



Arrêt

**n°113 122 du 30 octobre 2013
dans l'affaire X / III**

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté

LE PRÉSIDENT F. F. DE LA IIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 23 octobre 2012, par X, qui déclare être de nationalité angolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 ainsi que l'ordre de quitter le territoire pris, tous deux, à l'encontre de la partie requérante le 4 septembre 2012.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 avril 2013 convoquant les parties à l'audience du 16 mai 2013.

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

Entendu, en leurs observations, Me J. WOLSEY, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG loco Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 26 juin 2007.

1.2. Le lendemain, elle a introduit une demande d'asile qui s'est clôturée négativement par un arrêt n° 10.557 du 28 avril 2007 du Conseil de céans refusant de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire. Le 7 janvier 2008, un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile (annexe 13quinquies) a été pris à l'égard de la partie requérante.

1.3. Par courrier du 2 juillet 2008, la partie requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après, « la loi du 15 décembre 1980 »). Le 21 octobre 2008, la partie défenderesse a pris une décision déclarant ladite demande d'autorisation de séjour irrecevable pour défaut de preuve de son identité.

1.4. Le 25 novembre 2008, la partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 3 février 2009, la partie défenderesse a pris une décision déclarant ladite demande d'autorisation de séjour irrecevable. Cette décision a été annulée par un arrêt n° 42.762 du 30 avril 2010 du Conseil de céans. Le 21 décembre 2010, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande d'autorisation de séjour précitée irrecevable ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

1.5. Le 2 mars 2009, la partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse le 21 avril 2009. Le 5 juin 2009, la partie requérante a introduit un recours en suspension et annulation au Conseil de céans à l'encontre de cette décision, recours qui a donné lieu à un arrêt de rejet n°103.662 du 28 mai 2013.

1.6. Le 8 février 2011, la partie requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Par fax du 2 mars 2012 et du 14 juin 2012, la partie requérante a actualisé et complété sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 17 juin 2011, la partie défenderesse a pris une décision déclarant ladite demande d'autorisation de séjour recevable.

1.7. Le 4 septembre 2012, la partie défenderesse a pris une décision déclarant ladite demande d'autorisation de séjour non fondée, décision notifiée à la partie requérante le 24 septembre 2012.

Il s'agit du premier acte attaqué, motivé comme suit :

« MOTIF :

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

Dans son avis médical remis le 20.07.2012, le médecin de l'O.E. indique que le dossier médical de la requérante ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n° 26565/05, N v. United Kingdom; CEDH 2 mai 1997, n° 30240/96, D. v. United Kingdom.)

Il ajoute : "Concernant le risque suicidaire mentionné, il existe, comme dans tout état dépressif même traité, une majoration de ce risque, mais il s'agit ici d'un bon pronostic puisqu'il n'y a pas d'antécédents personnels ou familiaux, pas de plan précis de passage à l'acte, pas d'hospitalisation préventive, pas de consommation de substance ou tout autre facteur de risque associé reconnu nous permettant de craindre la concrétisation de ce risque.

Concernant le caractère de gravité, il nous faut observer que nous ne possédons aucun test psychologique validé (échelle de Beck ou de Hamilton, même en version abrégée) susceptible d'évaluer son degré de gravité et son évolution. La prise en charge psychothérapeutique recommandée dans les guidelines est de 8 à 12 séances.

Elle devrait être terminée depuis longtemps. Le traitement antidépresseur n'a pas été modifié si ce n'est le remplacement d'un SSRI par un autre SSRI et l'ajout du paracétamol. Il dure depuis plus d'un an et d'autres alternatives, qui existent, n'ont pas été envisagées. Il n'y a pas eu d'hospitalisation. S'il persiste des séquelles de PTSD, elles ne peuvent donc pas avoir un caractère de gravité."

Dès lors, le médecin de l'O.E. constate qu'en le cas d'espèce, il ne s'agit pas d'une maladie telle que prévue au §1, alinéa 1^{er} de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 qui puisse entraîner l'octroi d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de l'article précité.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.,

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif du requérant ».

La première décision attaquée contient également des notes de bas de page qu'il n'est pas utile, au vu de ce qui suit, de reproduire ici.

