



## Arrêt

**n° 155 441 du 27 octobre 2015  
dans l'affaire X / III**

**En cause : 1. X**

**2. X**

**agissant en nom propre et en qualité de représentants légaux de :**

**X**

**Ayant élu domicile : X**

**contre :**

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

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III<sup>e</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 16 avril 2015, en leur nom personnel et au nom de leur enfant mineur, par X et X, qui déclarent être de nationalité serbe, tendant à la suspension et l'annulation de la « *décision de non-fondement de la demande 9ter* », prise le 16 mars 2015.

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 29 mai 2015 convoquant les parties à l'audience du 23 juin 2015.

Entendu, en son rapport, Mme M.-L. YA MUTWALE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me J. DIENI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me D. STEINIER *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 requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 21 juillet 2000.

1.2. Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 16 septembre 2004.

1.3. Le jour même, il a introduit une demande d'asile, laquelle a fait l'objet d'une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire prise le 25 octobre 2004 par la partie défenderesse.

1.4. Le 26 novembre 2004, le requérant s'est vu notifié un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

1.5. Le 1<sup>er</sup> mars 2005, le requérant a introduit une nouvelle demande d'asile, dans le cadre de laquelle il a déclaré être arrivé en Belgique le même jour. Le 20 octobre 2005, la partie défenderesse a pris à son égard une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire. Le 15 décembre 2005, le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides a pris à son égard une décision confirmative de refus de séjour.

1.6. Par courrier daté du 24 mars 2006 et réceptionné par la Ville de Charleroi le 28 mars 2006, le requérant a également introduit une demande d'autorisation au séjour sur base de l'ancien article 9, alinéa 3, de la Loi. Par courrier daté du 17 août 2006, il a demandé à la partie défenderesse d'inclure la requérante dans cette demande, qui a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse en date du 5 mars 2007.

1.7. Le 28 novembre 2006, la requérante a introduit une demande d'asile, laquelle s'est clôturée négativement par une décision confirmative de refus de séjour, prise le 16 avril 2007 par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides.

1.8. Les 5 mars 2007, 19 juin 2007 et 4 juillet 2007, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant des ordres de quitter le territoire avec décision de remise à la frontière et décision de privation de liberté à cette fin (formule A).

1.9. Par courrier recommandé du 14 octobre 2008, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi, qu'ils ont complétée par courrier daté du 22 mars 2010. Cette demande a été déclarée recevable par la partie défenderesse en date du 22 décembre 2008.

Le 6 mai 2011, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un avis quant à l'état de santé de la requérante. La partie défenderesse a pris une décision de rejet de cette demande le 13 mai 2011, assortie d'un ordre de quitter le territoire, qu'elle a retirés le 25 juillet 2011.

Le 15 décembre 2014, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis quant à l'état de santé de la requérante. Le 19 décembre 2014, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision rejetant la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi, qu'elle a retirée le 5 mars 2015.

1.10. Par courrier recommandé du 2 décembre 2009, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9<sup>bis</sup> de la Loi, que la partie défenderesse a rejetée en date du 3 mai 2012.

1.11. Par courrier recommandé réceptionné par la partie défenderesse le 20 juin 2011, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour en application de

l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse le 3 décembre 2014.

1.12. Par courrier daté du 8 juillet 2012 et réceptionné par la Ville de Liège le 12 juillet 2012, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9<sup>bis</sup> de la Loi, qu'elle a complétée le 4 février 2015. Cette demande a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse en date du 17 avril 2015.

1.13. En date du 16 mars 2015, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi visée au point 1.9. du présent arrêt, lui notifiée le 30 mars 2015.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

*« 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 la Serbie, pays d'origine de la requérante ou le Kosovo, pays de résidence de son époux.*

*Dans son avis médical remis le 12.03.2015, le médecin de l'O.E. indique en conclusion:*

*« Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que la personne intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique. D'après les informations médicales fournies, il apparaît que la maladie n'entraîne ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant même lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays ou dans le pays où il séjourne.*

*D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.*

*Par conséquent, je constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1<sup>er</sup> alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 9<sup>ter</sup> 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. »*

*Vu l'ensemble de ces éléments, il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne .*

*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.*

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

## **2. Recevabilité du recours en ce qu'il est introduit par le requérant**

Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève l'irrecevabilité du recours pour défaut d'intérêt en ce qu'il est introduit par le requérant en son nom personnel, dès lors que celui-ci n'est nullement le destinataire de l'acte attaqué.

