



## Arrêt

**n° 205 910 du 26 juin 2018  
dans l'affaire X VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. VANCRAEYNEST  
Avenue de Fidevoye 9  
5530 YVOIR**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration,  
chargé de la Simplification administrative**

### **LA PRÉSIDENTE DE LA VIIe CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 18 mars 2016, X, qui déclare être de nationalité ukrainienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 14 janvier 2016.

Vu le titre Ier 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 l'ordonnance du 29 mars 2018 convoquant les parties à l'audience du 26 avril 2018.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me M. KALIN *loco* Me P. VANCRAEYNEST, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. Le 30 mai 2013, la requérante a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges. Cette procédure a été clôturée par une décision de refus de reconnaissance de la qualité de réfugié et de l'octroi de la protection subsidiaire, prise par le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après: le Conseil), aux termes d'un arrêt n°132 841, rendu le 5 novembre 2014.

Le 4 juillet 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile, à son encontre.

1.2. Le 5 octobre 2015, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.3. Le 14 janvier 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre, décisions qui lui ont été notifiées, le 17 février 2016. Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

*« Article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 1980 [...], comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1<sup>er</sup>, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition.*

*Il ressort de l'avis médical du médecin de l'office des Etrangers daté du 11.01.2016 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement [la requérante] n'est pas atteinte par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne*

*L'irrecevabilité de la présente demande est constatée sans préjudice du respect des autres conditions de recevabilité prévues à l'Article 9ter §3.*

*L'incapacité éventuelle de voyager fera l'objet d'une évaluation lors de l'application de la mesure d'éloignement. »*

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

*« En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable. »*

1.4. Le 1<sup>er</sup> février 2016, la requérante a introduit une seconde demande d'asile auprès des autorités belges.

Le 14 août 2017, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de prise en considération d'une demande d'asile multiple, à son égard.

Aux termes d'un arrêt n°197 542, rendu le 8 janvier 2018, le Conseil a rejeté le recours introduit contre cette décision.

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

2.1.1. A l'égard du premier acte attaqué, la partie requérante prend un premier moyen de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, et des articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale.

Elle fait valoir « Qu'il est indéniable que les missions confiées au médecin conseil de la partie adverse dans le cadre du présent recours sont comprises dans le champ d'application de l'article 119 du Code de déontologie médicale. Que le médecin conseil de la partie adverse, en s'abstenant d'interroger personnellement la requérante avant de rendre son avis a, par conséquent, violé les articles 119 et 124 du Code de Déontologie Médicale. [...] Qu'il appartient, par conséquent au médecin conseil de la partie adverse de respecter, dans le cadre de sa mission, le code de déontologie médical[e], *quod non*. [...] ». Citant une jurisprudence du Conseil de céans, elle ajoute que « la Juridiction de Céans ne conteste pas que le Code de déontologie médicale puisse servir de fondement pour justifier l'annulation de l'acte attaqué. Qu'elle mentionne uniquement que, dans le cas d'espèce, le code de déontologie ne s'applique qu'aux médecins dispensant des soins de santé. Que cet arrêt repose toutefois sur une interprétation erronée, par la Juridiction de Céans, du Code de déontologie. Qu'en effet, l'article 119 du Code de déontologie médical[e], cité par la requérante en termes de recours, dispose que [...]. Qu'en s'abstenant de procéder à une telle mesure, la décision litigieuse ne peut être motivée adéquatement au sens de la loi sur la motivation formelle des actes administratifs. Qu'en effet, une telle obligation déontologique a été imposée afin de permettre au médecin de prendre une décision circonstanciée et en connaissance de cause. Que ces dispositions doivent être lues à la lumière de l'arrêt de la CJUE ABDIDA qui impose l'effectivité dans le traitement des demandes d'autorisation de séjour 9ter. Qu'à la lecture de la décision litigieuse, aucun élément ne permet de connaître les motifs justifiant que la requérante n'ait pas été entendue par le médecin conseil de la partie adverse. [...] ».

2.1.2. La partie requérante prend un deuxième moyen de la violation « du principe général de la foi due aux actes consacré par les articles 1319, 1320 et 1322 du Code civil ».