1.8. Le 4 septembre 2012, la partie défenderesse a également délivré un ordre de quitter le territoire à la partie requérante (annexe 13).

Il s'agit du second acte attaqué, motivé comme suit :

« En vertu de l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 précitée :

Krachtens artikel 7, eerste lid van de wet van 15 december 1980:

1° il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

L'intéressée n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable.

1° hij in het Rijk verblijft zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten :

Betrokkene is niet in het bezit van een paspoort voorzien van een geldig visum ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « *la violation de l'article de l'article 3 (sic) de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des principes généraux de bonne administration, notamment de son principe de préparation avec soin d'une décision administrative, de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs, et de l'erreur manifeste d'appréciation* ».

2.2. Dans une première branche, après avoir rappelé le contenu de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante reproche à la partie défenderesse d'avoir « *limité son examen à l'existence d'un seuil élevé de gravité de la maladie représentant un risque vital ou le stade très avancé de la maladie, sans pousser son investigation plus loin au sujet notamment des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou encore de leur accessibilité* ». Elle estime que « *en reprenant entièrement à son compte l'évaluation lacunaire de son médecin conseiller* » dont l'avis ne devait pas porter « *uniquement sur la gravité de la maladie ou sur le risque vital que présente l'affection du patient* » mais devait « *également porter sur les possibilités de traitement dans le pays d'origine ou leur accessibilité* », « *la partie défenderesse est restée en défaut d'examiner une dimension essentielle de la demande de la requérante et a occulté une question décisive à l'appréciation du risque réel visé à l'article 1^{er} de l'article 9 ter de la loi précitée du 15 décembre 1980* ». Concernant les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme cités par la partie défenderesse, elle soutient que « *la Cour n'élude pas l'examen de la disponibilité des traitements et de leurs accessibilité dans le pays d'origine mais considère, au terme de cet examen, que la maladie dont question ne présente pas le seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH* ». Elle en conclut que l'acte attaqué viole l'article 3 de la CEDH et l'article 9 ter de la loi précitée du 15 décembre 1980. Elle ajoute qu'en ne se prononçant « *ni sur la disponibilité des traitements dans le pays d'origine ni sur leur accessibilité, la décision ne paraît en tout état de cause pas suffisamment motivée par rapport aux prescriptions de l'article 9 ter. Il n'est donc pas satisfait au devoir de motivation formelle des actes administratifs* ».

2.3. Dans une deuxième branche, la partie requérante s'exprime comme suit :

« La partie défenderesse reprend à son compte l'appréciation de son médecin conseiller selon laquelle l'affection de la requérante ne présenterait pas le seuil de gravité requis par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (CEDH) tel qu'interprété par la Cour dans plusieurs arrêts.

En l'espèce, les quatre certificats médicaux du Dr. [P.] des 7 février et 10 mai 2011 et des 28 février et 21 mai 2012 faisaient état d'un stress post-traumatique sévère, d'un état anxio-dépressif grave et d'une dépression majeure, avec un risque suicidaire avéré.

Dans son avis, le médecin conseiller de l'Office des Etrangers ne paraît pas contester que l'affection de la requérante, à partir du moment où son médecin traitant émet expressément l'hypothèse qu'elle mette fin à ses jours, puisse représenter un risque vital. Alors qu'il ne justifie d'aucune spécialité en la matière et qu'il n'a à aucun moment examiné personnellement la patiente (pièce 5), le médecin conseiller s'autorise toutefois à minimiser ce risque suicidaire. Il écrit que « il existe, comme dans tout état psychiatrique même traité, une majoration de ce risque » mais il s'abstient de citer ou verser au dossier administratif la moindre source scientifique à ce sujet de sorte qu'aucun crédit ne peut être apporté à son appréciation personnelle.

