



Arrêt

n°214 115 du 17 décembre 2018
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. GELEYN
Rue Berckmans, 104
1060 BRUXELLES

contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 février 2018, par X et X en leur nom personnel et au nom de leur enfant mineur, qui déclare être de nationalité arménienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 3 janvier 2018 et notifiée le 18 janvier 2018, ainsi que des ordres de quitter le territoire, pris et notifiés les mêmes jours.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 août 2018 convoquant les parties à l'audience du 11 septembre 2018.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. GELEYN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HYUBRECHT 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. Les requérants ont déclaré être arrivés en Belgique le 11 novembre 2008.

1.2. Ils ont ensuite introduit diverses demandes d'asile et demandes d'autorisation de séjour fondées sur l'article 9 *ter* ou l'article 9 *bis* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 23 janvier 2015, ils ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a fait l'objet de plusieurs décisions d'irrecevabilité, lesquelles ont été annulées par le Conseil de céans ou retirées.

1.4. Le 19 décembre 2017, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 3 janvier 2018, la partie défenderesse a pris à l'égard des requérants une nouvelle décision d'irrecevabilité de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

Article 9ter §3 - 4° 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 15/12/1980), 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 § 1er, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1^{er} 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 19.12.2017 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressée 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.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération ».

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre des requérants des décisions d'ordres de quitter le territoire. Ces décisions, qui constituent les deuxième et troisième actes attaqués, sont motivées comme suit :

- Pour la requérante :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

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'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».

- Pour le requérant :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

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'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation «

- des articles 10 et 11 de la Constitution ;
- de l'article suivant 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- du principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause ;
- du principe général de bonne administration, du devoir de minutie et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation dans le chef de l'administration ;
- du principe général de confiance légitime en l'administration ;
- du principe audi altera partem
- de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
- de l'article 41 de la Charte européenne des droits fondamentaux ».

2.2. Elle développe une première branche relative à la « Violation des articles 10 et 11 de la Constitution, Violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et violation du principe général de bonne administration (qui impose à l'administration un devoir de minutie) et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation, violation du principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause, violation du principe général de confiance légitime en l'administration, du principe audi altera partem ainsi que de l'article 41 de la Charte européenne des droits fondamentaux ».

2.3. Dans un premier temps, elle expose que « la décision litigieuse allègue que la demande 9ter n'est pas recevable car il ressort de l'avis médical du médecin de l'office des Etrangers du 19.12.2017 que manifestement Madame [A.] 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. [...] Le médecin conseil s'est référé aux documents versés au moment de l'introduction de la demande 9 ter du 23.01.2015 (annexes de la pièce 2), ainsi que des compléments envoyés le 04.02.2016 et le 27.10.2017 (annexes des pièces 3 et 4) pour prendre sa décision, en l'espèce : - Un certificat médical type (CMT) du 28.10.2014 du Dr [V.P.] - Un certificat médical type (CMT) du 23.12.2015 du Dr [V.P.] - Un certificat médical type (CMT) + annexe au point B du Dr [V.P.] du 26.01.2016 - Une attestation de la psychologue [K.K.] du 26.01.2016 – Une attestation de suivi au Carda non datée du 10.09.2013 au 02.12.2016 - Un certificat médical type (CMT) du 11.07.2017 du Dr [V.P.] daté du 11.07.2017 + annexe au point B - Un rapport d'évolution de la psychologue [K.K.] daté du 24.08.2017[.] Il avait été soulevé dans le précédent recours amenant au retrait de la décision d'irrecevabilité du 27.10.2017 (pièce 9) qu'il était étonnant de voir la partie adverse adopter une décision d'irrecevabilité de la demande 9ter des requérants le 27.10.2017 alors que le conseil des requérants avait fait suite aux arrêts d'annulation du Conseil du Contentieux des Etrangers et de la dernière décision de retrait de la décision d'irrecevabilité prise le 05.09.2017 et de l'ordre de quitter le territoire, en actualisant la situation médicale de Madame [A.] en envoyant par FAX de nouveaux documents et rapports médicaux en date du 27.10.2017 (pièce 4) - ainsi, date à laquelle la décision attaquée a été adoptée. Il avait été ainsi souligné dans la requête que ces nouveaux rapports et documents médicaux ont été portés à la connaissance de la partie adverse, la décision d'irrecevabilité de la demande 9ter ayant été adoptée ce même jour. Il avait été fait référence dans ce recours à une jurisprudence pertinente du Conseil d'Etat à cet égard, dans un arrêt du 29.03.2000 n°86.391, arrêt par lequel cette haute juridiction a pu décider que l'Office des Etrangers a violé les articles 62 de la loi du 15 décembre 1980 et 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, en prenant une mesure d'éloignement à l'égard du requérant alors que ce dernier avait introduit une demande de régularisation de séjour fondée sur l'article 9, alinéa 3, de la loi du 15.12.1980 en cette même date : [...] Il avait donc été soulevé qu'il y avait lieu de procéder par analogie concernant les requérants : l'Office des Etrangers ne pouvait adopter la décision attaquée et les ordres de quitter le territoire alors qu'il avait été procédé à l'actualisation du dossier médical de Madame [A.] le 27.10.2017

