élément probant pour démontrer ces allégations.

En plus, faisons remarquer que rien ne permet de constater que le requérant ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine car qu'il pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Par ailleurs, depuis l'arrivée au pouvoir de Paul Kagamé, les autorités rwandaises ont consenti beaucoup d'efforts dans le développement des services de santé. Notons que le Rwanda reste un exemple sur le continent africain avec près de 98% de la population couverte par l'assurance-maladie obligatoire dénommée Rama (la Rwandaise d'assurance maladie) depuis 2006, selon l'Organisation mondiale de la santé. La Rama est complétée par des mutuelles communautaires au profit des populations rurales, les travailleurs du secteur informel, les étudiants et personnes à faible revenus. Progressivement, ce système d'assurance maladie a été étendu à toute la population. Aujourd'hui, pratiquement tous les Rwandais ont cette sécurité.

Mentionnons que ces systèmes d'assurance maladie à base communautaire, ou mutuelles, jouent un rôle important au Rwanda et leur développement a été facilité par un fort engagement du gouvernement afin d'assurer l'accès aux services de santé à tous. Depuis lors, des mutuelles de santé ont été créées au niveau du district ((dans chacun des 30 districts de santé) et une section de mutuelles est présente au niveau du centre de santé (il y a plus de

400 petites unités). La cotisation pour un paquet de santé de base au niveau du centre de santé a été établie à 1000 francs rwandais (moins de 2 dollars des Etats-Unis) par personne avec un copaiement de 200 francs pour des soins au centre de santé. La cotisation est payée en sa totalité à la section de mutuelle qui a signé des contrats avec ses centres de santé respectifs et ceux de la région environnante et qui agit en tant que tiers-payant auprès des établissements de santé. Les bénéficiaires peuvent recevoir des soins dans n'importe quel centre de santé du pays grâce à l'harmonisation des tarifs.

Concernant la prise en charge des personnes souffrant de diabète, notons qu'au Rwanda, les personnes atteintes de diabète sont représentées par l'Association Rwandaise des Diabétiques, également connue sous le nom « Fraternité ». Pour pallier aux difficultés, la Fédération Internationale du Diabète (FID) a mis en place un programme potentiellement très bénéfique pour les personnes atteintes de diabète. Afin de lancer et de mettre en œuvre des projets visant à améliorer l'accès à l'insuline et aux fournitures du diabète, la Fédération sert de médiateur entre des associations membres de la FID dans des pays développés et des associations sélectionnées dans des pays en développement.

Pour améliorer l'accessibilité géographique au traitement, le ministère de la Santé du Rwanda, en partenariat avec Zipline et Partners in Health, mène des essais sur une nouvelle façon innovante de livrer les médicaments à base d'insuline aux domiciles des patients diabétiques à l'aide de drones. Les essais ont été conduits dans des zones reculées des districts de Kayonza et de Kirehe selon des responsables. Les patients atteints de diabète de type 1 sont formés à l'autosurveillance de leur glycémie et ont des rendez-vous en clinique. Avec ce nouveau processus, le patient diabétique sera informé à l'avance par le biais d'un appel téléphonique d'une infirmière qui l'interrogera sur tout changement de son état santé avant de recommander des médicaments. L'infirmière prescrira alors des traitements ou ajustera si nécessaire, puis enverra les détails de la prescription à Zipline pour l'expédition par drone.

Citons Babyl et Novo Nordisk s'associent pour offrir une approche innovante de sensibilisation au diabète et l'accès aux soins au Rwanda. Bénéficiant de l'expertise de Novo Nordisk et de sa mission qui consiste à conduire le changement pour vaincre le diabète, et s'appuyant sur l'infrastructure et l'expérience continues de Babyl dans la prestation de services de santé numériques à grande échelle au Rwanda, cette nouvelle initiative conjointe vise à améliorer la sensibilisation, les soins et la gestion du diabète grâce à l'engagement communautaire, au renforcement des compétences et à l'utilisation de la technologie numérique avancée de Babyl. Les patients peuvent consulter un médecin ou une infirmière et être guidés vers le niveau de soins approprié dont ils ont besoin, y compris les médicaments et l'orientation vers des tests de laboratoire.

