

Arrêt

n°155 855 du 30 octobre 2015
dans l'affaire X / VII

En cause : 1. X
 2. X
 agissant en leur 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 VIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 26 mai 2015, par X et X, agissant en leur nom propre et en qualité de représentants légaux de leur enfant mineur, qui déclarent être de nationalité arménienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant irrecevable une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 8 avril 2015 et notifiée le 23 avril 2015, ainsi que des ordres de quitter le territoire notifiés le même jour.

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 12 août 2015 convoquant les parties à l'audience du 6 octobre 2015.

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

Entendu, en ses observations, Me C. MORJANE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. COUSSEMENT loco Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocats, 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 1^{er} octobre 2010.

1.2. Le même jour, ils ont introduit une première demande d'asile. Le 22 décembre 2010, la partie défenderesse a pris à leur égard des décisions de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 54 006 du 29 décembre 2010, le Conseil de céans a rejeté les requêtes de suspension d'extrême urgence introduites à l'égard de celles-ci. Le recours en cassation introduit à l'encontre de cet arrêt, a fait l'objet d'une ordonnance d'inadmissibilité 6410 du 20 janvier 2011 du

Conseil d'Etat. Le 7 janvier 2011, la deuxième Section de la CourEDH a requis que les requérants ne soient pas renvoyés vers l'Italie avant le 7 février 2011, délai prolongé au 7 juin 2011. Le 6 octobre 2011, les requérants ont renoncé à leur demande d'asile.

1.3. Le 6 juin 2011, ils ont introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 8 novembre 2011, assortie d'ordres de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 70 390 prononcé le 22 novembre 2011, le Conseil de céans a rejeté la requête de suspension d'extrême urgence introduite à l'égard de ces actes. Dans son arrêt 76 179 prononcé le 29 février 2012, le Conseil de céans a rejeté la requête en suspension et annulation introduite à l'égard de ces actes.

1.4. Le 5 avril 2013, les requérants ont introduit une seconde demande d'asile, laquelle s'est clôturée par l'arrêt du Conseil de céans n° 116 597 prononcé le 8 janvier 2014 et refusant d'accorder la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.5. Le 30 avril 2014, ils ont introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi.

1.6. Le 2 avril 2015, le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.7. Le 8 avril 2015, la partie défenderesse a pris à l'encontre des requérants une décision déclarant irrecevable la demande visée au point 1.5. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

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 12/12/1980), 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 § 1^{er}, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, 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 02.04.2015 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé ([H.A.]) n'est pas atteint 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 il séjourne.

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

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

« 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 :

- *En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 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[e] n'est pas en possession d'un visa valable.*

En application de l'article 74/14, §3 de la loi du 15 décembre 1980, le délai pour quitter le territoire est diminué à [0] jour car :

- *4° le ressortissant d'un pays tiers n'a pas obtempéré dans le délai imparti à une précédente décision d'éloignement :*

- L'intéressé[e] n'a pas obtenu à l'OQT qui lui a été délivré le 14.06.2013. Cet OQT a été prolongé le 22.01.2014 jusqu'au 01.02.2014 ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un premier moyen « *de la violation de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, et des principes de bonne administration, notamment du principe du raisonnable*

2.2. Elle décrit en substance la portée de l'article 74/13 de la Loi, des articles 3 et 13 de la CEDH, du principe « *audi alteram partem* », du principe général du droit de l'Union européenne du droit d'être entendu, du principe du raisonnable, du principe de proportionnalité et du principe de précaution.

2.3. Dans une première branche relative au premier acte attaqué, elle rappelle la teneur de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse. Elle souligne que le bilan médicopsychologique du 11 mars 2011 a été réalisé à une période où le requérant ne craignait plus un retour au pays d'origine où un transfert vers l'Italie dès lors que la CourEDH avait suspendu son éloignement jusqu'à nouvel ordre. Elle soutient ainsi que le requérant ne craignait plus un retour en Arménie et que ses pensées suicidaires avaient diminué. Elle ajoute que cela n'est plus le cas depuis mi-2011. Elle reproche à la partie défenderesse et à son médecin-conseil de ne pas avoir tenu compte de cet élément alors qu'il aurait pu avoir une influence sur la première décision querellée. Elle considère que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation lue en combinaison avec l'article 9 ter de la Loi.