par FAX (comme le démontre l'accusé d'envoi de fax), et donc en méconnaissance de toutes les circonstances de la cause, sans violer les articles 9 ter et 62 de la loi du 15.12.1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Il avait également été rappelé que ces rapports et documents médicaux devaient être pris en considération en raison de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et du risque de traitements inhumains et dégradants en cas de retour dans le pays d'origine des requérants, au regard des nouveaux éléments apportés (voir infra). L'on ne peut que s'étonner de voir que la partie adverse a adopté exactement la même décision d'irrecevabilité le 03.01.2018, la motivation de cette dernière n'ayant pas changé d'un iota, sauf mention du fait que « l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers ». La seule distinction à noter en est que le médecin conseil de l'Office des Etrangers s'est borné à ajouter à la liste des documents envoyés dans le cadre de la demande 9ter, dans son nouvel avis médical du 19.12.2017 (pièce 1 quater), les nouveaux certificats médicaux et attestations envoyées par FAX par le conseil des parties requérantes le 27.10.2017 (annexes 1 à 3 de l'actualisation des demandes 9 ter en pièce 4), sans pour autant souligner que la situation médicale de Madame [A.] s'était effectivement aggravée eu égard à ces nouveaux documents (voy. infra). Ainsi, la partie adverse a manqué à son obligation de motivation en vertu de l'article 62 de la loi du 15.12.1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, en ce que les requérants ne peuvent comprendre pourquoi la motivation de cette nouvelle décision d'irrecevabilité est exactement identique à celle du 27.10.2017, alors que l'avis du médecin conseil fait référence aux nouveaux éléments et documents médicaux portés à sa connaissance par l'actualisation de la demande du 27.10.2017, mais sans pour autant souligner que ces éléments démontrent une aggravation certaine de la situation médicale de Madame [A.] alors que cela avait été spécifiquement souligné dans le recours sollicitant l'annulation et la suspension de la décision d'irrecevabilité de la demande 9ter du 27.10.2017 (pièce 9) [...]. Ces nouveaux documents et rapports médicaux sont les suivants (annexes 1 à 3 de l'actualisation des demandes 9 ter en pièce 4): - Certificat médical type du Dr [V.P.] du 11.07.2017 + annexe au point B - Rapport d'évaluation psychologique de Madame [K.K.], 24.08.2017 - Attestation de prise en charge de Madame [A.] par le centre CARDA Il aurait été fondamental de prendre ces documents en considération dans la mesure où ces derniers démontrent de l'aggravation de la situation médicale de Madame [A.]. En effet, si l'on compare les documents médicaux les plus récents - ceux de l'actualisation de février 2016 et ceux de l'actualisation d'octobre 2017, l'on remarque notamment que Madame [A.] a vu son traitement médicamenteux changer. En 2014, le traitement de Madame [A.] consistait en du (annexe 2 de la pièce 2) : [...] Zyprexa [...] Xanax [...] Trazolan [...] Laromet En 2015, le traitement de Madame [A.] consistait en du (annexe 3d de la pièce 3) : [...] Pantomed [...] Depakine chrono [...] Abilify [...] Dominal [...] Loramet En 2016, le traitement de Madame [A.] consistait en du (annexe 3b de la pièce 3) : [...] Zyprexa [...] Abilify [...] Xanax [...] Loramet En 2017, le traitement de Madame [A.] consistait en du (annexe 1 de la pièce 4) : [...] Ability [...] Xanax [...] Dominal [...] Trazolan [...] Risperdal Le médecin conseil de la partie adverse souligne d'ailleurs dans son avis médical du 19.12.2017 (pièce 1 quater) que « le traitement se compose de Zyprexa, abilify, xanax, dominal et trazolan », ce qui démontre que la partie adverse avait bien pris connaissance du fait que le traitement médicamenteux avait changé, sans pour autant que cela ait été pris en considération. En 2018, le traitement de Madame [A.] consiste en du (pièce 11): [...] Zyprexa [...] Abilify [...] Xanax [...] Loramed [...] Dominal [...] Dipiperon Ce nouveau rapport médical de janvier 2018 (pièce 11) doit être pris en considération en raison de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et du risque de traitements inhumains et dégradants en cas de retour dans le pays d'origine des requérants, au regard des nouveaux éléments apportés. Madame [A.] est dès lors désormais également traitée avec du Dipiperon, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le Dipiperon est un antipsychotique. Il est défini comme étant un traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité au cours des états psychotiques aigus et chroniques (schizophrénies, délires chroniques non schizophréniques, délires paranoïaques, psychoses hallucinatoires chroniques). Le médecin de Madame [A.] a ainsi considéré qu'un nouveau médicament antipsychotique était nécessaire, en plus des autres médicaments prescrits pendant plusieurs années. L'on remarque qu'une adaptation des traitements médicamenteux a lieu très régulièrement. Quant au suivi psychologique de Madame [A.], l'on ne peut que souligner l'évolution des rapports de Madame [K.K.] depuis 2009. En effet, si elle pouvait souligner en 2009 à l'égard de Madame [A.] que cette dernière avait du mal à communiquer, et qu'elle souffrait d'un syndrome dépressif sévère dont les principales manifestations étaient une perturbation du sommeil, une diminution de l'appétit et des symptômes d'automatisme mental comprenant des phénomènes hallucinatoires associé à l'apragmatisme, mutisme, et épisodes d'agitation auto-agressive (annexe 5 de la demande 9ter de 2009 en pièce 5), l'on peut voir que les rapports psychologiques de 2016 et particulièrement de 2017 attestent d'une aggravation de la situation psychologique de la requérante. Dans son rapport psychologique du 24.08.2017 (annexe 2 de la pièce 4), Madame [K.K.] souligne que « L'état de Madame se dégrade, son

état mutique est chronique sans évolution au contraire, nous constatons une dégradation considérable de son état psychique vers un état mélancolique », et conclut en indiquant que « L'avenir de leur fille [A.] serait fortement compromis en Arménie elle subirait un rejet de la société en général, encore très traditionnelle aujourd'hui, d'autant dans une société de plus en plus rigide envers les « malades psychiatriques ». Elle risque une décompensation psychique, avec risque suicidaire si elle est bannie. Nous avons proposé la poursuite du soutien psychologique, en complément au traitement psychiatrique. L'interruption dans le traitement risque d'entraîner une rechute et une dégradation d'état de santé mentale de Madame ». Ces deux mentions qui attestent de l'aggravation de la condition psychiatrique de la requérante et du risque suicidaire existant ne figurait pas dans le rapport psychologique du 26.01.2016 (annexe 3 a de la pièce 3). Ainsi, dans la mesure où il a été démontré de la plus-value des documents complémentaires envoyés en date du 27.10.2017, que la partie adverse avait connaissance de cette aggravation car ils figurent dans l'avis médical du médecin conseil du 19.12.2017 et car cela avait été longuement développé en terme de recours (pièce), la partie adverse a violé les articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 en ne prenant pas en considération les nouveaux éléments envoyés le 27.10.2017, à l'appui des différentes demandes de régularisation introduites sur base de l'article 9ter, dont celle du 23.01.2015 ».

2.4. Dans un deuxième temps, elle argumente que « la décision d'irrecevabilité déclare que la maladie dont souffre Madame [A.] ne répond manifestement pas à une maladie visée au §1er, alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980. [...] Pour rappel, les requérants avaient introduit une première demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter le 11.05.2009, qui avait été déclarée recevable mais non-fondée par une décision du 18.04.2011 en raison du constat du médecin-conseil de l'Office des étrangers de la disponibilité et de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine des requérants (pièce 6). Lors de l'introduction de la demande 9 ter du 23.01.2015, l'Office des étrangers a été saisi d'une demande 9ter basée notamment sur la même maladie dont Madame [A.] souffre que celle pour laquelle une demande 9ter en 2009 avait été introduite, mais qui s'est fortement aggravée avec le temps. Il s'agit ainsi de situations comparables, menant à constater l'illégalité de la décision attaquée qui invoque l'irrecevabilité de la demande 9 ter du 23.01.2015 alors que la demande 9 ter du 11.05.2009 avait été jugée par la partie adverse comme étant recevable mais non-fondée. En traitant deux situations comparables de manière différente, la partie adverse a violé le prescrit des articles 10 et 11 de la Constitution. La décision de non-fondement du 18.04.2011 de la demande 9ter du 11.05.2009 n'était donc pas justifiée par le fait que le degré de gravité de la pathologie dont souffre la requérante ne correspondrait pas aux maladies visées par l'article 9ter, §1er, al.1 de la loi du 15 décembre 1980. Votre Conseil l'a ainsi rappelé dans son arrêt n°159.784 du 13.01.2016, ayant annulé la décision du 07.04.2014 relative à la même demande : « En l'espèce, le Conseil relève que si la première demande, visée au point 1.2. du présent arrêt, a été rejetée par une décision du 18 avril 2011, laquelle a été confirmée par l'arrêt du Conseil n° 98.011 du février 2013, la partie défenderesse n'avait pas, dans cette décision, remis en cause la gravité de la pathologie dont souffre la partie requérante mais avait notamment décidé que 'le médecin de l'office des étrangers conclut que d'un point de vue médical, les pathologies invoquées, bien qu'elles puissent être considérées comme entraînant un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique des intéressés en l'absence de traitement adéquat, ne constituent pas un risque réel de traitement inhumain et/ou dégradant vu que les soins et suivi nécessaires sont disponibles au pays d'origine ». La motivation de la décision attaquée ne permet pas de comprendre pour quels motifs, alors que la pathologie avait été considérée en 2011 comme étant une pathologie visée par le §1, alinéa 1 de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, elle ne rencontrerait à présent plus de degré de gravité requis. Les rapports médicaux déposés lors de la demande 9 ter de 2015, et les compléments joints au dossier en 2016 et 2017, et ses différentes hospitalisations démontrent en outre d'une aggravation de la situation médicale de Madame [A.] depuis 2009, 2015 et 2016, comme nous avons pu le démontrer supra. [...] Madame [A.] été hospitalisée au centre CARDa (annexe 3 de la pièce 4) et en psychiatrie au CHR de Namur. En effet, l'attestation de la psychologue [K.K.] datée du 26.01.2016 (annexe 3a de la pièce 3) indique que « Depuis deux ans, Madame [A.] est hospitalisée à « Carda » suite à une décompensation psychotique. Au mois d'octobre 2015 Madame a été hospitalisée en psychiatrie au CHR de Namur ». Tant le Certificat Médical Type établi par le Dr [V.P.] en date du 26.01.2016 (annexe 3b de la pièce 3) que le Certificat Médical Type établi par le Dr [P.] le 23.12.2015 (annexe 3d) font également explicitement référence à l'hospitalisation en psychiatrie de la requérante au CHR Namur. Il est dès lors assez choquant de voir le médecin conseil de la partie défenderesse [...] indiquer dans son avis médical du 19.12.2017 que « L'état psychologique évoqué de la concernée n'est ni confirmé par des mesures de protection (hospitalisation forcée), ni par des examens probants (tests psychométriques). L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë (aucune hospitalisation sous la contrainte ou en urgence - Carda n'est, par ailleurs, pas un hôpital) ». Aux termes de l'annexe 3 de l'actualisation des demandes 9ter en pièce 4, le Centre Carda a attesté que Madame [A.] avait été