Quant à l'aveu de l'inexistence de tests psychologiques validés susceptibles d'évaluer le degré de gravité de la maladie mentale et son évolution, il est le signe de l'impuissance du médecin conseiller de l'Office des Etrangers à démentir l'appréciation du Dr. [P.] quant à l'extrême sévérité de la pathologie de la requérante. Piqué au vif, le Dr. [P.] a estimé devoir préciser à cet égard qu'il n'est pas nécessaire pour un praticien spécialisé et expérimenté de pratiquer des tests (tels que le test de l'échelle Beck cité par le médecin conseiller de l'Office des Etrangers) pour attester la sévérité d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) (pièce 5). Si ce dernier avait estimé utile que soit pratiqué un tel test, le Dr. [P.] certifie, résultats à l'appui (pièce 6), que le score de sévérité au Beck aurait confirmé la sévérité de l'état de sa patiente.

L'autre référence scientifique à laquelle renvoie le médecin conseiller de l'Office des Etrangers, une publication australienne (!), ne permet nullement de soutenir, comme le fait hâtivement et non sans une certaine mauvaise foi le médecin conseiller de l'Office, que la prise en charge thérapeutique recommandée pour un PTSD est de 8 à 12 séances et qu'elle devrait être terminée à ce jour.

Sur la forme, il incombe de remarquer que cette étude ne figure pas au dossier administratif tel que communiqué au conseil de la requérante (pièce 4), procédé peu compatible avec les principes généraux de bonne administration et le devoir de motivation formelle, fut-elle par référence à un avis médical comme en l'espèce, des actes administratifs.

Sur le fond, la requérante s'en réfère intégralement à l'avis du Dr. [P.] : il écrit « en consultant cette référence, on s'aperçoit qu'elle ne permet pas de soutenir cette affirmation, au contraire. En effet, le médecin de l'OE omet de préciser qu'elle ne permet pas de soutenir cette affirmation, au contraire. En effet, le médecin de l'OE omet de préciser qu'elle est qualifiée par les auteurs australiens eux-mêmes comme relevant du grade D, soit selon leur code, me recommandation fragile parce que basée sur très peu de preuves scientifiques. En effet, comme c'est généralement le cas lorsqu'il s'agit de guides de bonnes pratiques, les auteurs australiens ont classé leurs recommandations suivant leur niveau d'évidence, selon une échelle allant de A (recommandation indiscutable) à D (recommandation dont les preuves sont les plus faibles). Selon eux, si on les lit honnêtement, il y a peu de preuves scientifiques que la prise en charge médicale recommandée pour un PTSD soit de 8 à 12 séances seulement. En revanche, ces mêmes auteurs s'accordent cette fois en consensus pour affirmer que pour les patients PTSD souffrant de différents problèmes survenus après de multiples événements traumatiques, ce qui est le cas de Madame [N.], ou ceux dont le PTSD est chronifié et associé avec un malaise significatif et une comorbidité, ce qui est également le cas de Madame [N.], des séances supplémentaires de traitement peuvent être requises. Le parti pris du médecin de l'OE est à nouveau à l'oeuvre lorsqu'il constate que des alternatives au traitement médicamenteux n'ont pas été envisagées. Cela est faux. Au contraire, Madame Nzongo est régulièrement traitée au Centre de santé mentale spécialisé Ulysse, où elle est suivie par une équipe pluridisciplinaire » (pièce 5).

En reprenant à son compte les conclusions trompeuses, sinon erronées et en tout état de cause dénuées d'objectivité de son médecin conseil, la motivation du premier acte attaqué n'est manifestement pas suffisante pour dissiper les craintes de la requérante et de son psychiatre d'une possible violation de l'article 3 de la CEDH en cas de retour en Angola. Il n'est donc pas satisfait au devoir de motivation formelle des actes administratifs.

Il est également patent que la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation en déniait à la pathologie de la requérante son caractère de gravité, pourtant dûment constaté et étayé par

le psychiatre de la requérante (voyez les certificats médicaux annexés à la demande ainsi que les pièces 3 et 5).