Elle observe ensuite que le psychiatre du requérant, qui est un médecin spécialiste, a indiqué qu'il n'était pas souhaitable de soumettre le requérant à un milieu anxiogène et elle relève ensuite que « *le médecin conseil de la partie défenderesse indique sur la base d'informations générales, sans avoir jamais examiné le requérant, sur la base d'assertions générales et d'études dont on ne connaît pas l'acception dans le monde médical, que les chances de guérison sont meilleures à l'étranger* ». Elle conclut que la partie défenderesse et son médecin-conseil, en constatant que les chances de guérison sont meilleures à l'étranger, ont violé le principe de précaution et le principe selon lequel l'administration doit prendre en compte tous les éléments de la cause.

Elle constate également que le médecin-conseil de la partie défenderesse, qui est un médecin généraliste, a indiqué sur la base d'affirmations très générales qui ne concernent pas directement le requérant, que la maladie de celui-ci n'est pas grave au sens de l'article 9 ter de la Loi. Elle remarque ensuite que le médecin spécialiste du requérant a, quant à lui, affirmé, sur la base d'un examen personnel du requérant, qu'il n'est pas souhaitable de soumettre celui-ci à un milieu anxiogène et traumatologique. Elle conclut que la partie défenderesse, en se basant sur l'avis de son médecin conseil, a violé « *l'obligation de motivation en n'indiquant pas pour quelles raisons, ces assertions générales lui permettent de s'écartez de l'avis du médecin spécialiste qui examine depuis des années le requérant* ».

Elle souligne enfin qu'il résulte du dossier administratif que « *la Cour EDH, avait suspendu prima facie l'éloignement du requérant, atteint de PTSD avec risques suicidaires, en janvier 2011 eu égard à la gravité de la maladie du requérant et avait demandé à ce qu'une analyse soit faite quant aux soins disponibles en Italie* ». Elle fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de ce élément déterminant avant de statuer sur la gravité de la maladie du requérant et de ne pas avoir adéquatement motivé.

2.4. Dans une deuxième branche relative à l'article 74/13 de la Loi et aux deuxième et troisième actes attaqués, elle reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de l'état de santé du requérant et de l'intérêt supérieur de l'enfant des requérants. Elle considère dès lors que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation et a violé l'article 74/13 de la Loi. Elle soutient que le principe général du droit d'être entendu aurait dû amener la partie défenderesse à entendre le requérant avant de prendre le premier acte attaqué. Elle estime à tout le moins que le principe « *audi alteram partem* » et le principe du raisonnable ont été violés. Elle souligne que le requérant avait « *des éléments à faire valoir dès lors qu'il souffre d'un PTSD avec des risques suicidaires, qu'il a un enfant en bas âge et que le couple a des embryons cryopréservés aux cliniques universitaires Saint-Luc* » et qu' « *Il ressort de ces documents que le couple a besoin d'une assistance à la procréation* ».

2.5. Dans une troisième branche relative aux articles 2 et 3 de la CEDH et à l'ensemble des actes attaqués, dans un premier temps, elle s'intéresse à la gravité de la maladie du requérant. Elle expose que le requérant a été soumis à divers examens médicaux depuis qu'il est en Belgique. Elle rappelle le diagnostic et les traitements et suivis repris dans les certificats médicaux du 25 octobre 2010, 20 janvier 2011 et 31 mai 2011. Elle ajoute que le certificat médical du 20 janvier 2011 précise qu'en cas de retour en Arménie, les soins seraient impossibles car le requérant se retrouverait dans un milieu anxiogène, et qu'il résulte d'un certificat médical du 20 mai 2011 que le requérant souffre également d'une hernie discale. Elle souligne que le requérant dispose d'une quantité de certificats médicaux desquels il ressort que son état psychologique reste inchangé. Elle estime qu'il faut tenir compte des tendances suicidaires du requérant et elle relève que « *Le diagnostic de PTSS et dépression a été confirmé par un neuropsychiatre mandaté par l'Office des Étrangers en 2011* » qui « *confirme expressément la nécessité de soins spécialisés* ». Elle fait valoir qu'il ressort des certificats médicaux que le requérant doit suivre un traitement pour stabiliser son état et qu'il ne peut se rendre dans un milieu anxiogène comme en Arménie où il se sent menacé de mort. Elle soutient qu'un retour au pays d'origine est dès lors fortement déconseillé par les médecins et qu'un retour dans ce pays exposerait le requérant à un risque de traitement contraire aux articles 2 et 3 de la CEDH. Elle note à ce sujet qu'en 2011, la CourEDH a jugé la maladie du requérant suffisamment grave pour suspendre *prima facie* son éloignement vers l'Italie. Elle précise que cette information figure au dossier administratif et que la partie défenderesse en avait connaissance.