suivi[e] dans leur structure du 10.09.2013 au 02.12.2016. Ce centre est un Centre d'Accueil Rapproché pour Demandeurs d'Asile en souffrance mentale qui propose à ceux-ci un encadrement psychologique. Le centre CARDA offre une prise en charge novatrice et originale des demandeurs d'asile en souffrance mentale pour lesquels une aide ponctuelle et ambulatoire s'avère insuffisante. En 2015, le suivi par Carda n'a pas été suffisant, et Madame [A.] a dû être hospitalisée en psychiatrie. Il ressort ainsi des documents médicaux envoyés à titre d'actualisation en 2016 et 2017 des diverses demandes 9 ter que la situation médicale de Madame [A.] s'était fortement dégradée depuis 2009. Cette situation ne fait que s'aggraver en raison de la situation administrative des parties requérantes et des différentes décisions d'irrecevabilité suivies par un retrait dès l'introduction d'un recours. En effet, dans un nouveau certificat médical de 2018 du Dr [V.D.P.] (pièce 11), devant être pris en considération en raison de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et du risque de traitements inhumains et dégradants en cas de retour dans le pays d'origine des requérants, au regard des nouveaux éléments apportés, indique qu'une hospitalisation doit être programmée en urgence en psychiatrie (CHR Namur). Il n'était pas question d'hospitalisation lors de l'introduction de la demande 9ter en 2009 et Madame [A.] a été hospitalisée pour de longues périodes par la suite, une nouvelle hospitalisation devant être programmée en urgence. Cela est à même de démontrer l'aggravation et la détérioration de son état de santé, une hospitalisation devant valablement être considérée comme étant un élément déterminant démontrant de l'aggravation d'une pathologie. [...] En ce qui concerne la motivation formelle des actes administratifs, « le respect de cette exigence doit s'apprécier au regard du principal objectif poursuivi par la loi de 1991, à savoir permettre au destinataire d'un acte administratif de comprendre les raisons de fait et de droit qui ont conduit l'administration à adopter l'acte en question et, par voie de conséquence, lui permettre de mieux apprécier la légalité et la pertinence de cette décision et donc aussi l'opportunité de le contester en justice » (P. GOFFAUX, Dictionnaire élémentaire de droit administratif, Bruylant, Bruxelles, 2006, p. 163). La décision, en ce qu'elle ne permet pas aux requérants de comprendre en quoi les éléments invoqués à l'appui de la demande de séjour du 23.01.2015 ne permettent pas de considérer que la pathologie de Madame [A.] est une maladie visée à l'article 9ter, §1er, contrairement à la demande 9ter introduite en 2009 qui avait été déclarée recevable et non-fondée, et alors que ces éléments invoqués dans la dernière demande 9ter répondent à des éléments soulevés dans la décision de non-fondement au 18.04.2011 et que ces éléments démontrent d'une aggravation de sa situation médicale, ne peut être considérée comme adéquatement motivée (voy. à cet égard C.C.E, Arrêt n° 159 784 du 13.01.2016, point 4.2.). Partant, la partie adverse a violé les articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 en ne prenant pas en considération les nouveaux éléments invoqués à l'appui de la demande de régularisation introduite le 23.01.2015. La motivation de la décision n'est par conséquent pas adéquate ».

2.5. Dans un troisième temps, elle fait valoir que « dans son avis du 19.12.2017, le médecin-conseil de l'Office des Etrangers indique que Madame [A.] ne souffre pas 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 (une maladie visée au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980). Pour arriver à un tel constat, le médecin-conseil indique que les différentes pièces médicales ne mettent pas en évidence : - « De menace directe pour la vie de la concernée Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril. Aucune preuve d'atteinte organique. L'état psychologique évoqué de la concernée n'est ni confirmé par des mesures de protection (hospitalisation forcée), ni par des examens probants (tests psychométriques). L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë (aucune hospitalisation sous la contrainte ou en urgence - Carda n'est, par ailleurs, pas un hôpital). - Un état de santé critique Un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital de la concernée. - Un stade très avancé de la maladie » ([...] Rappelons le texte de l'article 9 ter qui prévoit la possibilité d'obtenir une autorisation de séjour pour la personne « 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 ». Il n'est ainsi pas requis que la maladie entraîne un risque réel pour la vie de la personne, il suffit que la pathologie implique un risque pour l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. J.-Y. CARLIER et S.SAROLEA rappellent que l'assemblée générale du Conseil du Contentieux des Etrangers a considéré, dans 5 arrêts, que l'article 9ter offre une plus grande protection que celle de l'article CEDH : « elle juge qu'il découle du texte même de l'article 9ter « 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 donc peut en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain ou 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 provoquée est toutefois requis ». L'assemblée générale clarifie donc la question : l'Office des étrangers ne peut pas se limiter, dans les décisions d'irrecevabilité et de rejet au fond, à déterminer si la maladie de l'étranger a atteint un stade critique, de telle sorte que le risque vital est imminent et que l'étranger n'est pas apte à voyager. Comme l'écrit Luc Leboeuf, « [l']article 9ter ne protège pas exclusivement l'étranger sur son lit de mort. Il protège également l'étranger qui, sans soins adéquats, serait condamné à plus ou moins brève échéance » (Newsletter EDEM, février 2015, p. 17) ». Votre Conseil a confirmé sa jurisprudence dans plusieurs arrêts, dont notamment les arrêts du 24 février 2015, n°139.248, du 30 avril 2015, n°144.530, du 30 avril 2015, n°144.535 et 29 mai 2015, n°146.659. Dans un arrêt extrêmement récent du 28.09.2017 n°192.780, arrêt prononçant l'annulation d'une décision d'irrecevabilité d'une demande 9ter, Votre Conseil a pu rappeler sa jurisprudence selon laquelle : [...] Dans cette affaire, Votre Conseil a pu décider que le médecin conseil de la partie défenderesse ne se positionne pas expressément sur le risque de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour dans le pays d'origine, mais est plutôt posé de manière péremptoire comme une simple conséquence de l'absence de risque vital. Par conséquent, il a été décidé que ce dernier constat posé par le médecin conseil n'est pas motivé à suffisance, de sorte que son avis médical ne répond pas aux exigences de motivation formelle des actes administratifs. Votre Conseil en conclut que « dans la mesure où cet avis est indissociablement lié à la décision d'irrecevabilité et en constitue le fondement indispensable et déterminant, la motivation de l'acte attaqué est insuffisante et inadéquate et la partie défenderesse méconnaît la portée de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 (...) Or, il résulte de ce qui précède que la formulation de l'avis du médecin fonctionnaire, rendu en l'espèce, ne permet pas de comprendre pour quelle(s) raison(s) il conclut à l'absence de risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine dans la mesure où cette conclusion se fonde sur une interprétation restrictive - et non valable - de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980. Il en est d'autant plus ainsi au vu des conséquences d'un arrêt du traitement sur la santé de la requérante, à savoir un risque d'AVC ainsi que des complications au niveau de la HTA. » (point 4.2.4). Il y a lieu de procéder à un raisonnement par analogie concernant Madame [A.]. En effet, le médecin conseil de la partie adverse, dans son avis du 19.12.2017, s'est borné à examiner s'il existait une menace directe pour la vie de la requérante, un état de santé critique ou un stade très avancé de la maladie, et donc si les paramètres vitaux sont engagés en cas de retour dans le pays d'origine des requérants. Le médecin conseil en conclut de manière péremptoire qu'il n'y a pas non plus de risque de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour en Arménie, à titre de conséquence de l'absence de risque vital. Cette motivation est manifestement insuffisante eu égard à la terminologie de l'article 9ter et à la jurisprudence de Votre Conseil en découlant. Cet avis médical est indissociablement lié à la décision d'irrecevabilité. Du fait que la motivation de cet avis est insuffisante et inadéquate, la motivation de l'acte attaqué est insuffisante et inadéquate également, et la portée de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980 est méconnue par la partie adverse. La partie adverse a, en raisonnant de la sorte, violé le prescrit des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 ».