Interrogée à cet égard à l'audience, la partie requérante a renvoyé la partie défenderesse à sa décision.

En l'occurrence, le Conseil observe que, contrairement à ce qui est soutenu en termes de note d'observations, le requérant est bien visé par la décision entreprise, de sorte que l'exception d'irrecevabilité soulevée par la partie défenderesse, doit être rejetée.

## **3. Exposé du moyen d'annulation**

La partie requérante prend un moyen unique de « *la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 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, ainsi que du principe général de bonne administration, de minutie et imposant à l'administration de prendre en considération tous les éléments de la cause* ».

Elle soutient que « *Affirmer qu'une pathologie telle que décrite dans le « CMT » ne constitue pas un risque réel pour la vi (sic.) ou l'intégrité physique de la partie requérante est constitutif d'erreur manifeste et méconnaît la notion de maladie visée par au §1er de l'article 9ter* » et se réfère à cet égard au site Internet <http://memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/origine-et-mecanismes.html>.

Elle expose que « *L'affirmation selon laquelle que (sic.) l'état de la maladie n'est pas critique est incompatible avec les certificats médicaux rédigés par un médecin spécialisé, ce qui n'est pas le cas du médecin adverse ; la partie adverse ne peut, sans violer l'article 9ter ni commettre d'erreur manifeste, se contenter d'un avis particulièrement lacunaire d'un généraliste qui ne contient aucune argumentation scientifique de nature à remettre en cause les arguments avancés par un spécialiste (Conseil d'Etat, arrêts n° 129.228 du 12 mars 2004, RDE 2004, p. 68 et n° 67.703 du 12 août 1997). De plus, le médecin adverse, en estimant que l'état psychologique évoqué du concerné n'est pas confirmé par des examens probants, nie cette qualité aux examens du médecin spécialiste qui suit régulièrement la requérante. Ses nombreux certificats médicaux confirment son état psychologique et font état d'un risque de suicide en cas d'arrêt de traitement. Or, si les examens d'un spécialiste psychiatre ne sont pas des examens probants, le requérant se demande ce qu'ils sont, et se demande à quels examens probants la partie adverse fait alors allusion. En estimant que l'état psychologique n'est pas confirmé par des mesures de protection et en estimant qu'il n'y avait aucun risque vital, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et a méconnu l'article 9ter de la loi de 1980. ».*

Elle reproche au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la requérante, « *alors même que les rapports dressés par son médecin font état d'un suivi à*

*long terme et en profondeur. Or, s'il l'avait examiné, il se serait rendu compte de la gravité de la maladie de la requérante ». Elle rappelle la portée du devoir de minutie et renvoie aux travaux préparatoires de l'article 9ter de la Loi, et aux arrêts n° 95/2008 du 26 juin 2008 et n° 193/2009 du 26 novembre 2009 de la Cour constitutionnelle.*

*Elle affirme, quant à ce, que « Dans la portée donnée par l'acte attaqué à l'article 9ter, un demandeur de protection subsidiaire sur base de cette disposition n'a pas à être examiné ni entendu, même une seule fois, alors qu'un demandeur de protection subsidiaire sur base de l'article 48/4 doit à tout le moins être entendu une fois par le CGRA (article 6 de l'arrêté royal du 11 juillet 2003 fixant la procédure devant le CGRA ainsi que son fonctionnement). L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 interprété comme n'obligeant pas l'Etat à faire examiner et entendre à tout le moins une fois le demandeur de protection subsidiaire qui invoque une maladie grave et dont la demande a été déclarée recevable, alors qu'une telle obligation lui est imposée pour les demandeurs de protection subsidiaire sur base de l'article 48/4 de la même loi, crée une différence de traitement entre ces deux catégories de demandeurs et méconnaît les articles 10 et 11 de la Constitution, lus seuls ou en combinaison avec les articles 3 CEDH et 4 de la directive 2004/83/CE, la différence de traitement selon le motif de la demande n'étant pas raisonnablement justifiée. ».*