Dans un second temps, elle s'intéresse à la situation générale connue en Arménie et à l'accessibilité aux soins. Elle avance qu'en cas de retour au pays d'origine, le requérant serait confronté à un milieu anxiogène, celui qui a provoqué en premier lieu sa maladie. Elle souligne que le Docteur [D.] a d'ailleurs indiqué dans un certificat médical circonstancié que les soins seraient impossibles dans un milieu anxiogène et qu'il existe un risque d'aggravation car l'accessibilité au traitement requis y serait difficile voire impossible. Elle précise qu'il résulte de la situation personnelle du requérant qu'un retour en Arménie est fortement déconseillé vu le contexte post-traumatique auquel il serait confronté. Elle rappelle en détail les éléments invoqués dans le cadre de la demande dont il résulterait que les médicaments et suivis nécessaires ne sont pas disponibles et accessibles en Arménie. Elle soulève qu'en cas de retour au pays d'origine, au vu de la maladie du requérant et de la difficulté d'accès aux soins et traitements requis, il existe un risque de traitement inhumain et dégradant et un risque pour l'intégrité physique et psychologique de ce dernier. Elle ajoute que cela a été confirmé par le médecin traitant du requérant dans un nouveau certificat médical.

2.6. La partie requérante prend un second moyen « *De la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs et de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 ; De la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ; de la violation des articles 2, 5 et 11bis la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, lus en combinaison avec les articles 3, 119, 122, 124, 126, § 4 et 141 du Code de déontologie médicale, De l'erreur manifeste d'appréciation, Du défaut de prudence et de minutie de la part de l'administration* ».

2.7. Elle reproduit le contenu des articles 2, 5 et 11 bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, de l'article 15 de l'Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins et des articles 3, 119, 122, 124, 126, § 4, et 141 du Code de déontologie médicale. Elle rappelle ensuite en substance la portée du principe général de droit de bonne administration, de l'obligation de motivation formelle et de la notion de « *traitement adéquat* » reprise dans l'article 9 ter de la Loi.

2.8. Dans un premier temps, elle soutient que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'était pas compétent pour rendre l'avis fondant la première décision entreprise. Elle constate que celle-ci est effectivement principalement fondée sur l'avis médical rendu par le Docteur [L.], généraliste. Elle souligne que ce dernier a examiné le dossier volumineux du requérant en moins de six heures alors pourtant que le requérant avait transmis, à l'appui de sa demande, des certificats médicaux émanant de médecins spécialisés en psychiatrie, à savoir le Docteur [D.]. Elle considère que le Docteur [L.] a dépassé ses compétences et connaissances en rendant son avis et qu'il a violé ses obligations déontologiques, plus particulièrement les articles 3, 119 et 141 du Code de déontologie médicale. Elle estime que l'examen du dossier médical du requérant aurait dû être confié à un ou plusieurs médecins capables d'évaluer les affections du requérant, leur gravité et les conséquences d'un retour en Arménie. Elle précise que la spécialisation en psychiatrie s'obtient par la réalisation d'un master complémentaire d'une durée de cinq ans. Elle s'interroge dès lors sur la possibilité pour un médecin généraliste « *d'une part, [de] se prononcer sur la combinaison d'affections qu'il ne maîtrise pas, étant donné que le*

traitement de ces maladies ne ressort pas du domaine de ses compétences, et, d'autre part, [de] contredire les spécialistes en la matière dans un laps de temps aussi court, sur la base d'informations générales qui ne concernent pas le requérant ». Elle relève ensuite que le Docteur [L.] n'a pas contacté les médecins spécialistes qui suivent le requérant afin d'obtenir d'éventuels renseignements complémentaires sur l'état de santé de ce dernier. Elle soutient qu'un avis médical rendu par un généraliste ne peut en aucun cas prévaloir sur celui d'un médecin spécialiste, à moins qu'il soit motivé tout particulièrement quant à la raison pour laquelle l'avis du spécialiste n'a pas été suivi. Elle considère que « *La partie défenderesse ne pouvait dès lors se fonder sur l'avis du Dr [L.] pour rejeter la demande du requérant sans violer son obligation de prudence. Elle devait, à tout le moins, motiver pour quelles raisons elle s'écarte de l'avis d'un médecin spécialiste sur la base du seul avis d'un médecin généraliste moins compétent que le premier en la matière* ». Elle souligne qu' « *En se fondant sur l'avis du Dr [L.], lequel n'était non seulement pas compétent pour se prononcer sur les pathologie du requérant, mais n'a, de plus, pas pris la peine de se renseigner auprès de confrères spécialistes, la partie défenderesse a incontestablement manqué à son obligation de prudence et de motivation* ». Elle conclut que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation en se référant à l'avis médical du 8 avril 2015 et a violé le principe de prudence lu en combinaison avec la loi relative aux droits du patient, le Code de déontologie médicale et l'article 9 *ter* de la Loi.