2.6. Dans un quatrième temps, elle souligne que « la partie adverse aurait dû exiger que son médecin-conseil rencontre et examine Madame [A.] en raison de ses demandes successives de régularisation sur base de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980. [...] Dans un jugement du 30.06.2017 (RG n° 16/6964/A) (pièce 12), le Tribunal de première instance francophone de Bruxelles a estimé que l'Office des Etrangers a commis une faute en ne permettant pas que son médecin-conseil ausculte le patient et se consulte avec le spécialiste du patient s'il n'est pas d'accord avec eux. Le Tribunal estime notamment dans ce jugement que : [...] L'obligation d'entendre le demandeur avant de statuer sur ses demandes successives de régularisation pour raisons médicales doit être respectée ; [...] Le code de déontologie médicale impose aux médecins de voir et d'interroger personnellement le patient pour conclure lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic ; [...] Un avis sur le dossier médical d'un patient porte de manière inévitable et évidente sur ce patient, et pas seulement sur le dossier ; le dossier est un outil au service de l'acte médical et jamais de sa finalité ; cela signifie que la concertation avec le médecin-traitant est indispensable lorsque l'avis du médecin-fonctionnaire est en contradiction avec ce qu'a attesté le médecin-traitant ; [...] Quand un médecin-fonctionnaire n'est pas spécialisé » dans l'affection en question s'écarte de l'avis d'un spécialiste de cette affection, la concertation entre les deux médecins est impérative et si la divergence d'opinion persiste, l'avis d'un expert indépendant est indiqué. En l'espèce, l'avis médical du médecin conseil de la partie défenderesse du 19.12.2017 dispose que « En ce qui concerne les événements traumatiques 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 et qui n'ont d'ailleurs pas été retenues par le CGRA dans sa décision du 05.07.2012, ni dans ses décisions ultérieures. Dans ce dossier et les diverses demandes 9ter force est de constater que les allégations de traumatismes graves au pays d'origine ne sont pas étayées par des éléments objectifs prouvés et ne peuvent donc pas être retenues comme crédibles. Par conséquent, le premier critère diagnostic d'un trouble post traumatique n'est pas présent dans ce dossier sur base des éléments fournis dans les demandes 9ter. Il n'y a donc pas lieu de craindre un retour au pays d'origine ». Le psychiatre et la psychologue de Madame [A.] ne partagent pas ce constat. Les différents certificats médicaux types du Docteur [V.P.], tant du 28.10.2014 (annexe 2 de la demande 9ter de 2015), que du 26.01.2016 (annexe 2 du complément de 2016) que du 11.07.2017 (annexe 1 du deuxième complément) indiquent, à titre d'historique médical « Traumas graves dans son pays d'origine ». Il est également à chaque fois référence au fait que la psychothérapie de la requérante et la médication psychotrope sont indispensables dans le pays d'origine. Dans son nouveau certificat médical de janvier 2018, le Dr [V.D.P.] rappelle que la psychothérapie est indispensable dans le pays à l'origine des traumas (pièce 11) - ce certificat médical devant être pris en considération en vertu de l'article 3 de la Convention E.D.H. La psychologue de Madame [A.] indique quant à elle dans son attestation du 24.08.2017 (annexe 2 de la pièce 4), que « Madame est perdue, peu débrouillarde, n'a aucun avenir en Arménie où, vu ses faibles capacités d'autonomie et de socialisation, elle risque l'exclusion sociale et la marginalisation, sans parler du coût élevé des soins, inaccessibles pour une grande majorité de la population d'autant pour les personnes peu qualifiées et sans revenus, comme dans son cas. Si (Madame, son épouse [lire époux] et sa fille mineure) retournent dans leur pays, les conditions de vie difficiles (pas de revenus, stigmatisation) ils risqueraient d'aggraver leur état de santé, compte tenu de leur fragilité avec toutes les conséquences pour leur vie. L'avenir de leur fille [A.] serait fortement compromis en Arménie elle subirait un rejet de la société en général, encore très traditionnelle aujourd'hui, d'autant dans une société de plus en plus rigide envers les « malades psychiatriques ». Elle risque une décompensation psychique, avec risque suicidaire si elle est bannie. (...) L'interruption dans le traitement risque d'entraîner une rechute et une dégradation de l'état de santé mentale de Madame ». Ainsi, en ce que le médecin-conseil de la partie adverse n'a pas examiné Madame [A.], que rien ne permet de penser que ce médecin-fonctionnaire est psychiatre, qu'il est manifestement en désaccord avec le médecin spécialiste et la psychologue de la requérante, et qu'aucune concertation entre médecins n'a été organisée, le médecin-conseil ayant donné un avis médical sur la situation de Madame [A.] a violé son obligation de déontologie médicale et l'Etat belge a commis une faute, violant par conséquent l'article 9ter de la loi du 15.12.1980, mais également le principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause - n'ayant pas pris la peine de s'enquérir de l'aggravation de la situation médicale de Madame [A.], le principe général de bonne administration, du devoir de minutie et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation dans le chef de l'administration. [...] L'article 41 de la Charte européenne des droits fondamentaux prévoit le droit à une bonne administration, en ce compris le droit à être entendu. La partie adverse aurait dû, avant d'adopter une décision d'irrecevabilité de la nouvelle demande 9ter et les ordres de quitter le territoire, entendre les requérants sur la situation médicale de Madame [A.]. Le principe audi alteram partem suppose que la partie requérante soit entendue avant de prendre une décision « dont les conséquences sont susceptibles d'affecter gravement la situation ou les intérêts de leur destinataires » (C.E., arrêt Lindeberg, n°179.795 dd. 18 février 2008). Ce principe tend à un double objectif: « d'une part, permettre à l'autorité de statuer en pleine et entière reconnaissance de cause et, d'autre part, permettre à l'administré de faire valoir ses moyens compte tenu de la gravité de la mesure que ladite autorité s'apprête à prendre à son égard » (C.E., arrêt Pagnier, n°197.693 dd. 10 novembre 2009, C.E., 29 mai 1985, n°25.373) et fait partie intégrante du principe de bonne administration et d'équitable procédure (C.E. 5 février 1970, n° 13.99, Lamalle). L'importance du principe d'être entendu est également souligné par l'UNHCR, comme l'indique l'article du CBAR: [...] (<http://www.cbarbchv.be/Portals/0/Juridische%20informatie/Asiel/Analyses/FrausOmniaCorrumpit.pdf>). Votre Conseil s'est prononcé récemment sur le droit d'être entendu, dans un arrêt n° 178 501 du 28 novembre 2016, dans lequel il a été rappelé la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne : [...] Votre Conseil s'est également prononcé sur le droit d'être entendu dans une affaire enrôlée sous la référence 154.674 au cours de laquelle il a rappelé la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt 'M.M. contre Irlande' du 22 novembre 2012(C-277/11) : [...] Il a déjà aussi été jugé par le CCE, dans un arrêt n° 128 207 du 21/8/2014, que : [...] En l'espèce, la décision attaquée est une décision d'irrecevabilité de la nouvelle demande 9ter et deux ordres de quitter le territoire, pris unilatéralement par la partie adverse, après avoir pris et retiré de nombreuses décisions d'irrecevabilité, engendrant de plus grands troubles et angoisses chez les requérants, situation qui est tout à fait psychologiquement et humainement inacceptable. Il ne ressort nullement de la décision attaquée que, dans le cadre de la procédure ayant conduit à la prise de cette décision, les requérants ont pu faire valoir des éléments relatifs à sa situation personnelle dont la prise en compte aurait pu amener à ce que la procédure