*Elle se réfère également à l'arrêt, rendu dans l'affaire C-277/11 le 22 novembre 2012 par la Cour de justice de l'Union européenne, quant au droit à être entendu. Elle relève à cet égard qu'il « ressort de cet arrêt que l'absence d'examen du requérant de la part du fonctionnaire médecin viole l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui est d'application générale ».*

*Elle rappelle ensuite la portée de l'article 9ter de la Loi, à la lumière des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant introduit cette disposition dans la Loi. Elle fait valoir que « la partie requérant (sic.) souffre d'un stress post-traumatique engendrant un syndrome anxio-dépressif, dont les causes trouvent leur origine en Serbie. Un retour au pays d'origine pourrait entraîner une décompensation dépressive ou psychotique avec un risque potentiellement léthal. Cette situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande (C.C.E. n°54648 20 janvier 2011 ; C.C.E. n°48809 du 30 septembre 2010 ; n° 86.366 du 28 août 2012, Mugisha). Le médecin adverse, qui prétend que les causes du PTSD de la partie requérante ne sont pas identifiables, et que les événements décrits dans les certificats médicaux sont des affirmations non étayées du patient, commet une erreur manifeste d'appréciation, dans la mesure où ces causes ont été identifiées par un médecin spécialiste, ce qui n'est pas le cas du médecin adverse, médecin généraliste. ».*

*Elle critique la motivation de l'avis médical du 12 mars 2015 selon laquelle les chances de récupération d'un PTSD sont plus grandes dans l'environnement propre du pays d'origine et se réfère à cet égard à l'arrêt n° 101 794 du 26 avril 2013 du Conseil de ceans, dont elle reproduit un extrait.*

*Elle estime que « Le fonctionnaire médecin ne motive pas concrètement en quoi les chances de récupération d'un PTSD seraient plus grandes dans l'environnement propre du pays dans le cas d'espèce, alors même qu'il ressort des certificats médicaux d'un spécialiste qu'elle ne le serait absolument pas. Cette simple référence à un livre ne peut prévaloir sur l'avis du psychiatre qui a examiné le requérant (sic.), alors que le médecin adverse, qui n'est pas spécialiste, ne l'a même pas examiné (Conseil d'Etat, arrêts n° 129.228 du 12 mars 2004, RDE 2004, p. 68 et n° 67.703 du 12 août 1997 ; CCE, arrêts n°74.073 du 27 janvier 2012 et n°77.755 du 22 mars 2012). Le médecin adverse prétend, en se fondant sur cette unique référence à un livre, qu' «il n'y a aucune raison de craindre un risque de traitement inhumain ou dégradant ou pour l'intégrité physique, notamment en l'absence de traitement ». Dans la mesure où, tel que démontré supra, cette référence ne*

*peut suffire à motiver ce constat, la partie adverse n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni violer les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 CEDH, décider que le requérant (sic.), compte tenu son état de santé et du suivi particulier dont il a besoin, ne serait pas soumis à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour en Serbie ou au Kosovo, pays de résidence de son époux. Enfin, déduire qu'il n'existe aucun risque de traitement inhumain et dégradant ou pour l'intégrité physique du requérant (sic.) du fait qu'il n'y a pas eu de prise en charge médicale avant 2008 relève d'une pétition de principe. En effet, le requérant (sic.) a pu subir un traitement inhumain et dégradant en Belgique en attendant d'être pris en charge, et son PTSD a pu se développer en 2008. La partie adverse viole l'article 9ter §1er, alinéa 1er, de la loi du 15.12.1980. ».*

Elle fait par ailleurs grief à la partie défenderesse de ne pas avoir apprécié l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante, de sorte qu'elle a procédé à une analyse erronée du cas d'espèce. Elle soutient que la partie défenderesse n'a pas analysé la situation personnelle de la requérante violant ainsi son obligation de motivation formelle.