Dans un second temps, elle relève que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas examiné personnellement le requérant. Elle estime que cela est contraire à la déontologie médicale et au principe de prudence, d'autant plus qu'il s'agit d'affections psychiatriques et que le médecin-conseil s'est écarté de l'avis d'un médecin spécialiste. Elle souligne que la partie défenderesse devait en avoir conscience et connaissance. Elle conclut que « *Dès lors que la partie adverse savait que son médecin-conseil n'était pas spécialisé au regard des affections du requérant et que, violent la déontologie médicale, ledit médecin n'avait pas pris la peine d'examiner le requérant, alors que l'affection dont souffre le requérant nécessite plusieurs consultations afin de prendre conscience de l'ampleur de sa maladie et de la nécessité de son traitement, la décision attaquée adoptée en référence à ce seul avis, viole l'obligation de prudence et de minutie qui s'impose à l'administration* » et n'est pas adéquatement motivée par le renvoi à l'avis médical du 8 avril 2015.

3. Discussion

3.1. Le Conseil rappelle, à titre liminaire, que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, à laquelle il se rallie, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué (cf. notamment, C.E., arrêt n° 164.482 du 8 novembre 2006).

Le Conseil observe que la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son premier moyen, de quelle manière la partie défenderesse aurait violé l'article 13 de la CEDH.

Il en résulte que le premier moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de l'article précité.

3.2. Sur les première et troisième branches du premier moyen pris, le Conseil rappelle que l'article 9 *ter*, § 3, 4^e, 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 § 1^{er}, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 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, 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 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 (Cour EDH), 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 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

3.3. 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 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 au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

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

3.4. En l'espèce, le Conseil relève qu'il ressort de l'ensemble des certificats et documents médicaux transmis à l'appui de la demande que le requérant souffre d'un syndrome de post-traumatique avec dépression, anxiété, céphalée et lombalgie.

Le Conseil remarque ensuite que l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, sur lequel cette dernière s'est basée, repose sur les constats suivants : « *Concernant le syndrome de stress post-traumatique avec dépression, anxiété, trouble du sommeil, suivant le bilan médicopsychologique du 11.03.2011 du Dr [P.J.J], le PTSD est modéré de même que la dépression.*

Seul l'état anxieux est important. Le requérant est d'ailleurs resté 6 mois sans traitement sans qu'aucun événement aigu ou grave ne soit rapporté suivant le rapport du 17.10.2013 du Dr [E.D.] qui rapporte un état aggravé par une entorse du genou et depuis l'arrêt de la médication en avril 2013. Cette aggravation, alternant avec une amélioration, est mentionnée depuis 5 ans, même sous traitement. L'état de santé n'a pas nécessité d'hospitalisation psychiatrique ni de mesure de protection spécifique. Le caractère de gravité n'est donc pas démontré. L'intérêt de poursuivre un traitement médicamenteux qui ne fait pas preuve d'efficacité depuis 5 ans n'est pas démontrable.

La psychothérapie à long terme n'a pas non plus fait preuve de son efficacité.

Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Pour rappel, le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV2

(référence mondiale dans le domaine psychiatrique) une série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, plan précis de passage à l'acte, idées suicidaires récentes). Suivant le bilan médicopsychologique du 11.03.2011 du Dr [P.H.] il n'y avait plus d'idées suicidaires.

« Peut-être le changement conceptuel le plus important qui doit avoir lieu, avant le traitement qui peut être utile, c'est d'accepter la dépression résistante comme une maladie chronique, une maladie semblable à beaucoup d'autres, qui peut être gérée efficacement, mais qui n'est pas, au niveau actuel de nos connaissances, susceptible d'être guérie. Les patients avec un large éventail de maladies chroniques médicales peuvent apprendre et apprennent à fonctionner efficacement et atteignent une qualité de vie satisfaisante en dépit de leur maladie. Il n'y a aucune raison de penser que les patients atteints de dépression résistante ne devrait pas être en mesure d'atteindre un niveau similaire de gestion de la maladie, du fonctionnement et de la qualité de vie ».

En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces événements. Il s'agit d'affirmations non étayées du patient. En outre, dans le livre intitulé « Health, Migration and Return », il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger.

Concernant les lombosciatalgies sur discopathies, elles sont rapportées depuis 2010. Elles ont fait l'objet d'imagerie médicale. Aucun avis spécialisé n'est communiqué. Aucune intervention n'a été réalisée ni même proposée. Aucune répercussion sur les activités de la vie quotidienne n'est mentionnée. Plus aucun traitement depuis 2010 n'est rapporté. Leur caractère de gravité n'est pas démontré.

Il n'est donc pas possible de conclure à un stade mettant la vie en péril.

Les documents médicaux fournis par le requérant ne démontrent pas que celui-ci 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.

Par conséquent, je constate qu'il n'est manifestement pas question d'une maladie visée au §1e alinéa 1e 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 ».

3.5. Le Conseil observe qu'en termes de recours, la partie requérante souligne que le bilan médicopsychologique du 11 mars 2011 a été réalisé à une période où le requérant ne craignait plus un retour au pays d'origine où un transfert vers l'Italie dès lors que la CourEDH avait suspendu son éloignement jusqu'à nouvel ordre. Elle soutient ainsi que le requérant ne craignait plus un retour en Arménie et que ses pensées suicidaires avaient diminuées. Elle ajoute que cela n'est plus le cas depuis mi-2011. Elle reproche ensuite au médecin-conseil de la partie défenderesse d'avoir considéré que les chances de guérison du requérant sont meilleures à l'étranger alors que le médecin spécialiste qui a examiné celui-ci a estimé qu'il n'était pas souhaitable de le soumettre à un milieu anxiogène. Elle fait également grief au médecin-attaché de la partie défenderesse d'avoir indiqué sur la base d'affirmations très générales qui ne concernent pas le requérant que la maladie de ce dernier n'est pas grave au sens de l'article 9 ter de la Loi.

Dans un premier temps, le Conseil constate que la partie requérante ne semble nullement remettre en cause les considérations du médecin-conseil de la partie défenderesse relatives aux lombosciatalgies sur discopathies, plus particulièrement le fait que le caractère de gravité ne serait pas démontré.

Dans un second temps, s'agissant du syndrome de post-traumatique avec dépression, anxiété, et trouble du sommeil et du risque suicidaire, le Conseil rappelle à nouveau que le médecin-conseil précité a relevé que « Concernant le syndrome de stress post-traumatique avec dépression, anxiété, trouble du sommeil, suivant le bilan médicopsychologique du 11.03.2011 du Dr [P.J.], le PTSD est modéré de même que la dépression.

Seul l'état anxieux est important. Le requérant est d'ailleurs resté 6 mois sans traitement sans qu'aucun événement aigu ou grave ne soit rapporté suivant le rapport du 17.10.2013 du Dr [E.D.] qui rapporte un état aggravé par une entorse du genou et depuis l'arrêt de la médication en avril 2013. Cette

aggravation, alternant avec une amélioration, est mentionnée depuis 5 ans, même sous traitement. L'état de santé n'a pas nécessité d'hospitalisation psychiatrique ni de mesure de protection spécifique. Le caractère de gravité n'est donc pas démontré. L'intérêt de poursuivre un traitement médicamenteux qui ne fait pas preuve d'efficacité depuis 5 ans n'est pas démontrable.

La psychothérapie à long terme n'a pas non plus fait preuve de son efficacité.

Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Pour rappel, le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV2 (référence mondiale dans le domaine psychiatrique) une série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, plan précis de passage à l'acte, idées suicidaires récentes). Suivant le bilan médicopsychologique du 11.03.2011 du Dr Ph. JOQUET il n'y avait plus d'idées suicidaires », remettant de la sorte en cause tant la gravité des affections que la démonstration en elle-même de la réalité du risque suicidaire, ce qui ne fait l'objet d'aucune critique concrète et utile en termes de requête. Le Conseil précise ensuite, outre le fait que la recommandation de la CourEDH invitant le Gouvernement « à faire procéder aux examens médicaux nécessaires (psychiatriques et cliniques) sur la personne [du requérant] afin de s'assurer que son transfert vers l'Italie ne constitue pas un traitement contraire à l'article 3 de la Convention », ne peut à elle seule impliquer que les affections du requérant devraient être considérées comme graves, que le médecin-conseil de la partie défenderesse a examiné en substance la situation médicale du requérant au vu de tous les éléments à sa disposition et a donc également pris en considération les éléments médicaux fournis postérieurement à la fin de la suspension de l'éloignement du requérant par la CourEDH.