administrative en cause aboutisse à un résultat différent. La décision refusant le séjour aux requérants et leur ordonnant de quitter le territoire constitue une décision affectant très défavorablement leurs intérêts, de sorte qu'il aurait fallu que la partie adverse leur donne la possibilité d'exposer la situation médicale de Madame [A.] qui constitue un obstacle ou un intérêt tellement important qu'ils se trouvent dans l'impossibilité de donner suite à ces ordres de quitter le territoire. Si les requérants avaient eu la possibilité de s'exprimer, la partie adverse aurait réalisé la gravité de sa condition médicale, audition après laquelle une décision différente aurait pu être adoptée. Partant, la partie adverse a violé le principe audi altera partem ainsi que l'article 41 de la Charte européenne des droits fondamentaux prévoyant le droit à une bonne administration en ce compris le droit à être entendu ».

2.7. Elle développe une seconde branche prise de la « violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et violation du principe général de bonne administration (qui impose à l'administration un devoir de minutie et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation et qui impose à l'administration de statuer sur tous les éléments de la cause) ».

2.8. Elle rappelle que « Madame [A.] souffre d'une psychose schizophrénique (F20) avec un retard mental moyen et d'un état dissociatif post-traumatique sévère avec troubles comportementaux, hallucinations +++ et évolution schizo paranoïde qui sont la conséquence d'un trauma dans son pays d'origine. Elle a été suivie dans ce cadre pendant plus de deux ans au sein du Centre « CARDA », situé à Yvoir. Elle a également été hospitalisée en psychiatrie au CHR de Namur en octobre 2015 et une nouvelle hospitalisation doit être programmée en urgence en psychiatrie (CHR-Namur) (pièce 11). Son traitement est composé de psychotropes. Les requérants ont déposé une série de certificats médicaux actualisés datés de 2015, 2016 et 2017 qui attestent de la gravité de la maladie de Madame [A.] (pièces 3a-3d et annexes à la pièce 4) - Avis psychologique du 26.01.2016 de [N.K.K.] (pièce 3a) - Certificat médical du 26.01.2016 du Docteur [V.D.P.] (pièce 3b) - Annexe au point B « degrés de gravité des affections » du Docteur [V.D.P.] (pièce 3c) - Certificat médical du 23.12.2015 du Docteur [P.] (pièce 3d) - Certificat médical type du Dr [V.P.] du 11.07.2017 + annexe au point B (annexes 1 et 1 bis à la pièce 4) - Rapport d'évaluation psychologique de Madame [K.K.], 24.08.2017 (annexe 2 à la pièce 4) - Attestation de prise en charge de Madame [A.] par le centre CARDA (annexes 3 à la pièce 4) Est également déposé dans le cadre de ce recours un nouveau certificat médical du 16.01.2018 du Dr [V.D.P.], qui doit être pris en considération en vertu de l'article 3 de la Convention E.D.H, en raison des nouveaux éléments mis en évidence (pièce 11). Traitement médicamenteux (nouveau traitement adapté en 2018 - pièce 11): [...] Zyplexa [...] Ability [...] Xanax [...] Loramet [...] Dominal [...] Dipiperon Suivi médical : Madame [A.] nécessite un suivi psychologique et psychiatrique indispensable, outre la continuité du traitement médicamenteux prescrit. Une hospitalisation doit être programmée en urgence en psychiatrie (CHR-Namur) (pièce 11). Durée du traitement : Les médecins indiquent que Madame [A.] a besoin d'une psychothérapie à durée indéterminée. Conséquences de l'arrêt du traitement : Les médecins indiquent qu'un arrêt du traitement aurait pour conséquence une psychose schizoparanoïde, des délires et le suicide de la requérante. Ils en concluent qu'une psychothérapie est impossible dans le pays d'origine de la requérante puisque là réside l'origine des traumatismes (annexe 3b et la pièce 3 ; annexe 1 de la pièce 4 ; pièce 11). Sa psychologue atteste quant à elle (pièce 3a) que « Madame est très perdue, peu débrouillard, n'a aucun avenir en Arménie où, vu ses faibles capacités d'autonomie et de socialisation, elle risque l'exclusion sociale et la marginalisation, sans parler du coût élevé des soins, inaccessibles pour une grande majorité de la population d'autant pour les personnes peu qualifiées et sans revenus, comme dans son cas. S'ils (Madame, son époux [sic] et sa fille mineure) retournent dans leur pays, les conditions de vie difficiles (pas de revenus, stigmatisation) y risqueraient d'aggraver leur état de santé, compte tenu de leur fragilité avec toutes les conséquences pour leur vie. Nous avons proposé la poursuite du soutien psychologique, en complément au traitement psychiatrique. L'interruption dans le traitement risque d'entraîner une rechute et une dégradation d'état de santé mentale de Madame ». La psychologie de la requérante indique dans une nouvelle attestation d'août 2017 que la requérante nourrit une tendance suicidaire, que l'état de Madame se dégrade, son état mutique est chronique sans évolution, au contraire, est à constater une dégradation considérable de son état psychique vers un état mélancolique (annexe 2 de la pièce 4). Rappelons que dans la décision de rejet de la première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 introduite le 11.06.2009, la partie défenderesse n'avait pas remis en cause la gravité de la pathologie dont souffre Madame [A.]. Cela a été réitéré par Votre Conseil dans son arrêt n°159 784 du 13.01.2016 ».