Elle reproche de surcroît à la partie défenderesse d'avoir analysé la demande d'autorisation de séjour de la requérante sur base de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après la CEDH) et se réfère à cet égard aux arrêts n° 135 035, 135 037, 135 038, 135 039 et 135 041, prononcés le 12 décembre 2014 par le Conseil de céans.

Elle considère, dès lors, que *« la décision ne repose pas sur des motifs pertinents et adéquats au vu des documents fournis par la partie requérante, au sens des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relatives (sic.) à la motivation formelle des actes administratifs puisqu'elle n'examine pas la situation particulière de la requérante laquelle nécessite des soins appropriés et non accessibles dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence de l'époux. Par conséquent, la partie adverse infligerait donc à la partie requérante, un traitement inhumain et dégradant en la renvoyant en Serbie ou au Kosovo (pays de résidence du mari); En effet, il est certain qu'un éventuel retour en Serbie ou au Kosovo aggraverait l'état de santé de la partie requérante. La partie adverse n'aborde même pas cette question et n'a effectué aucune recherche sur l'accès aux soins et la disponibilité de ceux-ci tant au Kosovo ou qu'en (sic.) Serbie. ».*

Elle renvoie à l'arrêt n° 93 203, rendu le 10 décembre 2012 par le Conseil de céans, dont elle reproduit un extrait, et indique que *« dans sa demande initiale, la partie requérante a clairement indiqué qu'un retour au pays d'origine (lieu du traumatisme initial) serait synonyme d'arrêt du traitement, ce qui aggraverait son état de santé. Plusieurs certificats et rapports annexés à la demande font état d'un risque avéré de suicide. La partie adverse n'a pas pris ces éléments en considération alors que la partie requérante a pris soin de le préciser ».*

#### **4. Discussion**

4.1.1. Sur le moyen unique, en ce que la partie requérante soulève que *« Le médecin adverse, qui prétend que les causes du PTSD de la partie requérante ne sont pas identifiables, et que les événements décrits dans les certificats médicaux sont des affirmations non étayées du patient, commet une erreur manifeste d'appréciation, dans la mesure où ces causes ont été identifiées par un médecin spécialiste »*, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 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 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après la Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la Loi implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

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

Le Conseil observe, dès lors, qu'il n'est pas permis de considérer que le seuil élevé fixé par la jurisprudence de la Cour EDH – à savoir que l'affection représente un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie – réduirait ou serait déterminant pour l'application de l'article 9ter dans son ensemble. Le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

4.1.2. 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 implique uniquement l'obligation d'informer ceux-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

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

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

4.2. En l'espèce, le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que, dans la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi, il est fait état, certificats médicaux à l'appui, de ce que la requérante souffrait « *d'un trouble dépressif majeur sévère suite à des maltraitances et tortures subies (sic.) par des membres de sa famille depuis son enfance* ». Le Conseil constate par ailleurs que dans le certificat médical circonstancié du 17 septembre 2008, le psychiatre de la requérante indique qu'il s'agit d'une « *patiente authentiquement dépressive, en grande souffrance morale, ayant vécu une histoire incroyable de maltraitance par sa propre famille* » et qu'un retour au pays d'origine lui serait certainement fatal, semblant ainsi faire un lien entre le pays d'origine de la requérante et la gravité de sa pathologie.

Le Conseil relève également qu'il ressort de l'avis psychologique du 17 mars 2010, que « *La dépression de Mme [M.] peut s'expliquer par le contexte de vie dans lequel elle a grandi, un contexte de vie fait de violence conjugale et de relative misère. Très attachée à sa mère, Mme [M.] continue à souffrir de la mort de celle-ci, décédée il y a plus de cinq ans. On peut dire que ce deuil difficile s'ajoute donc chez elle à un vécu dépressif plus général. Le travail psychothérapeutique en cours consiste justement à élaborer avec Mme [M.] la perte de sa mère ainsi que d'autres événements à forte charge traumatique qu'elle a vécus dans son enfance. Bien que lent, ce travail avance grâce à l'alliance thérapeutique solide qui a été mise en place avec la patiente. (...)* ».