Concernant les maladies mentales, notons que pour le gouvernement rwandais, la santé mentale est devenue un secteur prioritaire, intégré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est que le pays continue de connaître une morbidité élevée associée aux troubles mentaux. Ainsi, les états dépressifs majeurs et les états de stress post-traumatiques affectent plus d'un Rwandais sur quatre, bien au-delà des moyennes internationales. « Les chiffres datent de 2009 mais ils n'ont guère varié », précise le docteur Achour Ait Mohand, qui œuvre en tant qu'assistant de la Coopération technique belge (CTB) au sein de la division Santé mentale du ministère rwandais de la Santé.

Mentionnons que le 18 mai 2022, Interpeace et le gouvernement rwandais ont lancé une clinique mobile de santé mentale pour soutenir la mise en œuvre du plan stratégique national de santé mentale 2020-2024 et contribuer à la réalisation de la stratégie nationale de transformation (NST1) et de la vision de développement 2050 du Rwanda, qui considère la bonne santé et le bien-être de la population comme une priorité nationale. Celle-ci, personnalisée et bien équipée, a été remise à l'ADEPR -Nyamata District

Hospital et est utilisée dans tout le district de Bugesera pour effectuer des dépistages réguliers d'individus ou de groupes dans les communautés. Il aidera également les professionnels de la santé mentale à fournir des soins à domicile aux patients.

Son lancement s'inscrit dans le cadre du programme d'Interpeace intitulé : "Renforcer les capacités communautaires pour la cohésion sociale et la réconciliation par la guérison des traumatismes sociétaux" dans cette région. Financé par l'Union européenne (UE), le programme offre une approche holistique pour traiter simultanément les problèmes de santé mentale tout en promouvant la cohésion sociale et en favorisant des moyens de subsistance durables dans ce district.

Qu'au Rwanda, les malades mentaux seraient l'objet de la stigmatisation. Pour enfin lutter contre ce fléau, le ministère rwandais de la Santé et Johnson & Johnson ont dû formé 60 000 agents de santé communautaire (ASC) grâce à la plateforme de téléphonie mobile. L'efficacité de la formation à distance a été très positive car on a remarqué l'amélioration de la sensibilisation de la communauté aux questions de santé mentale, a commenté le ministère de la Santé. Il est évident que la promotion de la santé mentale pour la population rwandaise sera améliorée.

Que toute suspension de traitement entrainerait une dégradation de son état ainsi qu'un risque accru de mise en danger de sa personne. Notons d'abord que l'existence du lien thérapeutique n'est pas formellement établi dans le dossier médical. Et le requérant n'a apporté aucune information étayée en vue d'établir le risque d'être exposé à un traitement inhumain et dégradant en raison d'une absence des soins nécessités par son état de santé.

L'intéressé peut rentrer au pays d'origine et bénéficier d'opportunités que lui offre le pouvoir public, ou souscrire à une assurance pour financer ses soins médicaux.

Rappelons aussi que dans son arrêt 61464 du 16.05.2011, le CCE affirme que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles ». Cela rejoint également l'arrêt 57372 du 04.03.2011 qui indique en cas de rupture de stock ou non-disponibilité temporaire des médications que le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné ».

Il serait nécessaire de préciser que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En outre, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine. »

Cependant, le Conseil constate que ces éléments ne démontrent pas, à suffisance, l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires à l'état de santé du requérant dans son pays d'origine.

3.3.2. En effet, en ce qui concerne l'assurance maladie obligatoire, le Conseil observe que si le médecin-conseil de la partie défenderesse aborde son existence, il se contente de donner ces informations sans en tirer une conclusion utile pour le cas du requérant, d'autant que ce dernier précisait dans sa demande d'autorisation de séjour qu'il ne pourrait en bénéficier « puisqu'il n'a jamais cotisé pour une assurance de ce type ». Le Conseil relève que ce motif est par conséquent insuffisant à démontrer l'accessibilité des soins adéquats dans le pays d'origine du requérant.