Ni la requérante ni le Conseil du Contentieux des Etrangers ne peuvent se satisfaire d'une évaluation si hypothétique, aléatoire ou subjective du degré de gravité de la maladie de la requérante, la partie défenderesse devant se livrer à un examen aussi rigoureux que possible des éléments indiquant l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la CEDH (Cour EDH, 21 janvier 2011, M.S.S. / Belgique et Grèce, §§ 293 et 388). Dans son arrêt *Singh et autres c. Belgique* du 2 octobre 2012 (§ 103), la Cour, après avoir rappelé que « compte tenu de l'importance qu'elle attache à l'article 3 et de la nature irréversible du dommage susceptible d'être causé en cas de réalisation du risque de mauvais traitement, il appartient aux autorités nationales de se montrer aussi rigoureuses que possible et de procéder à un examen attentif des griefs tirés de l'article 3 sans quoi les recours perdent de leur effectivité (M.S.S., précité, § 388, dd précité, § 121) », souligne que « Un tel examen doit permettre d'écartier tout doute, aussi légitime soit-il, quant au caractère mal-fondé d'une demande de protection et, ce, quelle que soit l'étendue des compétences de l'autorité chargée du contrôle » (la requérante souligne).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la requérante estime que les actes attaqués violent l'ensemble des dispositions visées au moyen et qu'il y a lieu par conséquent d'en ordonner l'annulation. »

3. Discussion

3.1. Sur la première branche du moyen unique, le Conseil rappelle que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 précise ce qui suit :

« § 1er. L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué.

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.

L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts.

(...) ».

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

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

Dans le cadre du contrôle de légalité 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.

3.2. En l'espèce, le Conseil relève que, selon les différents certificats déposés à l'appui de la demande et figurant au dossier administratif, la partie requérante allègue être « *rescapée de violence politique en Angola* » et souffre notamment d'un « *Etat de stress post-traumatique sévère envoi de chronification [sic]* » ainsi que de « *troubles du sommeil avec insomnies et cauchemars hallucinations diurnes* ». Le médecin de la partie requérante précise que la durée prévue du traitement médicamenteux qui comporte un soutien psychothérapeutique est indéterminée et ajoute qu'un éventuel arrêt du traitement entraînerait une « *Inhibition anxieuse* », une « *Désocialisation* », un « *Etat dépressif sévère* » ainsi qu'un « *Risque suicidaire* ». Il ajoute que « *le traitement consiste en un éloignement définitif des lieux et des personnes qui confrontent la patiente à son passé traumatique. Il est donc nécessaire que Mme [N.] soit rassurée quant à la prolongation de son autorisation de rester éloignée de l'Angola et quant au maintien des quelques relations sociales et affectives qu'elle a déjà pu établir en Belgique* ».

Dans sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante faisait valoir en s'appuyant sur le certificat médical de son psychiatre du 7 février 2011 que « *le contexte particulier de la maladie mentale doit être également pris en compte, puisque d'une part, le lien de confiance que la requérante a établi avec son psychiatre est garant de l'évolution de son traitement et, d'autre part, l'éloignement de son pays d'origine participe de sa possible guérison. Indépendamment des possibilités (quasi-inexistantes) de la prise en charge thérapeutique de ce type d'affection mentale en Angola, un retour dans ce pays paraît contre-indiqué compte tenu de la spécificité du stress post-traumatique* ». Dans le complément du 2 mars 2012 à sa demande d'autorisation de séjour, le conseil de la partie requérante a encore précisé que « *dans le cas d'espèce, il est permis de s'interroger sur la possibilité d'une prise en charge thérapeutique en Angola, pays où ma cliente a subi les traumatismes graves à l'origine de sa pathologie. Une telle prise en charge thérapeutique dans le pays d'origine paraît par définition aléatoire, sinon, impossible, pour une patiente qui présente un état de stress post-traumatique suite aux traumatismes subis au pays* ».

Par conséquent, le Conseil constate que la partie requérante a mentionné le fait qu'il était nécessaire de se prononcer sur les conséquences médicales d'un éventuel retour de la partie requérante dans son pays d'origine en y examinant les possibilités de traitement.