4.3.1. Le Conseil observe ensuite que dans la décision attaquée, la partie défenderesse s'est référée à l'avis de son médecin conseil, établi le 12 mars 2015, sur la base des éléments médicaux produits par la requérante. Cet avis énonce les conclusions suivantes : « *Il s'agit d'une requérante, âgée de 32 ans, qui souffrirait d'un syndrome anxiodépressif chronique peut-être dans le cadre d'un stress post-traumatique.*

*Cependant, force est de constater qu'entre l'année où le présumé traumatisme aurait eu lieu et l'arrivée en Belgique en 2004, aucun traitement ni aucune complication grave ne sont rapportés. En réalité, la situation se déclenche surtout après le refus de sa régularisation dans le cadre de sa demande d'asile.*

(...)

*En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la patiente, il s'agit d'affirmations non étayées et il n'y a aucun élément dans le dossier permettant de les identifier.*

*En outre, dans le livre intitulé « *Health (sic.), Migration and Return* », il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger.*

(...)



*Dans le cas présent, il s'agit plutôt d'une manifestation dépressive chronique, qu'elle soit consécutive au PTSD ou endogène qui n'est pas susceptible d'être guérie, tant que la situation socioéconomique et les incertitudes au sujet de la régulation persistent.*

*Sur base des rapports médicaux, il semble que cette personne a une tendance à une dépression chronique, peut-être dans le cadre d'un PTSD. Je dis « peut-être » car ni le psychiatre ni n'importe quel médecin consulté en Belgique évoquant des éventuels événements subis dans le passé n'ont été témoin direct des prétendus événements. En réalité, au mieux, le médecin consulté ne peut que transcrire les dires de l'intéressée, sans certitude que ces événements aient réellement eu lieu. De même, des plaintes subjectives telles que cauchemars, irritation, insomnies, anxiété, tristesse, etc. sont difficilement ou pas objectivables. Rien ne nous permet de vérifier la pertinence de la pathologie vantée.*

*Si on part de l'hypothèse d'un PTSD, il est évidemment très important d'avoir des renseignements certifiés et vérifiables au sujet du traumatisme vécu (critère A dans le DSM V), sinon il est impossible de pouvoir apprécier la gravité de la situation réelle car c'est là justement, selon le DSM V, que réside l'élément le plus important permettant de fournir un diagnostic exact.*

*À défaut de preuve irréfutable de l'événement précis ayant représenté une menace directe pour la vie de la personne en question, il est impossible de pouvoir attester un PTSD selon les critères internationalement reconnus. En l'absence d'une telle information certifiée dans le dossier, nous ne pouvons accorder une crédibilité à la pathologie ou la gravité vantée.*

*Par ailleurs, sur base d'études internationalement validées, même s'il s'agit d'un PTSD, il est reconnu que les symptômes de celui-ci s'estompent graduellement avec le temps et l'évolution des symptômes cliniques est quasiment pareille même en dehors de tout traitement.*

*(...)*

*En outre, dans le dossier administratif nous joignons une étude qui a pour titre: "Health, migration and return (sic.) », Asser Press, par Peter J. VAN KRIEKEN. Celle-ci met en évidence les avantages qu'un traitement du vécu post-traumatique pourrait avoir mais à condition qu'il soit administré dans le pays d'origine.*

*Dès lors, sur base des éléments présentés, je ne peux admettre que la situation médicale représente un risque réel en cas de retour de la personne en question dans son pays d'origine.*

*Chez la personne intéressée, nous constatons surtout une grande frustration dans le cadre de la situation socioéconomique liée à l'incertitude de l'issu (sic.) de la demande de régularisation.*

*D'après les certificats apportés, les plaintes subjectives de la requérante restent invariables avec le temps, alors que s'il s'agissait d'un réel PTSD, les symptômes devraient s'amenuiser avec le temps.*

