



## Arrêt

**n° 159 877 du 14 janvier 2016**  
**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, chargé de la  
Simplification administrative**

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

Vu la requête introduite le 18 mars 2015, par X, qui déclare être de nationalité togolaise, tendant à la suspension et à l'annulation de la décision, prise le 5 février 2015, déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* »).

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 septembre 2015 convoquant les parties à l'audience du 2 octobre 2015.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. BODSON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. COUSSEMENT *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

La partie requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 13 juillet 2009. Le 14 juillet 2009, elle a introduit une procédure d'asile, qui s'est clôturée négativement par l'arrêt n° 50 891 prononcé par le Conseil le 8 novembre 2010.

Le 28 février 2012, la partie requérante a introduit une seconde demande d'asile, qui a également fait l'objet, par un arrêt n° 84 792 du 17 juillet 2012, d'un refus de reconnaissance du statut de réfugié ainsi que du statut de protection subsidiaire.

Dans l'entretemps, soit par un courrier du 8 juin 2012, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Cette demande a été, tout d'abord, déclarée irrecevable par une décision prise par la partie défenderesse le 9 janvier 2013.

Suite au recours introduit par la partie requérante à l'encontre de cet acte devant le Conseil, la partie défenderesse a procédé à son retrait le 25 février 2013.

Le 27 mai 2013, la demande susmentionnée a été déclarée recevable.

Le 21 janvier 2015, le médecin fonctionnaire a rendu son rapport d'évaluation du dossier médical de la partie requérante.

Le 5 février 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande non fondée, par une décision motivée comme suit :

*« Motifs:*

*Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à 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, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.*

*[Le requérant] a introduit une demande sur base de l'article 9ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine.*

*Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a été saisi afin de remettre un avis à propos d'un retour possible au Togo.*

*Dans son avis médical rendu le 21.01.2015, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que d'après les informations médicales disponibles, 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 il séjourne.*

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

*Par conséquent, il constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1, alinéa 1<sup>er</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.*

*Il n'y a donc pas lieu de rechercher la disponibilité et l'accessibilité des soins.*

*Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision.*

*Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également donner instruction au Registre national de réinscrire l'intéressé dans le registre d'attente.*

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

Il s'agit de l'acte attaqué.

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

La partie requérante prend un moyen unique, libellé comme suit :

**« MOYEN UNIQUE pris de la violation des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès, le séjour, l'établissement et l'expulsion des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, du principe de bonne administration et de confiance légitime qui imposent à l'administration de prendre en compte l'ensemble des éléments de la cause et de l'erreur manifeste d'appréciation**

## 1.

### 1.1. L'article 9 ter stipule :

*« 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.*

*(...)*

*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 ».*

1.2. Les articles 2 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 imposent à la partie adverse de motiver ses décisions administratives ; cette motivation doit être adéquate à savoir claire et précise et toucher à la justification même de ses décisions 1 ; elle doit être exacte.

*« L'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'administration implique l'obligation d'informer la requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, et de répondre, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels présentés par l'intéressé, et que tout acte administratif repose sur des motifs exacts, pertinents et admissibles. La décision doit donc faire apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre à l'intéressé de connaître les justifications de la mesure prise et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle » (Conseil du Contentieux des Etrangers, 29 mai 2008, n°12039) ; « Le contrôle juridictionnel de la motivation d'un acte qui doit être motivé en la forme ne porte pas seulement sur l'existence d'une motivation : la motivation doit être adéquate et le contrôle s'étend à cette adéquation, c'est-à-dire à l'exactitude, l'admissibilité et la pertinence des motifs »2.*

1.3. Le principe de bonne administration impose, entre autre, à la partie adverse de tenir compte de l'entière des éléments à sa disposition.

1.4. L'article 3 CEDH « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».

*Les états signataires de cette convention ne peuvent violer cette disposition, la Cour des droits de l'Homme ayant même précisé qu'ils étaient tenus tant à des obligations négatives que positives (assurer le respect de ces droits) (S. van Drooghenbroeck, « La Convention européenne des droits de l'Homme : Trois années de jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme 2002-2004 », Larcier 2006, Les dossiers du Journal des Tribunaux, volume 1 p.25 à 56).*

*L'aggravation de l'état de santé ou encore l'absence de soins peut constituer une atteinte à la vie, à l'intégrité physique ou des traitements inhumains ou dégradants prohibés par l'article 3 CEDH (voir notamment, CEDH, 2 mai 1997, D. c/ Royaume-Uni).*

## 2.

*En l'espèce, la partie adverse se réfère exclusivement à l'avis de son médecin conseil, le Docteur M., pour motiver sa décision.*

*Le Conseil d'Etat admet la validité de la motivation par référence à un avis pour peu que celui-ci soit communiqué antérieurement ou concomitamment à la décision3.*