En l'espèce, le médecin conseil de la partie défenderesse n'a pas procédé à l'analyse de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis par l'état de santé de la partie requérante ni de la faisabilité d'un retour au pays d'origine. Ceci résulte implicitement (l'avis médical ne le précise pas expressément) du fait que la partie défenderesse s'estime dispensée de ce type de recherche lorsque « *le dossier médical [...] ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n° 26565/05, N v. United Kingdom; CEDH 2 mai 1997, n° 30240/96, D. v. United Kingdom.)* ». L'appréciation de la gravité est ainsi opérée par la partie défenderesse au regard du risque vital, le médecin n'évoquant à aucun moment dans son avis les notions de « *risque réel pour l'intégrité physique* » et de « *risque réel de traitement inhumain ou dégradant* », pourtant expressément visées dans l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. La référence faite à ces notions dans la loi mène à considérer que l'écartement, fondé ou non, du seul risque vital dans le chef de la partie requérante (et par conséquent de la gravité requise par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 selon la partie défenderesse), ne permettait pas de se dispenser *in casu* d'un examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis par l'état de santé de la partie requérante, soins dont la nécessité n'est nullement contestée par le médecin conseil (même si ce dernier évoque théoriquement des alternatives aux médicaments pris par la partie requérante, ce qui ne remet toutefois nullement en cause la nécessité d'un traitement).

Le Conseil estime dès lors que la motivation de la décision, fondée sur cet avis incomplet du médecin-conseil, est inadéquate et insuffisante au regard de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, et méconnaît par conséquent la portée de cette disposition.

3.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soutient d'une part, qu'il convient, pour se prononcer sur la gravité de la maladie au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, de se référer à l'enseignement de la Cour EDH en matière d'article 3 de la CEDH, et d'autre part, que ce n'est que « *si la maladie invoquée comporte un risque pour la vie ou l'intégrité physique [...] qu'il est procédé à un examen au fond de la demande et à la vérification de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements requis par l'état de santé de l'intéressé* » (note d'observations, p 6) .

L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations relativement à l'article 3 de la CEDH n'est pas de nature à énerver le raisonnement qui précède.

En effet, bien que la modification législative de l'article 9, alinéa 3, ancien, de la loi du 15 décembre 1980 ait permis, par l'adoption de l'article 9ter, la transposition de l'article 15 de la Directive 2004/83/CE du 29 avril 2004 concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale, et relatives au contenu de ces statuts, il n'en demeure pas moins que, en adoptant le libellé de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le Législateur a entendu astreindre la partie défenderesse à un contrôle des pathologies alléguées qui s'avère plus étendu que celui découlant de la jurisprudence invoquée par la partie défenderesse. Ainsi, plutôt que de se référer purement et simplement à l'article 3 de la CEDH pour délimiter le contrôle auquel la partie défenderesse est tenue, le Législateur a prévu diverses hypothèses spécifiques. La lecture du paragraphe 1er de l'article 9ter révèle en effet trois types de maladies qui doivent conduire à l'octroi d'un titre de séjour sur la base de cette disposition lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays de résidence, à savoir :

- celles qui entraînent un risque réel pour la vie ;
- celles qui entraînent un risque réel pour l'intégrité physique ;
- celles qui entraînent un risque réel de traitement inhumain ou dégradant.

Ensuite, si, pour se prononcer sur l'octroi d'une autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la question de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement requis ne peut s'envisager qu'à l'égard d'une maladie présentant un caractère de gravité, tel que stipulé par ledit article, cela ne signifie nullement que le traitement médical jugé nécessaire ne pourrait avoir d'incidence sur l'appréciation de ce caractère de gravité. Le Conseil observe qu'au demeurant, le libellé de l'article 9ter, §1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, selon lequel la maladie doit être « *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* », indique, de toute évidence, que le Législateur s'est fondé sur une interaction possible entre l'état de santé de la partie requérante et l'application du traitement requis.

3.4. Il résulte de ce qui précède que la première branche du moyen est fondée et il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen unique qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. La seconde décision attaquée - à savoir l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la partie requérante - constituant l'accessoire de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée qui lui a été notifiée à la même date (voir *supra*, point 1.), il s'impose de l'annuler également.

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 déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prise le 4 septembre 2012 et l'ordre de quitter le territoire subséquent, notifiés à la partie requérante le 24 septembre 2012, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente octobre deux mille treize par :

M. G. PINTIAUX,

Président F. F., juge au contentieux des étrangers

Mme A. P. PALERMO,

Greffier.

Le greffier,

Le président,

A. P. PALERMO

G. PINTIAUX