*Dans le cas précis, nous retenons surtout une certaine dysthymie avec des sentiments dysphoriques, et non pas une affection psychiatrique aiguë.*

*Les affections et les plaintes mentionnées ne présentent pas un danger vital et la problématique médicale ne présente pas de danger immédiat pour la vie ou l'intégrité physique de la personne intéressée.*

*En effet, le dossier médical ne fait aucune mention d'hospitalisation, ni de complication ni d'aggravation.*

*Par conséquent, un retour au pays d'origine n'implique aucune influence négative ou péjorative en ce qui concerne l'évolution de l'état de santé de la personne intéressée.*

*Même sans traitement, il n'y a pas de risque pour la vie ni pour l'intégrité physique ni de danger d'un traitement inhumain ou dégradant, d'autant plus que la personne intéressée n'a récemment pas été hospitalisée. Ces derniers temps, il n'y a pas eu de complication*

*aiguë. Tout au plus, la personne intéressée présente des sentiments négatifs (irritabilité, sommeil perturbé, céphalées,...) évoluant dans un mode chronique.*

### **III. Conclusion**

*Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.*

*D'après les informations médicales fournies, il apparaît que la maladie n'entraîne ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant même lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne. D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.*

*Par conséquent, je constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1<sup>e</sup> alinéa 1<sup>e</sup> de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article. ».*

Dès lors, le Conseil constate que dans l'avis susmentionné, le médecin conseil de la partie défenderesse tend à remettre en cause la réalité du syndrome post-traumatique allégué par la requérante, en ce qu'il énonce notamment que « *En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la patiente, il s'agit d'affirmations non étayées et il n'y a aucun élément dans le dossier permettant de les identifier. (...) Sur base des rapports médicaux, il semble que cette personne a une tendance à une dépression chronique, peut-être dans le cadre d'un PTSD. Je dis « peut-être » car ni le psychiatre ni n'importe quel médecin consulté en Belgique évoquant des éventuels événements subis dans le passé n'ont été témoin direct des prétendus événements. En réalité, au mieux, le médecin consulté ne peut que transcrire les dires de l'intéressée, sans certitude que ces événements aient réellement eu lieu. (...) À défaut de preuve irréfutable de l'événement précis ayant représenté une menace directe pour la vie de la personne en question, il est impossible de pouvoir attester un PTSD selon les critères internationalement reconnus. En l'absence d'une telle information certifiée dans le dossier, nous ne pouvons accorder une crédibilité à la pathologie ou la gravité vanté ».*

Or, le Conseil estime, à l'instar de la partie requérante, que les constats du médecin conseil sur ce point ne sont pas suffisants au vu des éléments invoqués par la requérante, dont il appert que le diagnostic selon lequel celle-ci souffre d'un syndrome post-traumatique, notamment en réaction aux sévices subis dans son enfance, résulte de constats concordants de psychiatres et d'un psychologue, posés à l'occasion d'un suivi psychothérapeutique complet. Il en va d'autant plus ainsi que les médecins traitants de la requérante semblent établir un lien entre le pays d'origine et la gravité de la pathologie de la requérante, en indiquant qu'un retour au pays d'origine lui serait fatal, dans le certificat médical circonstancié du 17 septembre 2008.

En tout état de cause, le Conseil relève qu'en se livrant aux considérations rappelées ci-avant, la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation en se fondant sur le rapport de son médecin conseil, dans la mesure où en exigeant que les médecins spécialisés ayant diagnostiqué la requérante aient été témoins directs des événements subis, ledit médecin conseil vide l'article 9ter de sa substance en matière d'affections psychiatriques ou psychologiques.

4.3.2. Quant à la référence dans l'avis précité au fait que « *dans le dossier administratif nous joignons une étude qui a pour titre: "Health, migration and return (sic.) »*, Asser Press, par Peter J. VAN KRIEKEN. Celle-ci met en évidence les avantages qu'un traitement du vécu post-traumatique pourrait avoir mais à condition qu'il soit administré

*dans le pays d'origine* », le Conseil estime qu'il ne ressort pas de la motivation de la décision attaquée que la partie défenderesse ait analysé avec soin la pertinence de cette théorie, dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence à la littérature médicale y relative ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse aboutit à la conclusion susmentionnée.