Dans un troisième temps, à propos du développement fondé sur le fait que le requérant ne peut se rendre dans un milieu anxiogène comme en Arménie, le Conseil observe que le médecin-conseil de la partie défenderesse a mentionné à ce sujet que « *En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces événements. Il s'agit d'affirmations non étayées du patient* », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique concrète en termes de requête.

Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est prononcé sur la base des éléments versés par les requérants à l'appui de la demande et a pu en conclure, à juste titre, qu'il n'existe aucun risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant ni un risque réel d'un traitement inhumain ou dégradant en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine.

3.6. Quant aux considérations relatives à la disponibilité et l'accessibilité des soins et suivis requis au requérant dans le pays d'origine, le Conseil relève qu'au vu du fait que le motif selon lequel « *le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1^{er}, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, 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*er, alinéa 1^{er}, de la Loi précise qu'il ne s'applique qu'à « *L'étranger [...] 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* ».

3.7. A propos de l'invocation d'une violation des articles 2 et 3 de la CEDH, le Conseil souligne que, dès lors que la partie défenderesse a estimé que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie reprise dans le champ d'application de l'article 9 ter de la Loi, elle ne peut avoir commis de violation de ces dispositions.

3.8. Sur la deuxième branche du premier moyen pris, s'agissant de la prise en compte de l'état de santé du requérant, le Conseil ne peut que rappeler que la partie défenderesse a bien examiné celui-ci dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour médicale introduite et qu'il a déclaré cette dernière irrecevable. Le Conseil rappelle en outre que dans le cadre d'une demande telle que celle visée au point 1.5. du présent arrêt, l'étranger a la possibilité, avant la prise de l'acte querellé, de fournir à la partie

défenderesse toutes les informations qu'il le souhaite, et d'ainsi faire valoir, de manière utile et effective, les divers éléments médicaux tendant à appuyer ses prétentions.

Concernant la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, le Conseil relève qu'il va de soi que l'intérêt de celui-ci est de rester auprès de ses parents et d'ainsi suivre leur situation administrative.

A propos du fait que le couple a des embryons cryopréservés aux cliniques universitaires Saint-Luc, le Conseil souligne que cet élément n'aurait pas pu en tout état de cause empêcher en lui-même un éloignement du territoire.

3.9. Sur le deuxième moyen pris, quant au reproche émis à l'encontre du médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné le requérant, de ne pas avoir pris contact avec les médecins spécialistes de ce dernier, de ne pas s'être renseigné auprès d'experts, ou de ne pas être spécialisé, le Conseil précise que ce médecin-conseil donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de sa demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 *ter* de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin conseil de rencontrer ou d'examiner l'étranger, de prendre contact avec les médecins de ce dernier et de demander l'avis complémentaire d'experts. Le Conseil souligne ensuite qu'il importe peu que le médecin-conseil de la partie défenderesse soit un généraliste dès lors qu'il a explicité en détail les raisons pour lesquelles il a abouti à de telles considérations en ce qui concerne le diagnostic de syndrome post-traumatique (avec dépression, anxiété et trouble du sommeil), le risque suicidaire et les lombosciatalgies sur discopathies.

S'agissant de l'invocation du Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins et de la loi du 2 août 2002 relative aux droits du patient, le Conseil souligne que ce code et cette loi ne constituent pas des moyens de droit pertinents, applicables en l'espèce. En effet, le médecin conseil de la partie défenderesse n'intervient pas comme prestataire de soins à l'égard du requérant dont le rôle est d'établir un diagnostic, mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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* ». Dès lors, le code et la loi susmentionnés, en ce qu'ils ne s'appliquent qu'aux médecins dispensant des soins de santé à un patient, apparaissent infondées eu égard aux circonstances de fait de l'espèce.

3.10. Il résulte de ce qui précède que les moyens pris ne sont pas fondés.

3.11. S'agissant des ordres de quitter le territoire notifiés aux requérants en même temps que la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour, il s'impose de constater qu'ils ne font l'objet en eux-mêmes d'aucune autre critique spécifique par la partie requérante et qu'il doit dès lors être considéré qu'ils ont été pris à bon droit.

4. Débats succincts

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

4.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente octobre deux mille quinze 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