Elle fait valoir qu' « il ressort du certificat médical daté du 21 août 2015 et rédigé par le Dr [X.], qu'il y a eu un « traumatisme psychique lors du séjour au LIBAN et en UKRAINE: agression de la police russe et par la milice HEZBOLLAH ». Que le Dr [X.] identifie donc clairement les événements à l'origine de la pathologie de la requérante. Qu'il s'agit d'un docteur assermenté dont les propos ne peuvent être remis en doute. Que cette affirmation contredit ouvertement les conclusions du médecin conseil de la partie adverse. Que dans le même certificat médical du 21 août 2015, le Dr [X.] indique clairement que la requérante fait l'objet d'un suivi en psychiatrie. [...] ».

2.1.3. La partie requérante prend un troisième moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, précitée.

2.1.3.1. Dans une première branche, intitulée « la gravité de la maladie de la requérante », elle soutient « Que contrairement à ce que prétend la partie adverse, la gravité de la maladie a été établie. Que dans un certificat médical du 21 août 2015 et

soumis à la connaissance de la partie adverse dans le cadre de la demand[e] d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter, le Dr [X.] a déclaré que la requérante souffre d'un stress post traumatique, d'une névrose dépressif (sic) et d'une affection bipolaire (GRAVE) »[.] Qu'un lourd traitement médicamenteux était et est toujours prescrit et que ce traitement est indispensable. Qu'un suivi en psychiatrie était déjà et est toujours prescrit. Que cela constitue des indices supplémentaires de la gravité de la maladie dont souffre la requérante. Que partant, le médecin conseil de la partie adverse disposait de l'ensemble des éléments requis pour apprécier la gravité de la maladie dont souffre la requérante. Que dans les décisions du 27 janvier 2015 et du 26 janvier 2016, le médecin de Fedasil a accepté les demandes de prolongatio[n] d'aide matérielle faites par la famille [de la requérante] en ce que [celle-ci] se trouve dans une impossibilité médicale de quitter la structure d'asile. Que la situation de la requérante a empiré. Qu'ainsi le Dr [X.] dans un certificat médical du 23 décembre 2015 indique que la requérante souffre dorénavant d'une dépression sévère bipolaire avec cauchemars et trouble de la personnalité. Que bien que l'ensemble de ces éléments atteste que la gravité de la maladie a été constatée, elle n'a peut[-]être pas suffisamment été objectivée. [...] ».

Elle fait également valoir « Qu'en ce qui concerne la deuxième hypothèse prévue dans l'article 9ter de la loi 15 décembre 2015, en ce que le médecin conseil considère « *qu'il n'est manifestement pas question d'une maladie telle qu'elle entraîne [...] un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne* »], il assimile l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH). Que le Conseil d'Etat a, dans son arrêt du 16 octobre 2014 (n°228.778) précisé la portée de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et a proscrit toute assimilation de ces deux articles. Que le Conseil d'Etat estime que [...], ce qui ressortirait d'une assimilation de l'article 9ter et de l'article 3 de la CEDH. Que comme susmentionné, il déclare qu'une autorisation de séjour sur la base de 9ter peut être octroyée quand la maladie, quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine mais peut, en l'absence de traitement adéquat dans ce pays, entraîner pour le malade un risque réel d'être soumis à un traitement inhumain ou dégradant. Que dans le cas d'espèce, la maladie de la requérante trouve son origine dans les traitements subis en UKRAINE et au LIBAN, à savoir, des agressions physique[s] et un harcèlement de la part de la police pro-russe et du Hezbollah. Que dès lors, un retour dans le milieu traumatogène aurait pour effet d'aggraver de manière importante et brutale la maladie de la requérante. Que cela a été mis en évidence par le Dr [X.], qui a rencontré à de nombreuses reprises la requérante. Que le médecin conseil de la partie adverse ne conteste pas l'absence de disponibilité et d'accès aux soins de santé en UKRAINE et au LIBAN. Que d[è]s lors la pathologie de la requérante ne ferait qu'accroître sans possibilité de soins de santé. Qu'en conséquence, il est indéniable que la maladie qui, quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine mais qui, en l'absence de traitement adéquat dans ce pays, peut entraîner pour le malade un risque réel d'être soumis à un traitement inhumain ou dégradant. Que la seconde hypothèse donnant accès au droit de séjour sur base de l'article 9ter est pleinement rencontrée [...] ».