Au vu des observations émises ci-avant, le Conseil considère que la partie défenderesse n'a pas adéquatement répondu à l'argument ayant trait à l'existence d'un lien entre la pathologie dont souffre la requérante et les traumatismes subis dans son pays d'origine et partant aux conséquences qui découleraient d'un retour de celle-ci dans ledit pays, en tant qu'élément d'appréciation de la gravité de la pathologie au regard de l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi.

4.4. L'argumentation développée par la partie défenderesse, en termes de note d'observations, n'est pas de nature à renverser les considérations qui précèdent, dans la mesure où elle se contente tout d'abord d'affirmer que « *le médecin fonctionnaire a, dans son avis médical, exposé les raisons pour lesquelles il estime que, manifestement, l'état de santé de Madame [M.] ne présente aucun des risques visés aux deux hypothèses prévues à l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 dès lors qu'elle n'atteint pas un seuil d (sic.) gravité suffisant.* » et que « *Contrairement à ce que soutiennent les requérants, il n'est pas question de constater, par pétition de principe, qu'en l'absence de prise en charge avant 2008, il doit être conclu qu'il n'existe aucun risque de traitement inhumain et dégradant, ni risque pour l'intégrité physique de Madame [M.], le médecin fonctionnaire s'étant fondé sur un ensemble de constats, énumérés ci-avant, qui ne sont pas sérieusement contestés par les requérants* », cette dernière affirmation ne pouvant suffire à exclure le lien entre la pathologie et le pays d'origine dans l'appréciation du seuil de gravité requis par l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi.

S'agissant de l'argumentation de la partie défenderesse selon laquelle « *Les requérants font à tort grief au médecin fonctionnaire de constater que la littérature médicale préconise que les chances de récupération d'un PTSD sont plus grandes dans un environnement du pays d'origine. En effet, le médecin fonctionnaire a indiqué qu'en l'espèce, Madame [M.] est traitée depuis plus de 10 ans sans résultat notable alors qu'un PTSD soigné devrait avoir pour effet d'amoindrir les symptômes avec le temps ce qui ne paraît pas être le cas dans la mesure où il constate que ses plaintes sont invariables* », le Conseil observe qu'il ressort de l'attestation médicale du 17 mars 2010 qu'il y a lieu de relativiser ce constat d'inefficacité de la psychothérapie suivie, cette attestation mentionnant que « *Bien que lent, ce travail avance grâce à l'alliance thérapeutique solide qui a été mise en place avec la patiente.* », de sorte que cette affirmation de la partie défenderesse s'avère erronée au vu des éléments figurant au dossier administratif.

Quant au fait « *qu'aucun des événements traumatiques rapportés par l'intéressée n'a pu être ni vérifié, ni objectivé et ce qu'ils aient ou non été identifiés par ses médecins traitants* », force est de constater qu'il n'est nullement de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent, dès lors que ces éléments ont été objectivés par les observations des médecins de la requérante. Il en est d'autant plus ainsi que les médecins ayant évalué que la pathologie de la requérante est à mettre en relation avec un vécu traumatique au pays d'origine, sont des spécialistes en psychiatrie et en psychologie, alors qu'il ne ressort pas du dossier administratif que ce soit le cas du médecin fonctionnaire qui a effectué cette analyse pour le compte de la partie défenderesse.

4.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen est fondé en cette articulation, qui suffit à l'annulation de l'acte attaqué.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres articulations du moyen qui, à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

## **5. Débats succincts**

5.1. 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.

5.2. La décision attaquée étant annulée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

### **Article 1.**

La décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9<sup>ter</sup> de la Loi, prise le 16 mars 2015, est annulée.

### **Article 2.**

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-sept octobre deux mille quinze par :

Mme M.-L. YA MUTWALE,

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

Mme D. PIRAUX,

Greffier Assumé.

Le greffier,

Le président,

D. PIRAUX

M.-L. YA MUTWALE