2.9. Relativement à la disponibilité des soins au pays d'origine, elle soutient que « les troubles dont souffre Madame [A.] sont en lien avec les persécutions qu'elle a subies au pays. Un retour précisément

dans ce pays aurait des conséquences également sur la santé de la requérante. Il ne semble donc pas possible d'emblée d'envisager un retour de la famille en Arménie. En outre, les traitements et soins en Arménie ne sont pas disponibles. [...] Les statistiques 2015 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) établissent qu'il y a en Arménie (World Health Organization 2015, World Health Statistics 2015, pp.116-117, disponible sur [http://www.who.int/gho/publications/world health statistics/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world%20health%20statistics/2015/en/) (consulté le 31.07.2017): Density of health workforce (per 10 000 population) Physicians 27 (contre 29.9 en Belgique) Nursing and midwifery personnel 48.3 (contre 167.6 en Belgique) Pharmaceutical personnel 0.5 (contre 25.6 en Belgique) Psychiatrists 0.6 (contre 2.0 en Belgique) Density of health infrastructure and technologies Hospitals (per 100 000 population) 4 Psychiatric beds (per 100 000 population) 50 Density of health infrastructure and technologies Computed tomography units (per million population) 3 Radiotherapy units (per million population) 1.3 L'absence de disponibilité de personnel médical est démontrée par l'Organisation mondiale de la santé. Il faut souligner que Madame [A.] nécessite un suivi régulier par un certain nombre de spécialistes, dont notamment un psychologue et un psychiatre. [...] Un rapport sur les soins de santé en Arménie, publié par l'Université de Genève en 2005 (S. Borowy, A. Gaille, « Immersion en communauté 2005 Arménie: Système de santé », Université de Genève, Faculté de médecine, disponible sur [http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/20042005/travaux/05 r armenie.pdf](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/20042005/travaux/05%20r%20armenie.pdf) (consulté le 31.07.2017)), établit: « Les conditions de travail dans les polycliniques et les hôpitaux sont souvent désastreuses: infrastructures inappropriées, manque considérable de matériel et de médicaments, salaires très bas, corruption» (p.31). Le même rapport poursuit: « La plupart des hôpitaux régionaux sont vétustés, les bâtiments sont détériorés et les équipements sont mal entretenus et dépassés. Dans les laboratoires, le matériel est suffisant pour effectuer les analyses de base mais, bien souvent, il manque les produits chimiques » (p.32). [...] Selon l'UNHCR dans un rapport de 2013 (UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), "Study of Birth Registration Procedure in the Republic of Armenia: Problems and Prospects for Overcoming Them - Report", 2013, disponible sur <http://www.refworld.org/cqibin/taxis/vtx/rwmain?page=search&docid=54617d4c4&skip=0&query=Study%20of%20Birth%20Registration%20Procedure%20in%20the%20Republic%20of> (consulté le 31.07.2017)): [...] (Trad. libre: « L'indisponibilité et l'inaccessibilité des institutions médicales dans les villages contribuent à l'absence d'enregistrement des naissances. Il y a habituellement une seule infirmière dans les communautés, qui peut ne pas être en mesure d'identifier efficacement les enfants non enregistrés, donc la naissance de l'enfant peut ne pas être enregistrée et personne ne va le savoir. Les risques sont élevés dans les régions où il n'y a aucun gynécologue consultant, aucun obstétricien et où les services de sages-femmes à domicile ne sont pas disponibles. En cas d'accouchement sans médecin, la responsabilité repose entièrement sur les parents, personne ne se préoccupe de l'enregistrement de la naissance jusqu'à ce que l'enfant attire l'attention des autorités en essayant de recevoir une assistance médicale, l'exercice du droit à l'éducation ou dans d'autres situations »).

2.10. Au sujet de l'accessibilité des soins au pays d'origine, elle développe que « Le rapport « 2016 Country Reports on Human Rights Practices - Armenia » du United States Department of State publié le 03.03.2017 (US Department of State, 2016 Country Reports on Human Rights Practices - Armenia, 03.03.2017, disponible sur <http://www.refworld.org/cqibin/taxis/vtx/rwmain?page=search&docid=58ec8a784&skip=0&query=health&coi=ARM&search=fulltext&sort=date> (consulté le 31.07.2017)) fait état des nombreux rapports médiatiques concernant la corruption systémique gouvernementale dans différents secteurs, dont celui de la santé. Ce rapport dénonce également la discrimination contre les personnes handicapées en Arménie. Ces derniers se voient discriminés dans tous les secteurs, dont celui d'accès aux soins de santé. Les femmes avec un handicap se voient confrontées à d'autant plus de discrimination, dont l'acceptation sociale, l'accès aux soins de santé, le secteur de l'emploi et l'éducation, et ce en raison de leur genre. [...] L'ONG Human Rights Watch a publié en juillet 2015 un rapport sur les soins palliatifs en Arménie, intitulé "All I Can Do is Cry" (Human Rights Watch, "All I Can Do is Cry" – Cancer and the Struggle for Palliative Care in Armenia, 14 July 2015, <http://www.refworld.org/docid/55adf58a4.html> consulté le 26.06.2017). On peut y lire: [...] Trad. libre: « Le financement inadéquat des soins de santé a augmenté la dépendance institutionnelle sur les paiements tant formels qu'informels par les patients. Les paiements formels comprennent les honoraires pour les services médicaux fixés par la loi; les paiements informels sont généralement les « gratifications » aux médecins, ainsi que les achats effectués par les patients eux-mêmes des médicaments qui ne sont pas subventionnés par l'Etat Les dépenses de santé privées constituent 48,3 pour cent du total des dépenses médicales, avec 84,6 pour cent payés de leur poche au point de service. Avec 35,8 pour cent des Arméniens vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2010, la pauvreté est un grand obstacle à l'accès aux soins de santé pour de nombreux Arméniens. En conséquence, les gens retardent souvent les consultations nécessaires ou ne font pas

usage des services médicaux en premier lieu »). [...] Dans un bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, rédigé par M. JOWETTE et E. DANIELYAN, intitulé « Is there a role for user charges ? Thoughts on health system reform in Armenia » (Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, M. JOWETTE et E. DANIELYAN, « Is there a role for user charges ? Thoughts on health system reform in Armenia », 19.04.2010, disponible sur <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-074765/en/>, (consulté le 31.07.2017), les deux auteurs font également état des paiements informels aux médecins et au personnel hospitalier qui représenteraient 40% de toutes les dépenses de santé et seraient pratiqués exclusivement dans les hôpitaux d'Etat. Cette publication souligne comme cause persistante du mauvais fonctionnement du système de santé les paiements informels, la sous-rémunération chronique des médecins et du personnel médical en Arménie, le sous-financement chronique de l'Etat pour les soins de santé (seulement 1,5% du PIB). Ainsi, le rapport met l'accent sur ce que ce système augmente une pauvreté déjà existante et seulement une petite portion de ceux qui ont besoin d'un traitement en cas de maladie ou d'accident recherche une aide médicale (moins d'un Arménien sur trois). Dès lors, le nombre de patients traités dans les hôpitaux étaient inférieurs de moitié à la moyenne européenne en comparaison avec l'Europe en 2007 (traduction libre) (voir la publication de l'OMS précitée). [...] Le rapport sur les soins de santé en Arménie, publié par l'Université de Genève en 2005 (S. Borowy, A. Gaille, « Immersion en communauté 2005 Arménie: Système de santé », Université de Genève, Faculté de médecine, disponible sur http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/20042005/travaux/0-5_r_armenie.pdf (consulté le 31.07.2017)), établit ce qu'il suit : - « Avant l'indépendance, une gamme complète des spécialités était proposée dans chaque hôpital, et des interventions sophistiquées étaient fréquemment pratiquées. La répartition des moyens et des ressources médicales était basée sur des normes géographiques et démographiques. Après la chute de l'Union soviétique, l'accès à tous les niveaux de prestations n'était plus garanti » (p.32). - « Un problème majeur dans le secteur des soins primaires5 concerne l'accès aux soins. En effet, pour la majeure partie de la population, il est impossible de payer les services des médecins, beaucoup trop chers. Dernièrement le gouvernement a rendu obligatoire d'afficher une liste des prix à l'entrée de chaque cabinet afin de limiter les abus. Mais ces prix restent bien souvent trop élevés et les dessous-de-table sont une pratique encore très répandue » (p.31). - « Après l'indépendance, les taux d'occupation sont tombés à 33,4% en 1999 alors qu'ils étaient de 65% en 1990 et de 70-80% dans les années 1980. Cette forte diminution s'explique par une population qui n'a pas les moyens financiers suffisants pour accéder aux soins, même les plus basiques ». [...] Enfin, un rapport du mois d'août 2011 de l'ONG OSAR confirme également le décalage qui existe entre les informations transmises par les autorités arméniennes sur l'état de son service de santé et les rapports et constats sur le terrain : dans les établissements de santé, les médicaments nécessaires et coûteux ne sont souvent pas disponibles et les patients doivent les acquérir à leurs propres frais ; la corruption serait largement répandue dans les soins de santé : les paiements « de la main à la main » constituant encore toujours 61% des dépenses de santé en Arménie ; les gens qui refusent ces « honoraires versés sous la table » doivent s'attendre à un plus mauvais traitement si jamais ils sont soignés » ; depuis ce constat, la situation dans le pays s'est à ce jour à peine améliorée ; enfin, il s'agirait d'un problème structurel et complexe et difficilement surmontable (traduction libre) (voir le rapport disponible sur le site www.osar.ch. Rapport sur l'Arménie du Docteur Tessa SAWIDIS, 11.08.2011, page 8). L'auteur de ce rapport propose de conclure dans le même sens que les deux auteurs de la publication OMS à savoir que la politique actuelle du gouvernement arménien fait espérer un généreux accès gratuit aux services qui ne fonctionnent pas et des paiements non officiels dans les hôpitaux restent la règle (voir les pages 8 et 9 du rapport OSAR précité) ».

2.11. A propos de la situation de la requérante, elle relève qu' « Autant d'éléments faisant état des nombreuses difficultés et lacunes du système de santé en place [...] portent directement atteinte à la disponibilité et surtout l'accessibilité des soins dont Madame [A.] a besoin en cas de retour en Arménie. Plus précisément, les requérants ont présenté la liste des médicaments pris par Madame [A.] à un professionnel de la santé en Arménie. Celui-ci a d'abord souligné que certains médicaments ne sont pas vendus en Arménie. Par ailleurs, il évalue la somme totale pour ces médicaments à 251.000 drams par mois, soit 458 euros. A cette somme, doit être ajouté le prix d'une consultation chez un psychologue qui s'élève à 18 euros (voy. annexe 3 de la demande d'autorisation de séjour en pièce 2). Si la famille [A.] a bien encore un proche en Arménie [A.S.N.], son salaire net est de 67.000 drams, soit inférieur au montant total devant être déboursé par la famille pour payer les médicaments requis. Par conséquent, sans certitude sur la disponibilité des soins dans un pays en proie encore à de grandes tensions, les requérants font état des grandes difficultés qui seraient rencontrées en termes d'accès aux soins. Compte tenu de la gravité des problèmes de santé rencontrés, qui sont pour le moins en lien avec leur pays d'origine et leur exil, il y aura lieu de constater que les requérants entrent dans le champ de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980, pour se voir délivrer une autorisation de séjour sur ce fondement. Un retour

au pays pourrait alors signifier une interruption du suivi et des traitements médicaux mis en place, avec les conséquences invoquées supra sur leur état de santé. Etant donné l'absence de traitement pour la maladie dont il souffre et l'inaccessibilité des soins de santé appropriés, Madame [A.] subirait un risque réel pour sa vie, pour son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour dans son pays d'origine ».

2.12. Elle développe une troisième branche prise de la violation de l'article 3 de la CEDH.

2.13. Elle expose que *« Comme rappelé supra, la précédente demande de séjour de la requérante de 2009 a été déclarée recevable et la pathologie invoquée comme « [pouvant] être considérées comme entraînant un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique des intéressés en l'absence de traitement adéquat ». En refusant de procéder à un nouvel examen de la situation de la requérante, en ayant notamment égard aux informations objectives fournies par celle-ci, la partie défenderesse n'a pas examiné avec la minutie suffisante la demande de séjour des requérants. S'agissant d'une pathologie rencontrant un certain degré de gravité, tel que cela ressort de la décision de la partie défenderesse du 18.04.2011, la partie défenderesse se devait de procéder avec soin à l'analyse de tous les éléments pertinents produits par la requérante, de nature à attester d'un risque pour la vie ou l'intégrité physique de celle-ci. Par conséquent, en ne procédant pas à un examen minutieux du risque pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, la partie défenderesse a porté atteinte à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ».*

3. Discussion

3.1. Sur la première branche du moyen unique pris, le Conseil rappelle que l'article 9 *ter*, § 3, 4°, de la Loi 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 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi prévoit quant à lui 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 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (cf. CE 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (CourEDH), 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 9 *ter* 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).

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 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 n° 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.

Dès lors, le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la CourEDH, un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

3.2. Le Conseil rappelle par ailleurs que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par les requérants. Elle n'implique que l'obligation d'informer les requérants 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 des intéressés.

Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre aux destinataires 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 qu'il est amené à effectuer, 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 sont soumis.

3.3. En l'espèce, le Conseil constate que la partie défenderesse s'est référée à l'avis de son médecin-conseil du 19 décembre 2017, lequel indique « *Il ressort que la requérante souffrirait d'un état dissociatif post-traumatique avec hallucinations et évolution schizoparanoïde. Le traitement se compose de zyprexa, abilify, xanax, dominal et trazolan.*

Les différentes pièces médicales ne mettent pas en évidence :

- *De menace directe pour la vie de la concernée.*

O Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril. Aucune preuve d'atteinte organique.

O L'état psychologique évoqué de la concernée n'est ni confirmé par des mesures de protection (hospitalisation forcée), ni par des examens probants (tests psychométriques). L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë (aucune hospitalisation sous la contrainte ou en urgence - Carda n'est par ailleurs pas un hôpital).

- *Un état de santé critique. Un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital de la concernée.*

- *Un stade très avancé de la maladie.*

En ce qui concerne les événements traumatiques 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 et qui n'ont d'ailleurs pas été retenues par le CGRA dans sa décision du 05.07.2012, ni dans ses décisions ultérieures. Dans ce dossier et les diverses demandes 9ter, force est de constater que les allégations de traumatismes graves au pays d'origine ne sont pas étayées par des éléments objectifs prouvés et ne peuvent donc pas être retenues comme crédibles. Par conséquent, le premier critère diagnostic d'un trouble post traumatique n'est pas présent dans ce dossier sur base des documents fournis dans les demandes 9ter. Il n'y a donc pas lieu de craindre un retour au pays d'origine. Dans ces conditions, il n'y a aucun risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant même en l'absence de traitement.

Par conséquent, je constate 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 au §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 ».