2.1.3.2. Dans une deuxième branche, intitulée « la durée de la dépression », la partie requérante fait valoir que « le médecin, en se fondant sur une revue de médecin[e] générale indique que « *la durée moyenne d'une dépression traitée en médecine générale est de trois mois* ». Qu'il y a lieu tout d'abord de rappeler qu'il ne s'agit pas, en l'espèce,

d'une simple dépression, mais bien d'un syndrome de stress post traumatique, consécutif aux événements subis dans son pays d'origine par la requérante. [...]. Que le médecin conseil de la partie adverse statue, en outre, sur la gravité de la pathologie de la requérante sans avoir jamais rencontré la requérante, alors qu'il ressort du n°241 de la revue de médecin[e] générale, numéro vanté par le médecin conseil de la partie adverse, que « *Il nous semble que la connaissance du patient est, en médecine générale, un guide complémentaire très utile dans le diagnostic ; cet élément n'est cependant pas évalué* ». Qu'il s'agit dès lors de pure conjecture de la part du médecin conseil. Qu'en outre, la requérante, si la décision litigieuse venait à être mise à exécution, serait plongée dans le milieu traumatogène, ce qui accroîtrait, encore d'avantage, la gravité de sa pathologie. Qu'en effet il existe un lien de causalité étroit entre l'état de santé de la requérante et les événements vécus au LIBAN et en UKRAINE. Que c'est la raison pour laquelle le médecin de la requérante a insisté sur la nécessité de pouvoir être suivie en psychiatrie en Belgique, à l'écart du milieu traumatogène. Que comme susmentionné, il est indéniable qu'une fois replongée dans ledit milieu traumatogène, l'état de santé de la requérante connaîtra une aggravation brutale et importante. Que le Dr [X.] dans son certificat médical du 8 août 2015 avait affirmé qu'un arrêt du traitement aurait pour effet une « évolution péjorative ». Que dans un nouveau certificat du 23 décembre 2015, [ledit médecin] a déclaré qu'en cas d'arrêt du traitement « l'évolution est très mauvaise ». Qu'il s'agit dès lors d'une aggravation de la situation de la requérante. [...] ».

2.1.3.3. Dans une troisième branche, intitulée « les chances de récupératio[n] d'un PTSD/PTSS », citant une jurisprudence du Conseil de céans et l'extrait d'un rapport de l'OSAR, elle fait valoir que « le médecin de la partie adverse ne tient pas compte de la situation *in concreto* de la requérante. Que tel que précédemment expliqué, les pathologies de la requérant[e] sont directement lié[e]s aux événements traumatisants que la requérante a vécus au LIBAN et en UKRAINE. Que dès lors, un retour au pays ou au LIBAN aurait pour effet d'accroître les pathologies de la requérante et absolument pas de permettre à la requérante de récupérer de son PTSD/PTSS. Qu'en niant le lien de causalité entre la pathologie de la requérante et son pays d'origine, le médecin conseil de la partie adverse adopte une position rendant inintelligible la décision de la partie adverse se fondant sur son rapport. Que la décision litigieuse appara[ît] dès lors manifestement mal motivée. Que d[è]s lors, un retour au pays ou au LIBAN aurait pour effet d'accroître les pathologies de la requérante et absolument pas de permettre à la requérante de récupérer de son PTSD/PTSS. [...]. Qu'en outre position adoptée par le médecin conseil de la partie adverse semble préconiser la [thérapie] de l'exposition. Que sur le site <http://fr.psvchiatric.be>. il est indiqué que [...]. Que si la requérante est renvoyée en UKAINE ou au LIBAN, il ne fait aucun doute que cette thérapie ne sera plus contrôlée. Que par ailleurs, le site <http://fr.medipedia.be> informe que « La thérapie d'exposition nécessite plusieurs séances. Dans un premier temps, le patient et le thérapeute se mettent d'accord sur l'objet de l'exposition et sur la façon dont le patient va être exposé. Généralement, nous instaurons l'exposition étape par étape en concertation avec le patient, par exemple d'abord via des photos d'une araignée et ensuite en observant une araignée dans un terrarium. Le patient garde toujours le contrôle sur l'exposition. Rien ne lui sera imposé sans qu'il n'en soit prévenu ». Que la thérapie d'exposition est donc totalement différente que celle qui consiste à contraindre une personne à retourner dans le pays où elle a vécu de graves traumatismes. [...] ».

2.2. A l'égard du second acte attaqué, la partie requérante prend un premier, en réalité unique, moyen de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, précitée.

Elle fait valoir que « l'ordre de quitter le territoire lui a été notifi[é] concomitamment à la décision de refus d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15

décembre 1980. Que ces décisions sont donc connexes. Qu'il convient, compte tenu de ce qui précède, d'annuler la décision de refus d'octroi d'un titre de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Qu'il convient dès lors également d'annuler l'ordre de quitter le territoire connexe à ladite décision. Qu'en tout état de cause, la partie requérante s'est vue notifier l'ordre de quitter le territoire le 17 février 2016. Qu'elle avait déjà introduit une nouvelle demande d'asile le 1er février 2016. Qu'elle a été entendue par l'office des étrangers concernant cette nouvelle demande le 11 février 2016. Que le même jour, le dossier a été transmis au CGRA. Que partant la partie adverse ne pouvait notifier un ordre de quitter le territoire à la requérante sauf à violer les dispositions visées au moyen.

2.3. Dans l'exposé du préjudice grave difficilement réparable, la partie requérante affirme que « l'exécution immédiate de la décision prise par la partie adverse causerait à la requérante un préjudice grave en ce qu'elle pourrait, dans l'hypothèse où elle serait reconduit à la frontière de son pays :

- De voir son état s'aggraver en raison de ce qu'elle n'aurait pas accès aux soins de santé dans son pays d'origine ou au LIBAN ;

- De subir des traitements inhumains et dégradants en ce qu'[elle] n'aurait pas accès au traitement adéquat dans son pays d'origine ou au LIBAN ;

Que ce risque est intimement lié à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. [...] ».

### **3. Discussion.**

3.1. S'agissant du premier acte attaqué, sur le premier moyen, le Conseil observe que le médecin fonctionnaire n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *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* ». Par ailleurs, le Conseil rappelle que l'article 9ter § 1er de la loi du 15 décembre 1980 dispose que « *ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ». Il résulte du libellé de cette disposition qu'il n'existe aucune obligation pour le médecin conseil de l'Office des étrangers d'examiner personnellement le demandeur ni d'entrer en contact avec le médecin traitant de ce dernier ni de consulter des experts avant de rendre son avis. Dès lors, l'affirmation de la partie requérante selon laquelle la jurisprudence du Conseil de céans « repose [...] sur une interprétation erronée [...] du Code de déontologie », ne peut être suivie. Partant, la violation, alléguée, des articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, n'est pas démontrée en l'espèce.

S'agissant de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne, dans l'arrêt Abdida du 18 décembre 2014 (affaire C- 562/13), invoquée, le Conseil observe qu'elle porte sur la question de l'effet suspensif d'un recours exercé contre une décision, ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie de quitter le territoire d'un État membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé, et la prise en charge des besoins de base dudit ressortissant. Le Conseil observe, dès lors, que la partie requérante n'établit la pertinence de la référence à cette jurisprudence dans son argumentation.

3.2.1. S'agissant toujours du premier acte attaqué, sur les deuxième et troisième moyens, réunis, le Conseil rappelle que l'article 9ter, §3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une demande d'autorisation de séjour est déclarée irrecevable « *lorsque le fonctionnaire médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1er, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume.* ».

L'article 9ter, § 1, 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, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 (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 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, 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 du 15 décembre 1980, 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 ).

3.2.2. En l'espèce, il ressort de l'avis du fonctionnaire médecin, établi le 11 janvier 2016, sur lequel repose le premier acte attaqué, « *qu'il n'est manifestement pas question 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 elle séjourne (une maladie visée eu §1er alinéa 1er 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 dudit article.* », dès lors, notamment, qu' « *Il ressort que l'affection qui motivait la demande 9ter est un stress post-traumatique avec une névrose dépressive et affection bipolaire. Aucune de ces affections n'est démontrée par une symptomatologie spécifique élémentaire ni par un avis spécialisé. En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la patiente, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces événements. Il s'agit d'affirmations non étayées de la patiente. En outre, dans le livre intitulé « health, Migration and return », 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. La dépression n'est objectivée par aucun symptôme clinique ou par un test psychométrique, Il n'y a pas de suivi spécialisé démontré en psychiatrie. Le caractère de gravité n'est pas démontré par une hospitalisation préventive ou par toute autre mesure de protection. Il n'y a pas d'élément psychotique ou d'idées suicidaires ou tout autre événement aigu ou grave qui soit rapporté dans le dossier médical. Le traitement antidépresseur est prescrit depuis 6 mois. Or la durée moyenne d'une dépression traitée en médecine générale est de trois mois. On peut donc considérer que la dépression est guérie et que la requérante ne présente plus de pathologie active. Ce traitement peut donc être arrêté. [...] ».*

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif, et n'est pas utilement contestée par la partie requérante. Celle-ci ne rencontre, en effet, pas les constats, posés par le fonctionnaire médecin, selon lesquels les affections invoquées n'étaient pas objectivées, et le caractère de gravité n'était pas démontré. Elle se borne, uniquement, à prendre le contre-pied de l'avis susmentionné, invoquant l'existence d'un tel risque de traitement inhumain et dégradant, malgré les constats susmentionnés, opérés par le fonctionnaire médecin.

Quant à l'argumentaire de la partie requérante, relatif aux événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la requérante, et au le lien de causalité, allégué, entre la pathologie de la requérante et son pays d'origine, le Conseil observe que l'affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle « *il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces évènements. Il s'agit d'affirmations non étayées de la patiente. [...] »* se vérifie à l'examen du dossier administratif. Il n'aperçoit, en outre, aucune contradiction entre les documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour et l'avis susmentionné du fonctionnaire médecin, celui-ci indiquant uniquement, sans que cela ne soit valablement contesté, que les éléments invoqués ne sont pas établis. Partant, le grief fait à la partie défenderesse d'avoir violé, à cet égard, la foi due aux actes, manque en fait.

3.3.1. Sur le reste du troisième moyen, en sa première branche, le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à l'affirmation selon laquelle « le médecin conseil de la partie adverse ne conteste pas l'absence de disponibilité et d'accès aux soins de santé en

Ukraine et au Liban. », dès lors qu'en toute hypothèse, le fonctionnaire médecin, qui a pu conclure, pour les raisons susmentionnées, que l'affection invoquée ne présentait pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, n'avait, par voie de conséquence, pas à s'interroger sur la disponibilité et l'accessibilité des soins au pays d'origine.

Quant à la décision de Fedasil du 27 janvier 2015 et au certificat médical type du 23 décembre 2015, joints à la requête, force est de constater que ces éléments sont invoqués pour la première fois en termes de requête. Le Conseil rappelle que le fait d'apporter une pièce à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de pièces qui sont pour la première fois jointes à la requête est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits (cf. également en ce sens : CE 8 août 1997, n° 67.691 ; CCE 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'en égard aux termes de l'article 9 ter, §3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que la partie défenderesse pourrait déclarer irrecevable l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de la situation de la requérante, que la maladie invoquée n'est pas « *une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume* », et qu'elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'informations dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de la situation individuelle de celle-ci, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou, à tout le moins, avant la prise du premier acte attaqué. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération ces éléments en l'espèce.

Quant à la décision de Fedasil du 26 janvier 2016, force est de constater qu'elle est postérieure à la prise des actes attaqués et, partant, ne peut être prise en considération pour l'examen de la validité de ceux-ci.

3.3.2. Sur les deuxième et troisième branches du reste du troisième moyen, quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir rencontré la requérante, le Conseil observe que ledit médecin a donné un avis sur la situation médicale de celle-ci, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

Quant aux motifs de l'avis susmentionné selon lesquels « *dans le livre intitulé « health, migration and return* », *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. [...] », et « la durée moyenne d'une dépression traitée en médecine générale est de trois mois. On peut considérer que la dépression est guérie et que la requérante ne présente plus de pathologie active Ce traitement peut donc être arrêté. [...] », ils présentent un caractère surabondant, de sorte que les observations formulées à leurs sujets, respectivement dans les deuxième et troisième branches du troisième moyen, ne sont pas de nature à entraîner l'annulation du premier acte attaqué.*

3.4. Quant à la violation de l'article 3 de la CEDH, invoquée dans l'exposé du préjudice grave difficilement réparable, le Conseil rappelle que la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « *[l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « *[l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Unis, §§42-45).**

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises.

3.5. S'agissant du second acte attaqué, quant à la procédure d'asile, invoquée, il ressort de l'exposé des faits pertinents de la cause (point 1), que cet acte a été pris le 14 janvier 2016, soit antérieurement à l'introduction de la seconde demande d'asile de la requérante, laquelle a eu lieu le 1<sup>er</sup> février 2016. L'argumentation de la partie requérante n'est dès lors pas pertinente à l'égard de la violation de l'obligation de motivation, invoquée.

3.6. Il résulte de ce qui précède qu'aucun des moyens n'est fondé.

#### **4. Débats succincts.**

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

4.2. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

**Article unique.**

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

Mme N. RENIERS, présidente de chambre,

M. P. MUSONGELA LUMBILA, greffier assumé.

Le greffier,

La présidente,

P. MUSONGELA LUMBILA

N. RENIERS