*Dans cette hypothèse, il convient que l'avis soit considéré comme faisant partie intégrante de la décision et puisse être critiqué dans le cadre d'un recours en annulation et suspension.*

*Par conséquent, le requérant critiquera l'avis du Docteur dans le présent moyen puisqu'il fait partie intégrante de la décision attaquée.*

*En tout état de cause et si, par impossible, le Conseil du Contentieux des Etrangers ne suivait pas cette position, le requérant vise alors l'avis comme une décision à part entière dans le présent recours.*

### **3.**

*La décision attaquée viole de plusieurs manières les dispositions reprises au moyen :*

#### **Première branche :**

*En ce que :*

La décision attaquée décide que la pathologie du requérant ne présente pas le degré de gravité requis à l'article 9 ter, §1er, al. 1.

*Alors que :*

L'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 stipule que :

*« § 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.*

*(...)*

*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*

*§ 3 Le délégué du ministre déclare la demande irrecevable:*

*(...)*

*4. Lorsque le fonctionnaire médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1er, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume ;*

*(...) »*

En application de cette disposition, c'est uniquement au stade de la recevabilité de la demande que le médecin de la partie adverse peut estimer que la maladie invoquée par le demandeur ne présente pas le degré de gravité prévu au §1er.

En l'espèce, la demande du requérant a été déclarée recevable par décision du 27.05.2013. Implicitement mais certainement, il a par conséquent été décidé que les maux du requérant présentaient le degré de gravité requis.

Lors de l'examen du fondement de la demande du requérant, la partie adverse devait donc uniquement apprécier le risque pour la vie du requérant, son intégrité physique ou un risque de traitement inhumain ou dégradant au regard de l'accessibilité du traitement adéquat dans le pays d'origine du requérant, ce que le médecin de la partie adverse et, par conséquent, la décision attaquée ne fait absolument pas.

Dès lors, la partie adverse viole le prescrit de l'article 9 ter de la loi du 15/12/1980 (absence de prise en compte de l'accessibilité des traitements dans le pays d'origine lors de l'examen du fondement de la demande), viole son obligation de motivation formelle (motifs erronés en droit) et viole les principes de bonne administration et de confiance légitime en ne prenant pas en compte tous les éléments invoqués par les requérants sur l'indisponibilité des soins dans le pays d'origine.

#### **Deuxième branche**

*En ce que :*

La décision attaquée et l'avis médical du Docteur M. concluent qu'il n'apparaîtrait pas que le requérant souffrirait d'une maladie présentant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne et ce, au terme de l'analyse du Docteur M.

Alors que :

**1.**

Le Conseil d'état a décidé dans un arrêt du 16 octobre 2014 n°228.778 que l'article 9 ter de la loi couvrait deux types d'hypothèses :

*« Considérant que l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980 présente deux hypothèses susceptibles de conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour pour l'étranger gravement malade; que, depuis la loi modificative du 8 janvier 2012 – non applicable, en l'espèce, lors de la recevabilité de la demande -, si la maladie alléguée ne répond «manifestement» à aucune de ces deux hypothèses, la demande est, sur avis médical préalable, déclarée irrecevable conformément au paragraphe 3, 4°, du même article, peu importe l'existence et l'accès aux soins dans le pays d'origine;*

*Que ces deux hypothèses sont les suivantes :*

*- soit la maladie est «telle» qu'elle entraîne un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique de l'étranger demandeur; qu'implicitement, en ce cas de gravité maximale de la maladie, l'éloignement du malade vers le pays d'origine ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat; que, cependant, l'exigence, depuis la réforme de janvier 2012, que soient transmis des renseignements utiles «récents» concernant la maladie et que le certificat médical à déposer date de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande, exclut que l'on puisse se contenter d'affirmer le caractère potentiellement mortel de la maladie, fût-elle sérieuse, chronique ou incurable, pour se voir autoriser au séjour; qu'au contraire, il est requis que le risque invoqué, de mort ou d'atteinte certaine à l'intégrité physique de la personne, qui doit être «réel» au moment de la demande, revête, à défaut d'être immédiat, un certain degré d'actualité, c'est-à-dire que sa survenance soit certaine à relatif court terme;*

*- soit la maladie est «telle» qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant pour l'étranger demandeur, «lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne»; qu'en ce cas, la maladie, quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine, mais qu'il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales;*

*Considérant enfin que si la maladie invoquée doit avoir atteint un seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter, il ne ressort ni du texte de la disposition légale, ni des travaux parlementaires pertinents, que le législateur belge aurait voulu que l'autorisation de séjour prévue à l'article 9ter précité ne s'apparente en définitive qu'à un simple «permis de mourir» sur le territoire belge, ce à quoi revient pourtant la thèse selon laquelle le champ d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 se confond avec celui de l'article 3 de la Convention tel qu'actuellement interprété, à l'égard de l'étranger malade, par la Cour européenne des droits de l'homme, qui ne relie la souffrance due à une maladie «survenant naturellement» à la situation protégée par l'article 3 que dans des «cas très exceptionnels».*

La gravité de la maladie doit donc être analysée en fonction de chacune de ces deux hypothèses : premièrement, un risque de mort ou à l'intégrité physique avec une survenance à relativement court terme de sorte qu'il n'y a pas à envisager si un traitement adéquat existe vers le pays d'origine ; deuxièmement, un risque de traitement inhumain ou dégradant en l'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine, c'est-à-dire si le malade n'est pas soigné.

**2.**

En l'espèce, la partie adverse et son médecin n'ont manifestement pas correctement appréhendé la gravité de la maladie du requérant dans les deux hypothèses ci-dessus mentionnées pour toute une série de raisons.

## 2.1.

L'avis médical du Docteur M. omet des éléments essentiels et commet des erreurs dans son résumé des documents déposés à l'appui de la demande :

Tout d'abord l'attestation médicale du 15.07.2014 pour laquelle le médecin adverse indique qu'aucun cachet n'y est apposé, est bien entendu rédigée et signée par le Docteur B. comme le confirme le numéro INAMI qui y est repris, la signature qui est identique au certificat médical type de la même date qui précède cette attestation et le fait que ce document mentionne clairement être une « *annexe au certificat médical du service public fédéral intérieur* » de l'Office des étrangers, ce qui est bien le cas en l'espèce.

Or, cette attestation est importante puisque le psychiatre du requérant indique notamment pouvoir établir un lien entre le traumatisme et les événements que le patient indique avoir vécu en indiquant « *Oui. La causalité des faits est manifeste (prison, maltraitance). Etat prémorbide sans particularité* ».

Ainsi, il est totalement faux d'écrire comme dans l'avis médical adverse que le Docteur B. soutiendrait que les maux du requérant seraient « *peut-être liés à des événements dans le passé* » ; le Docteur B. est au contraire formel quant à ce.

Enfin, la maladie du requérant est mal décrite par le médecin adverse. Il ne s'agit pas de trouble dépressif versus trouble schyso-affectif mais bien un « *trouble schizo-affec versus trouble dépressif moyen sévère avec éléments psychotiques congruents à l'humeur* » (certificat du 30.04.2012 joint à la demande originelle).

Ainsi et dès le départ, les prémisses de l'analyse du médecin adverse sont erronées, probablement volontairement pour tenter de justifier ses conclusions.

En agissant de la sorte, le médecin adverse et par voie de conséquence la partie adverse viole l'article 9 ter de la loi (omet de tenir compte de certains aspect de la gravité des maux invoqués par le requérant), son obligation de motivation formelle (ne répond pas à un argument essentiel du requérant), commet une erreur manifeste d'appréciation (absence de gravité des maux), viole n'article 3 CEDH en n'appréciant pas correctement la gravité de maux et analyse mal la notion de traitement inhumain et dégradant définie à cet article, et viole l'obligation de bonne administration en tenant pas compte de tous les éléments de la cause à savoir tous les maux du requérant tel que décrit dans les certificats médicaux.

## 2.2.

Le médecin adverse, sans jamais avoir rencontré le requérant, tente de minimiser les maux de ce dernier en ne les reprenant pas tous.

Ainsi, le médecin adverse réduit ainsi les plaintes du requérant à de l'irritabilité, sommeil perturbé, angoisse (p. 2 et 4 in fine). Dans le même sens, il invoque une « frustration » du requérant (p. 4), allant même jusqu'à laisser entendre que les problèmes du requérant aurait commencé après le refus de sa demande d'asile en juillet 2010 et, à suivre les sous-entendus, pour les besoins de la demande 9 ter...

Or, les certificats médicaux déposés par le requérant sont extrêmement clairs.

Premièrement, Ils font tout d'abord état de problèmes bien plus graves : « *persistance de troubles séquellaires post-traumatiques avec réviviscences, céphalés, angoisses massives de danger imminent, hallucinations auditives, impotences cognitivo-mnésiques. Idéalisation suicidaires récurrents. Insomnies* » (certificat médical du 15.07.2014).

Comment le médecin adverse peut-il remettre en cause l'existence de ces problèmes sans jamais avoir rencontrés le requérant ?

Deuxièmement, tous les certificats médicaux rappellent que le suivi du requérant a commencé au mois de septembre 2009, soit deux mois après son arrivée en Belgique, le rapport médical du 30.04.2012

précisant même que le requérant a été « *adressé par le service médical du C.A. Fedasil vu la sévérité des troubles psychologiques* » !

Sur quelle base le médecin adverse justifie-t-il ses remarques ou que les troubles n'auraient commencé qu'en 2010 ? D'aucune manière. Il s'agit au contraire d'a priori et de préjugés qui n'ont aucune place dans un avis qui se veut médical mais qui vont guider toute la réflexion du Docteur M. et vicier totalement son analyse et ses conclusions.

Le Docteur M. n'a manifestement pas pris en compte la totalité des symptômes et n'a donc pas pu correctement appréhender la gravité de l'état de santé du requérant.

En minimisant l'état de santé du requérant et ne tenant pas compte de la totalité des symptômes, la partie adverse viole l'article 9 ter de la loi (omet de tenir compte de certains aspects de la gravité des maux invoqués par le requérant), son obligation de motivation formelle (ne répond pas à un des arguments essentiels du requérant), commet une erreur manifeste d'appréciation (absence de gravité des maux), viole l'article 3 CEDH en n'appréciant pas correctement la gravité des maux et analyse mal la notion de traitement inhumain et dégradant définie à cet article, et viole l'obligation de bonne administration en tenant pas compte de tous les éléments de la cause à savoir tous les maux du requérant.

### 2.3.

Le médecin adverse estime que le risque de suicide serait inhérent à toute dépression, même traitée, mais ne serait pas concrétisé dans le dossier du requérant ni relié à sa situation spécifique.

Contrairement à ce que soutient le médecin de l'Office des étrangers, qui, il convient de le souligner encore une fois, est généraliste et n'a jamais rencontré le requérant, le certificat médical rédigé par le psychiatre B. spécifie bien un risque individualisé de suicide.

Ainsi, le certificat médical déposé à l'appui de la demande originelle, ne mentionne absolument pas ce risque de suicide dans l'hypothèse où le requérant poursuivrait le traitement actuel mais uniquement dans un cas bien spécifique, à savoir l'arrêt du traitement :

- Point B du certificat « *risque vital non-exclu en cas d'inaccessibilité au traitement actuel, tel que par exemple, si retour au pays d'origine* »
- Point D du certificat en réponse aux conséquences d'un arrêt du traitement « *résurgence idéaux suicidaires et risque vital non-exclu* »

Par contre, le Psychiatre B. ne mentionne absolument pas ce risque vital au point E du certificat dans l'hypothèse où le traitement pourrait être poursuivi, auquel cas il aurait visé ce risque inhérent.

Le Docteur B., lorsqu'il fait mention de ce risque vital, ne fait donc pas référence à ce risque suicidaire inhérent à toute dépression même traitée puisqu'il pointe un risque spécifique au requérant dans l'hypothèse d'un arrêt du traitement, ce qu'il rappelle d'ailleurs dans tous les autres rapports médicaux déposés par la suite.

En outre et comme le rappelle le Docteur B. dans son rapport du 10 mars 2015, « *C'est même grotesque mais alimente l'a priori manifeste de mon confrère à l'égard des maladies mentales qui vu un danger « théoriquement inhérent à la » maladie le balaie sans égard. Est-ce donc différent pour les maladies somatiques ? Comment envisager que le risque vital indispensable pour valider – du moins partiellement – une demande de régularisation pour raisons médicales (9ter) ne soit autre qu'inhérent à la maladie ? Pourquoi dès lors en faire un risque hypothétique et non personnalisé ?* » (P. 2).

Il souligne encore dans ce même rapport « *En outre, et toujours concernant la dangerosité, signalons que les mêmes sources invoquées par mon confrère font mention du grand risque de suicide, d'abus de substance, etc... Il ne s'agit donc nullement d'un risque hypothétique et spéculatif, ni d'un risque général lié au trouble, mais bien d'un risque personnalisé de l'individu, en lien avec les tentatives de négation de sa vie au pays, puis lié à l'intensité des symptômes en Belgique* » (p. 3).

Par conséquent, en s'appuyant sur le rapport de son médecin pour décider qu'il n'existe pas de risque vital, la partie adverse viole l'article 9 ter (mauvaise appréciation de la gravité de la maladie) manque à son obligation de motivation formelle (motif erroné en fait : existence d'un risque de suicide spécifique

au requérant), viole l'article 3 CEDH (notion de risque vital et appréciation de la gravité de la maladie) et commet une erreur manifeste d'appréciation.

#### 2.4.

Le Docteur M. remet en cause le diagnostic du Dr B..

2.4.1. A titre préliminaire, il convient de souligner une fois de plus que le médecin adverse est généraliste et non psychiatre, n'a jamais rencontré le requérant et n'a jamais eu recours à l'avis d'un spécialiste comme l'y autorise pourtant l'article 9 ter et comme l'y invitait le requérant dans sa demande originelle (p. 5 de la demande originelle).

Dans ces conditions, comment le médecin adverse peut-il remettre en cause le diagnostic d'un praticien spécialisé et qui assure un suivi depuis plusieurs années, sur base de quelques considérations théoriques qui n'ont pu être confrontées à la réalité de la situation du requérant et qui, de surcroît, sont sorties de leur contexte ?

L'avis du Dr M. est tout simplement dénué de toute pertinence.

2.4.2. Tout d'abord, il soutient que les problèmes à l'origine des troubles ne seraient pas connus dès lors que le Docteur B. n'en aurait pas été témoin et va même jusqu'à dire, comme mentionné ci-dessus, que ce serait l'échec de la procédure d'asile qui serait la cause.

Premièrement, le Docteur M. ne tient pas compte de ce que les troubles étaient déjà présents lorsque le requérant est arrivé en Belgique vu qu'il a directement été adressé par le service médical de FEDASIL vers le service de santé mental « Ulysse » en raison de la sévérité de ses troubles psychologiques.

Il est donc déjà démontré par ce seul élément que l'origine des troubles est à rechercher dans le pays d'origine et non en Belgique et encore moins dans l'échec de la procédure d'asile.

Deuxièmement, la longueur du suivi psychiatrique, la nature des angoisses, des délires et des hallucinations permet par contre au Dr B. d'apprécier la crédibilité du requérant et d'indiquer, sans que le doute soit permis (rapport médical « annexe » du 15.07.2014) que la cause des problèmes est bien dans le vécu du requérant dans son pays d'origine, vécu dont le contenu est encore décrit dans le rapport du 10.03.2015.

Or, le médecin de la partie adverse ne tient pas compte de la nature de ces angoisses, délires et hallucinations dans son analyse mais ne les remet pas non plus en cause (et pour cause puisqu'il n'a jamais examiné le requérant!). Son analyse est donc incomplète.

A cet égard, les propos du médecin adverse selon lequel le Dr B. ne pourrait affirmer que les dires du requérant sont exacts parce qu'il n'en a pas été témoin, sont irrelevants : aucun psychiatre n'est témoin de la cause des problèmes de son patient sans que la crédibilité de ce dernier soit pour autant remise en cause.

Dans le cas présent, le Dr B. se fonde au contraire sur toute une série d'éléments concrets pour appuyer son diagnostic contrairement au Docteur M.

Troisièmement, la position du médecin adverse est totalement farfelue comme le souligne le Dr B. dans son rapport du 10.03.2015 : « A aucun endroit il ne nous est imposé de préciser les circonstances causales du trouble, souvent d'ailleurs contestées par le médecin examinateur vu notre absence au moment des faits. Dans ce cas-ci donc il conteste la validité du diagnostic en l'absence de l'élément causal, de la même manière qu'ils contesteraient la validité du diagnostic de HIV tant qu'on n'aura pas pu leur donner des preuves du moment contaminant. Toujours aussi grotesque. La tournure en est d'ailleurs typique puisqu'empruntée à des formules répétées à l'envi dans les différents dossiers de patients, reproduisant des graphiques sortis de leur contexte, des arguments contradictoires, des généralisations, et même des erreurs de genre du patient ('la patiente' du troisième paragraphe de l'analyse), témoin du bien peu de cas du patient-sujet traité » (p. 1 et 2).

Par conséquent, le médecin adverse ne pouvait remettre en cause le diagnostic pour cette raison.

2.4.3. Le Dr M. soutient ensuite qu'un PTSD s'épuiserait spontanément.



Comme le souligne le Dr B., « *il est indécent de citer que quand bien même il s'agirait d'un PTSD, celui-ci s'épuiserait spontanément avec le temps et que même sans traitement poserait peu de problème* » (rapport du 10.03.2015, p. 2).

Il poursuit en soulignant que, comme pour la théorie de l'exposition (voir ci-dessous), les études citées de part adverse « *concernent des PTSD simples, en lien avec soit un trauma unique, soit un évènement naturel qui ne consistait pas en une volonté humaine de nuire à l'individu, soit à des militaires encadrés psychologiquement. Toutes des situations extrêmement spécifiques et variées d'où il est abusif de sortir des conclusions généralisables à tous les types de trauma* ».

Or, ces situations sont totalement différentes de celle du requérant de sorte que les sources adverses sont irrelevantes en l'espèce.

2.4.4. Quant aux plaintes du requérant qui seraient subjectives et non objectives, d'une part, le Dr M. ne les prends pas toute en compte comme déjà évoqué ci-dessus et, d'autre part, ne fait que marquer encore plus son apriori par rapport aux maladies mentales que lui impute le Dr B. : une plainte subjective n'en est pas moins réelle et le Dr B., de par son suivi régulier du requérant, est à même de la considérée comme telle contrairement au médecin adverse qui n'a jamais rencontré le requérant et qui n'est pas spécialisé en la matière.