Le Conseil constate qu'il ressort de l'avis du médecin-conseil précité, que ce dernier a examiné si la maladie en question présente un risque réel pour la vie de la requérante mais a également examiné le fait de savoir si l'affection dont souffre la requérante pourrait entraîner un risque réel pour l'intégrité physique ou encore un risque réel d'un traitement inhumain ou dégradant. Il n'a donc pas en l'espèce limité la portée de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi au seul risque vital et à l'article 3 de la CEDH

tel qu'il est interprété par la CourEDH. Il apparaît également de l'avis qu'il n'a pas entendu conditionner l'examen du risque réel pour l'intégrité physique ou encore d'un traitement inhumain ou dégradant à la seule existence d'un risque réel pour sa vie mais les a donc examinés sur le même plan.

3.4. En termes de requête, la partie requérante reproche toutefois en substance à la partie défenderesse, laquelle s'est fondée sur l'avis de son médecin-conseil du 19 décembre 2017, de ne pas avoir motivé adéquatement quant à l'absence de gravité de la pathologie de la requérante. Elle lui reproche de ne pas avoir tenu compte de tous les éléments médicaux en sa possession et elle expose notamment que « Madame [A.] été hospitalisée au centre CARDA (annexe 3 de la pièce 4) et en psychiatrie au CHR de Namur. En effet, l'attestation de la psychologue [K.K.] datée du 26.01.2016 (annexe 3a de la pièce 3) indique que « Depuis deux ans, Madame [A.] est hospitalisée à « Carda » suite à une décompensation psychotique. Au mois d'octobre 2015 Madame a été hospitalisée en psychiatrie au CHR de Namur ». Tant le Certificat Médical Type établi par le Dr [V.P.] en date du 26.01.2016 (annexe 3b de la pièce 3) que le Certificat Médical Type établi par le Dr [P.] le 23.12.2015 (annexe 3d) font également explicitement référence à l'hospitalisation en psychiatrie de la requérante au CHR Namur. Il est dès lors assez choquant de voir le médecin conseil de la partie défenderesse [...] indiquer dans son avis médical du 19.12.2017 que « L'état psychologique évoqué de la concernée n'est ni confirmé par des mesures de protection (hospitalisation forcée), ni par des examens probants (tests psychométriques). L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë (aucune hospitalisation sous la contrainte ou en urgence - Carda n'est, par ailleurs, pas un hôpital) ». Aux termes de l'annexe 3 de l'actualisation des demandes 9^{ter} en pièce 4, le Centre Carda a attesté que Madame [A.] avait été suivi[e] dans leur structure du 10.09.2013 au 02.12.2016. Ce centre est un Centre d'Accueil Rapproché pour Demandeurs d'Asile en souffrance mentale qui propose à ceux-ci un encadrement psychologique. Le centre CARDA offre une prise en charge novatrice et originale des demandeurs d'asile en souffrance mentale pour lesquels une aide ponctuelle et ambulatoire s'avère insuffisante. En 2015, le suivi par Carda n'a pas été suffisant, et Madame [A.] a dû être hospitalisée en psychiatrie. Il ressort ainsi des documents médicaux envoyés à titre d'actualisation en 2016 et 2017 des diverses demandes 9^{ter} que la situation médicale de Madame [A.] s'était fortement dégradée depuis 2009 ».

3.5. Le Conseil relève d'abord que si en indiquant « L'état psychologique évoqué de la concernée n'est ni confirmé par des mesures de protection (hospitalisation forcée), ni par des examens probants (tests psychométriques) », le médecin-conseil de la partie défenderesse a voulu remettre en cause la démonstration en tant que telle de l'affection psychologique de la requérante, le Conseil considère que cela ne peut suffire à faire fi des éléments portés à sa connaissance quant à l'état psychologique de la requérante et provenant de divers médecins spécialisés dans le domaine, à savoir les Docteurs [V.D.P] et [K.K.].

Quant à la mention selon laquelle « L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë (aucune hospitalisation sous la contrainte ou en urgence - Carda n'est par ailleurs pas un hôpital) », le Conseil n'est pas en accord avec celle-ci. A la lecture des documents médicaux fournis à l'appui de la demande, l'on observe en effet que la requérante a été suivie au centre Carda du 10 septembre 2013 au 2 décembre 2016 mais qu'elle a également dû être hospitalisée en psychiatrie au CHR de Namur en 2015. Ainsi, le Conseil ne perçoit dès lors pas clairement en quoi cette hospitalisation au CHR de Namur en tant que telle ne pourrait pas démontrer en soi une période grave ou aiguë qui tendrait à prouver, selon le médecin-conseil, la gravité de la maladie, ni pour quelle raison ce même médecin a exigé une hospitalisation sous la contrainte ou en urgence pour atteindre le degré de gravité requis.

Dès lors, en n'examinant pas correctement le degré de gravité de la pathologie de la requérante, il peut être estimé que le médecin précité n'a pas vérifié adéquatement si la maladie de la requérante n'était pas de nature à entraîner un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans son chef à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine. Ce faisant, le médecin conseil n'a pas exercé l'entière responsabilité du contrôle prévu par l'article 9^{ter} précité.

Le Conseil estime dès lors que la motivation de la première décision, fondée sur le rapport incomplet du médecin-conseil, est inadéquate au regard de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi et méconnaît par conséquent la portée de cette disposition.

A titre de précision, le Conseil relève que les informations du médecin-conseil de la partie défenderesse quant à l'origine du traumatisme de la requérante n'ont aucune incidence quant à ce.

3.6. En conséquence, la première branche du moyen unique, ainsi circonscrite, est fondée. Les ordres de quitter le territoire pris à l'encontre des requérants constituant les accessoires de la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée, il s'impose de les annuler également. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la première branche du moyen unique et les deuxième et troisième branches de ce même moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.7. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève que « *Le médecin conseil de la partie adverse avait pu relever dans son avis du 19 décembre 2017 que l'anamnèse de la requérante n'indiquait aucune période grave ou aigüe et partant, pas d'hospitalisation sous la contrainte ou en urgence, étant entendu que l'attestation de suivi au CARDA ne pouvait non plus valoir preuve d'une hospitalisation dès lors qu'il ne s'agissait pas d'un hôpital. La requérante tente de revenir sur cette appréciation, en faisant état d'hospitalisations, depuis 2009, pour de longues périodes et faisant état d'une hospitalisation programmée en urgence. De telles affirmations, non étayées par des pièces justificatives, doivent être lues en rappelant que la CARDA est un centre d'encadrement psychologique, n'ayant pas de structure psychiatrique et ne pouvant permettre une hospitalisation dans ses murs car n'étant pas un hôpital, l'attestation produite par la requérante concernant d'ailleurs uniquement un suivi* », ce qui ne peut énerver la teneur du présent arrêt.

Quant au développement selon lequel « *Quant à l'hospitalisation au CHRN en 2015, à laquelle faisait référence la psychologue de la requérante, elle fut également prise en considération comme cela résulte de l'historique figurant dans l'avis médical, étant entendu que le médecin conseil de la partie adverse avait pu utiliser le conditionnel quant à ce, dès lors qu'aucun rapport d'hospitalisation n'avait été fourni par la requérante alors qu'il appartenait à cette dernière de corroborer son argumentaire dans le cadre du traitement de sa requête 9ter, cela d'autant plus qu'elle était à l'initiative de la procédure tendant à obtenir un droit au séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980* », le Conseil soutient qu'il s'agit d'une motivation *a posteriori* qui ne peut rétablir la motivation insuffisante de la première décision entreprise qui se réfère à l'avis de son médecin-conseil du 19 décembre 2017.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit 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. Les actes attaqués étant annulés, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 3 janvier 2018, est annulée.

Article 2.

Les ordres de quitter le territoire, pris le même jour, sont annulés.

Article 3.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDOY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE