



## Arrêt

**n° 203 173 du 27 avril 2018  
dans X III**

**En cause : 1. X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître G. NKIEMENE  
Boulevard du Jubilé 71  
1080 BRUXELLES**

**contre :**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative**

### **LE PRÉSIDENT DE LA IIIE CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 18 décembre 2012, par X, X et X, qui déclarent être de nationalité tanzanienne, tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 9 novembre 2012.

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'observation et le dossier administratif.

Vu le mémoire de synthèse.

Vu l'ordonnance du 22 février 2018 convoquant les parties à l'audience du 20 mars 2018.

Entendu, en son rapport, E. MAERTENS, président de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me B. ILUNGA loco Me G. NKIEMENE, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me A. NOKERMAN loco loco Mes D. MATRAY et N. SCHYNTS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause.**

1.1. Les requérants ont introduit une demande d'asile en date du 21 janvier 2009. Une décision de refus de reconnaissance du statut de réfugié est prise par le Commissaire général le 7 octobre 2009 qui est cependant annulée par un arrêt du Conseil. Une nouvelle décision de refus est prise le 1<sup>er</sup> juin 2010 qui est annulée par le Conseil par un arrêt du 2 septembre 2011.

1.2. Les parties requérantes introduisent concomitamment une nouvelle demande d'asile le 24 janvier 2011. Le 28 octobre 2011, le CGRA refuse cette demande d'asile.

1.3. Le 4 mai 2011, elles introduisent une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande est complétée par un courrier du 10 mai 2011 et du 5 octobre 2011. La partie défenderesse déclare la demande 9ter non fondée le 24 août 2012.

1.4. Par un arrêt du 21 février 2012, le Conseil de céans annule les décisions prises par le Commissaire général le 28 octobre 2011 et reprend le 24 avril 2012 deux nouvelles décisions de refus de statut de réfugié et de protection subsidiaire. Ces décisions de refus sont confirmées par le Conseil le 7 novembre 2012.

1.5. Le 19 avril 2012, une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9bis est introduite par la première partie requérante.

1.6. Le 8 novembre 2012, la partie défenderesse retire sa décision du 24 août 2012. Le 9 novembre 2012, la partie défenderesse prend une nouvelle décision déclarant cette demande 9ter recevable mais non fondée. Il s'agit de la décision attaquée dont les motifs sont les suivants :

« Motif :

*Monsieur [H. S.] 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 la Tanzanie, pays d'origine du requérant.*

*Dans son avis médical remis le 31.07.2012, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.*

*Le médecin constate donc que dans ce dossier, la maladie ne répond pas à une maladie visée au § 1<sup>er</sup> alinéa 1<sup>er</sup> de l'Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base du dit Article.*

Dès lors,

1) *le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* ou

2) *le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

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

*La présente décision concerne la demande 9ter du 11.05.2011 introduite en raison d'une affection médicale de Monsieur [H. S.]. Les intéressés ont apportés ultérieurement à la demande des documents médicaux au nom de [S. H. H.]; ces derniers ne peuvent être pris en compte dans le cadre de la présente décision. Les intéressés sont pourtant libres d'introduire une nouvelle demande en application de l'article 9ter afin que ces éléments médicaux au nom de [S. H. H.] soient éventuellement pris en compte. »*

## **2. Exposé des moyens d'annulation.**

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, du principe de bonne administration ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. La partie requérante s'attache dans ce qui peut être lue comme une première branche de son moyen à constater que « la partie adverse essaie d'interpréter l'article 9ter comme ne pouvant

s'appliquer que lorsqu'il y a un risque vital, alors que la disposition [précitée], vise une maladie qui entraîne un risque réel ou pour la vie ou pour l'intégrité physique ou encore un risque de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'y a pas de traitement adéquat dans le pays d'origine, et n'est donc pas limitée à l'hypothèse d'un risque pour la vie d'un individu. L'acte attaqué interprète donc l'article 9ter de manière restrictive, en ce que la référence à l'article 3 de la CEDH et à la jurisprudence de la Cour EDH ne peut pas servir à en restreindre le champ d'application de la loi (p. 4 du mémoire de synthèse). [...] Or, ainsi qu'il a déjà été exposé, l'article 9ter de la loi ne se limite pas au risque de décès. Ainsi outre le fait que le médecin conseil de la partie défenderesse n'a pas examiné si le risque pour la vie du requérant [ou de l'enfant] pouvait résulter d'un arrêt du traitement médical ou du suivi, alors même que le certificat médical type concluait en ce sens, il doit être constaté que le rapport du médecin conseil ne permet pas de vérifier si celui-ci a examiné si les pathologies invoquées n'étaient pas de nature à entraîner un risque réel pour son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans son chef.[...] Dès lors, la motivation de la décision, fondée uniquement sur ce rapport incomplet du médecin conseil, est inadéquate au regard de l'article 9ter, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi et méconnaît par conséquent la portée de cette disposition (p.5 et 6 du mémoire de synthèse) ».

### 3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique en sa première branche, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la Loi 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, § 1, alinéa 1er, de la Loi, 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 (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°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, n°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 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, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la Loi, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073 ).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la Loi, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1, 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, n° 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.

3.2. Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation 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, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

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.

3.3. En l'espèce, dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3. du présent arrêt, la partie requérante a fait valoir principalement que « le requérant est dans l'impossibilité de retourner en Tanzanie pour y solliciter une autorisation de séjour de plus de trois mois dans le Royaume, en raison de son état dépressif actuel. Il semble dès lors, au regard des données médicales actuelles, que le requérant puisse encore mener une vie normale dans la mesure où les affections [décrites ci-dessus] risquent d'altérer rapidement et de façon considérable la qualité de sa vie et diminuer par la même occasion son espérance de vie, de par le caractère chronique des affections constatées. [...] Le requérant ne peut donc interrompre le suivi médical amorcé en Belgique par ses médecins psychiatres ; il ne pourrait ainsi voyager, sans mettre en péril le suivi médical, dans la mesure où les possibilités de traitement, de surveillance et de suivi adéquats ne peuvent être assurées au pays d'origine alors qu'en Belgique, il est adéquatement pris en charge. »

Le Conseil observe qu'à l'appui de cette demande, la partie requérante a produit un certificat médical établi le 26 avril 2011 dans lequel il est précisé que le requérant souffre d'une dépression post-traumatique sévère vu les événements qu'il a vécu et qu'il a vu (voir protocole ci-joint), d'insomnies, de cauchemars, de sudations nocturnes, d'angoisses, de stress, de céphalées, d'idées noires et de désespoir. Il suit un traitement médicamenteux à durée indéterminée et a été hospitalisé en 2011 en psychiatrie à la citadelle. En cas d'arrêt du traitement et en l'absence de psychothérapie régulière, le pronostic n'est pas bon. Il est par ailleurs relevé qu'il doit se tenir éloigné de l'origine de sa pathologie.

L'avis du médecin-conseil repose, quant à lui, sur les constats suivants :

« Le patient présente une anxio-dépression. On ne retrouve pas dans le dossier ni chez le psychiatre un syndrome post-traumatique avéré. De même il n'y a pas d'élément objectif montrant un caractère de gravité extrême.

L'absence de documents au-delà d'avril 2011 font penser que la situation médicale du patient s'est stabilisée voir guérie. Il n'y a pas d'éléments indiquant un suivi psychiatrique chez le patient.

Depuis le début du traitement en Belgique, aucune hospitalisation n'a été nécessaire. Ceci exclut un risque imminent pour la vie ou un stade terminal. Il n'y a pas de menace directe pour la vie du concerné. Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital soit directement mis en péril.

L'état psychologique évoqué du concerné n'est ni confirmé par des mesures de protection ni par des examens probants. Il n'y a pas un état de santé critique. Un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital du concerné.

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. Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë, la mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le traitement le plus important pour le PTSD est

de parler de son expérience traumatique, de préférence avec des personnes ayant connu la même expérience. Le PTSD est donc mieux traitable au pays d'origine où la barrière linguistique n'existe pas - alors qu'en Belgique, celle-ci rend plus difficile la communication avec autrui (= si cet élément est mentionné par le psychiatre traitant) - et parce que le personnel médical y a l'expérience du contexte traumatisant en question. L'EBM (Evidence Based Medicine) n'apporte aucun support à l'idée selon laquelle un retour au pays n'est pas indiqué en cas de PTSD. Le célèbre NIMH incite au traitement des PTSD par « Thérapie cognitivo-comportementale » (TCC) qui comprend notamment la thérapie d'exposition » basée sur le rappel de l'événement. Les visites du lieu du traumatisme pour amener les gens à maîtriser, leurs sentiments. Cette approche thérapeutique fait la part belle à la psychothérapie de soutien où l'expression verbale prend une part majeure. Dans ce cadre, une psychothérapie de soutien dans la langue usuelle a toutes les chances d'être encore plus efficace ».

3.4. Le Conseil observe que le rapport médical ainsi établi par le médecin-conseil indique que celui-ci semble s'être limité à examiner la gravité de la maladie à l'aune du seul engagement du pronostic vital et ainsi, des critères d'application de l'article 3 de la CEDH, tels qu'ils se dégagent de la jurisprudence de la Cour EDH, pour en conclure qu'« *il ne s'agit pas d'une maladie telle que prévue au §1er, alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 qui puisse entraîner l'octroi d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de l'article précité.* »

Il n'apparaît dès lors nullement que le médecin-conseil ait vérifié, en premier lieu, si la maladie de la partie requérante n'atteint pas, en elle-même, le degré minimal de gravité requis pour qu'il puisse s'agir d'une maladie exposant la partie requérante à un risque de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence.

Le Conseil renvoie à cet égard au raisonnement tenu au point 4.1. du présent arrêt et observe que rien ne permet de considérer que le seuil élevé fixé par la jurisprudence de la Cour EDH – à savoir que l'affection représente un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie – réduirait ou serait déterminant pour l'application de l'article 9ter de la Loi, dans son ensemble. Le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour EDH, un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

3.5. Il résulte de ce qui précède que les moyens, en ce qu'ils sont pris de la violation des articles 9ter et 62 de la Loi, sont fondés et suffisent à emporter l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements des moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus

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

##### **Article unique.**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour prise le 9 novembre 2012, est annulée.

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

Mme E. MAERTENS, président de chambre,

Mme N. CATTELAÏN, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

N. CATTELAÏN

E. MAERTENS