2.4.5. En conclusions, le médecin adverse, en remettant en cause le diagnostic posé par le Dr B., viole l'article 9 ter de la loi (mauvaise analyse de la gravité des maux invoqués par le requérant), son obligation de motivation formelle (ne répond pas à un des arguments essentiels du requérant), commet une erreur manifeste d'appréciation (absence de gravité des maux), viole l'article 3 CEDH en n'appréciant pas correctement la gravité de maux et analyse mal la notion de traitement inhumain et dégradant définie à cet article.

2.5.

Quant au traitement que le Dr M. remet également en cause, le requérant tient à souligner sans vouloir se répéter que :

- ☐ Le médecin adverse se fonde exclusivement sur des sources théoriques qui plus est controversées puisqu'il est mentionné à de très nombreuses reprises « selon certains auteurs » ;
- ☐ Le Dr M. ne dispose pas des compétences pour trancher ces controverses puisqu'il est généraliste ;
- ☐ Ce médecin n'a jamais rencontré le requérant et n'est donc tout simplement pas à même d'apprécier si le traitement est correct et son efficacité.

Or, dans tous les certificats médicaux, le Docteur B., spécialiste qui suit le requérant depuis plusieurs années, insiste sur la nécessité du traitement médical tant médicamenteux que le suivi psychiatrique et psychologique au sein du SSM Ulysse.

Celui-ci souligne d'ailleurs que « *les études démontrent ainsi que parmi les suivis du PTSD, les patients non-traités fréquentent plus les services médicaux et les patients traités moins* » ; il écrit encore, comme déjà souligné ci-dessus, qu'il est indécent de prétendre qu'un PTSD se soignerait tout seul.

Enfin, le Docteur B. insiste : « *Ce qui fait soin ici en Belgique, au-delà du caractère spécialisé de la prise en charge, consiste évidemment en la sécurisation des lieux et le choix des intervenants en fonction d'une confiance évaluée empiriquement* ».

Ce point était également soulevé dans tous les certificats médicaux adressés à la partie adverse ; le médecin adverse n'en tient aucun compte et rejette tout simplement l'utilité de ce traitement sur des considérations théorique dénuées de tout base dans le dossier concret du requérant.

La partie adverse viole par conséquent l'article 9 ter de la loi (mauvaise appréciation des soins nécessaires et gravité de la maladie qui pourrait se soigner toute seule), son obligation de motivation formelle (ne répond pas à un des arguments essentiels du requérant : les soins nécessaires), commet une erreur manifeste d'appréciation (pas de soins nécessaires).

2.6.

Le Dr M. n'apprécie la gravité de la maladie qu'ici en Belgique alors que le requérant bénéficie du traitement.

Or, comme relevé ci-dessus, l'état de santé du requérant doit également être envisagé en cas d'absence de traitement (deuxième hypothèse).

En d'autres termes, au premier stade du raisonnement, le risque doit donc être envisagé en cas d'absence du traitement. C'est également par rapport à cette absence de traitement que le degré de gravité de la maladie doit être envisagé.

Dans un second stade du raisonnement, il doit être vérifié si oui ou non le traitement existe dans le pays d'origine, si le risque et le degré de gravité serait rencontré dans l'hypothèse d'un retour du demandeur dans son pays d'origine.

Tant la demande de séjour que le certificat médical analysent d'ailleurs la maladie du requérant et sa gravité sous cet angle : en cas d'absence de traitement, il existe entre autre un risque de suicide (1ère étape), risque d'ailleurs aggravé dans l'hypothèse d'un retour sur les lieux du trauma et, ensuite, le traitement n'existe pas au Togo (seconde étape).

Or, l'avis médical du médecin adverse appréhende uniquement la gravité de la maladie à l'heure actuelle et alors que le requérant bénéficie du traitement et du suivi nécessaire : il est ainsi mentionné que les affections et plaintes mentionnées ne présenteraient aucun danger vital et la problématique ne présenterait pas « *de danger immédiat* » pour la vie ou l'intégrité physique à défaut d'hospitalisation, de complication ou d'aggravation ; par conséquent, un retour au pays « *n'implique aucune influence négative ou péjorative en ce qui concerne l'évolution de l'état de santé de la personne intéressée* » ; elle poursuit en indiquant encore que même sans traitement il n'y a pas de risque ni 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* », que « *ce dernier temps il n'y a pas eu de complication aigue* » et que « *tout au plus la personne présente des sentiments négatifs évoluant dans un mode chronique* ».

A l'heure actuelle, le requérant dispose de son traitement médicamenteux, d'un suivi psychiatrique et psychologique et d'un lien thérapeutique opérant par lui-même. C'est donc bien grâce au traitement que la gravité de la maladie peut être contenue.

C'est ce que confirme d'ailleurs le Docteur B. : « *quant à l'hospitalisation, nous sommes particulièrement fiers que l'intensité du suivi psychothérapeutique ait pu le lui éviter et qu'il ait pu se soigner dans son environnement familial direct. Les études démontrent ainsi que parmi les suivis de PTSD, les patients non-traités fréquentent plus les services médicaux et les patients traités moins. (...) C'est donc dénier totalement l'efficacité du suivi que d'invoquer l'absence d'hospitalisation pour affirmer la non-dangerosité, et remettre complètement en question les conclusions de nos attestations* ».

Par contre, en cas d'absence de traitement, le Dr B. a été clair : risque de suicide mais également une rechute hallucinoïde et dépressive, désinscription social, isolement et errance.

Or, le médecin adverse n'a examiné que le risque de suicide actuellement en Belgique et alors qu'il y a un traitement (et mal comme déjà indiqué ci-dessus), jamais en cas de retour et n'a tout simplement jamais examiné les autres risques (rechute hallucinoïde, ...) alors qu'ils sont également constitutifs de traitement inhumains et dégradants.

Par conséquent et pour cette raison également, la partie adverse viole donc l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 en appréciant la gravité de la maladie actuellement alors que le requérant bénéficie du traitement et que cette gravité doit s'apprécier au pays d'origine sans le traitement ; elle viole également l'obligation de motivation formelle en faisant reposer la décision sur des motifs erronés en droit et en ne répondant pas à un argument essentiel invoqué par le requérant.

## 2.7.

Le Docteur M. estime qu'il n'existe aucune contre-indication pour le requérant de retourner sur les lieux du trauma en invoquant une certaine référence scientifique et soutient qu'une psychothérapie à long terme ne serait pas efficace.

Le Docteur M. est un généraliste et non un médecin spécialiste (psychiatre). Il ne dispose donc pas de compétences particulières pour apprécier, par exemple, l'impact ou pas d'un retour au pays d'origine sur l'état de santé du requérant, la simple référence à des théories selon lesquelles une remise dans le contexte traumatique ne tenant bien entendu aucune compte de la situation spécifique du requérant.

Il en est d'autant plus qu'il n'a jamais rencontré le requérant et que :

- Les références scientifiques auxquelles se réfère le Docteur M. datent de 2001 (!) ;
- Le Docteur B. a systématiquement invoqué dans tous ses rapports médicaux le danger et l'aggravation des problèmes en cas de retour dans le pays d'origine.

Ce spécialiste qui suit le requérant depuis longtemps et l'a rencontré à de très nombreuses reprises, est donc d'un avis totalement différent.

- Dans le même sens, E. D. dans le cadre d'un travail consacré au syndrome post-traumatique dans le cadre des demandes de régularisation pour raisons médicales, souligne la contre-indication d'un retour sur les lieux du trauma que ce soit in vivo ou en imaginaire ; il estime ainsi, sur base d'une littérature détaillée, qu'« *un renvoi sur les lieux du trauma risque de provoquer une re-traumatisation et donc une aggravation significative de la symptomatologie du patient* »<sup>4</sup>, ce qu'invoquait également le requérant dans sa demande originelle.

- Le Dr B. souligne dans son rapport du 10.03.2015 : « *Voire, plus grave encore que la thérapie d'exposition est la plus indiquée. Sans doute devons-nous confondre de situation et de contexte. Dans le cas des études citées, il s'agissait de PTSD simple, en lien avec soit un trauma unique, soit un événement naturel qui ne consistait pas en une volonté humaine de nuire à l'individu, soit à des militaires encadrés psychologiquement.*

*Toutes des situations extrêmement spécifiques et variées d'où il est abusif de sortir des conclusions généralisables à tous les types de traumas. Dans le cas de Monsieur AGBODAN (...) la dangerosité d'un retour imposé au pays consiste donc en une nouvelle plongée dans le contexte du traumatisme, quel que soit le lieu de la confrontation, puisqu'il imprègne tout le paysage culturel de la région, avec un risque de décompensation psychologique majeur et prévisible, avec risque vital associé avéré » (p. 2).*

Le Docteur M. n'est donc pas habilité à remettre en cause le risque d'aggravation en cas de retour de la requérant sur le lieu du trauma et, d'autre part, commet des erreurs manifestes en le faisant.

Par conséquent, la décision attaquée et l'avis du Docteur M. sur lequel elle repose, contiennent une erreur manifeste d'appréciation (absence de conséquence sur l'état de santé du requérant d'un retour sur le lieu du trauma et inefficacité du traitement), violent l'obligation de motivation formelle (motif erroné en fait puisqu'il repose sur des sources qui ne concernent pas le requérant), violent l'article 9 ter (absence de recours à un spécialiste et erreur d'appréciation de la gravité de la maladie) et violent l'article 3 CEDH en n'appréciant pas correctement la gravité de maux et analysant mal la notion de traitement inhumain et dégradant définie à cet article et violent l'obligation de bonne administration en tenant pas compte de tous les éléments de la cause à savoir tous les maux du requérant.