Il en va de même des informations fournies quant aux mutuelles communautaires, le Conseil observant que si le médecin-conseil de la partie défenderesse évoque leur existence ainsi que les montants de cotisations

dues, il s'abstient d'identifier les soins couverts par lesdites mutuelles et, dès lors, reste en défaut de préciser si le requérant pourrait en bénéficier dans le cadre de ses traitements et suivis.

3.3.3. Quant au fait que le requérant saurait financer son retour au Rwanda puisqu'il a financé son voyage vers la Belgique, le Conseil ne peut que constater, à la suite de la partie requérante, qu'il ne peut raisonnablement être déduit du financement d'un voyage en 2006 – soit il y a vingt ans – que le requérant possède encore à l'heure actuelle les moyens financiers pour effectuer un tel voyage vers son pays d'origine, d'autant que dans sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante soulignait que le requérant « ne dispose d'aucuns revenus ».

3.3.4. Quant à la solidarité familiale avec des membres de sa famille vivant au pays d'origine, le Conseil relève que la partie défenderesse reste en défaut de démontrer que les éventuels proches du requérant – la partie requérante arguant d'ailleurs que le requérant n'a plus de famille au Rwanda suite au génocide des Tutsis en 1994 et au meurtre de sa sœur en 2007 – auraient les moyens et la volonté de prendre en charge ce dernier.

En tout état de cause, le Conseil relève que la référence à la solidarité familiale ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des traitements et des suivis nécessaires au requérant dans son pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux de leur coût, au regard du système de santé rwandais. Le Conseil constate qu'un tel motif, dans le cadre de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, et dans le contexte de laquelle il n'est pas contesté que le requérant souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écarter que cette maladie n'entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat dès lors, qu'il s'agit notamment d'écarter un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH.

3.3.5. Partant, le Conseil constate que ce motif de l'avis du médecin-conseil est inadéquatement motivé, de sorte que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation en se référant audit avis pour conclure au caractère non fondé de la demande d'autorisation de séjour du requérant.

3.4. Les observations formulées dans la note d'observations ne sont pas de nature à énerver les considérations qui précèdent.

3.5. Il ressort de ce qui précède que les premier et troisième moyens sont à ces égards fondés et suffisent à l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.6. S'agissant du second acte attaqué, le Conseil rappelle que l'annulation d'un acte administratif (par le Conseil d'Etat) fait disparaître cet acte de l'ordonnancement juridique, avec effet rétroactif et que cette annulation vaut erga omnes (sur la portée rétroactive de l'arrêt d'annulation : P. LEWALLE, Contentieux administratif, 2ème éd., 2002, Larcier, p. 935 et ss., n° 518 et ss - P. SOMERE, « L'exécution des décisions du juge administratif », Adm. Pub., T1/2005, p.1 et ss.).

Il y a, par conséquent, lieu de considérer que la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante est à nouveau pendante suite à l'annulation par le présent arrêt, du premier acte attaqué. Or, si l'introduction d'une demande d'autorisation de séjour n'a pas pour effet d'entraver la mise en œuvre des pouvoirs de police conférés par l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, la partie défenderesse reste tenue, au titre des obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent lorsqu'elle prend une décision quelle qu'elle soit, de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue.

Par conséquent, afin de garantir la sécurité juridique, il s'impose d'annuler également le second acte attaqué, pour permettre un nouvel examen de la situation par la partie défenderesse.

4. Débats succincts

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. 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 1er

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 24 mai 2024, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

J.-C. WERENNE,	président f.f., juge au contentieux des étrangers,
A. KESTEMONT,	greffière.

La greffière,	Le président,
A. KESTEMONT	J.-C. WERENNE