1 Paul LEWALLE « Contentieux administratif », Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, p. 160.

2 CCE, n° 40.770, 25 mars 2010

3 G. LEWALLE, op. cit., p. 159

4 Pièce 10, p. 5 et 6 ».

### 3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, branches réunies, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne* ».

L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de

voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (en ce sens, 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 du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, de cette loi. 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.

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 implique l'obligation d'informer celle-ci 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.

3.2. Le Conseil observe qu'à l'appui de sa demande, la partie requérante a produit différents documents médicaux, et ainsi un certificat établi le 15 juillet 2014, par le Dr R. [B.], psychiatre, qui indique que la partie requérante souffre d'un « *trouble schizo-affect versus trouble dépressif (illisible) sévère avec éléments psychotiques congruents à l'humeur* ». Il y est également précisé qu'il s'agit d'une maladie grave empêchant la partie requérante de travailler, ainsi que la « *persistance tableau séquellaire (sic) post traumatique avec réminiscences, céphalées, angoisses massives de danger imminent, hallucinations auditives, impotence cognitive mnésique. Idéations suicidaires récurrents (sic). Insomnies.* »

Si ledit certificat médical est indiqué dans l'histoire clinique du rapport d'évaluation médicale établi par le médecin fonctionnaire, celui-ci renseigne, au sujet du certificat médical précité, ceci : « *15/7/2014 : attestation médicale sans la présence du cachet médical (identification du médecin pas possible), problèmes psychologiques sans autre précision. Aucune complication ni aucune hospitalisation ne sont mentionnées.* »

Ces indications appellent deux observations.

En premier lieu, le certificat médical du 15 juillet 2014 susmentionné comporte bien le nom du médecin, son cachet, sa signature, ainsi que son numéro INAMI ; seule l'annexe dudit certificat médical, qui au demeurant porte la même signature, ne contient pas de numéro INAMI ni de cachet du médecin.

Ensuite, selon le médecin fonctionnaire, le(s) document(s) daté(s) du 15 juillet 2014 indique(nt) seulement des « *problèmes psychologiques sans autre précision* », ce qui n'est manifestement pas conforme au certificat médical susmentionné.

Il n'est dès lors pas établi que le médecin fonctionnaire ait pris en compte ce certificat médical, et ceci indépendamment même de son annexe, et dès lors les arguments essentiels présentés par la partie requérante à l'appui de sa demande.

Il s'ensuit que le moyen est fondé en ce que la partie requérante reproche au médecin fonctionnaire, et à sa suite à la partie défenderesse, de ne pas avoir pris en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause.

3.3. Par ailleurs, il apparaît à la lecture globale du rapport du médecin fonctionnaire une remise en cause du diagnostic posé par le psychiatre de la partie requérante, et dès lors de la gravité de la maladie, puisqu'il indique à la quatrième page dudit rapport : « *nous constatons surtout une grande frustration dans le cadre de la situation socioéconomique liée à l'incertitude de l'issue (sic) de la demande. D'après les certificats déposés, les plaintes subjectives du requérant 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 présent, nous constatons surtout une certaine dysthymie avec des sentiments dysphoriques, et non pas une affection psychiatrique aiguë* ».

Le Conseil observe que le médecin fonctionnaire expose dans son rapport les raisons pour lesquelles il remet en cause la présence d'un PTSD, mais n'explique nullement ce qui le conduit à remettre ainsi en cause le diagnostic posé par le psychiatre de la partie requérante, de « *trouble schizo-affect versus trouble dépressif (illisible) sévère avec éléments psychotiques congruents à l'humeur* » et, ainsi, la gravité de la maladie et ce, alors même qu'il ne dispose pas de la spécialisation médicale pertinente et qu'il n'a pas vu la partie requérante en consultation.

Il résulte de ce qui précède que l'appréciation médicale effectuée par le médecin fonctionnaire n'est pas conforme aux éléments médicaux qui lui ont été soumis et n'est en outre pas établie à suffisance par le dossier administratif.

Le moyen unique, en ce qu'il est pris de la violation du principe général imposant à l'administration de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause et de l'obligation de motivation formelle, est, dans les limites exposées ci-dessus, fondé et justifie l'annulation de l'acte attaqué.

3.4. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen dès lors qu'à les supposer fondés, ils ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

#### **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. 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<sup>er</sup>**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 5 février 2015, est annulée.

##### **Article 2**

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quatorze janvier deux mille seize par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY