



Arrêt

n° 168 498 du 27 mai 2016
dans l'affaire X / III

En cause : 1. X
2. X
agissant en leur nom propre et en leur qualité de représentants légaux de :
3. X
4. X

Ayant élu domicile : X

Contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 5 novembre 2013, en leur nom personnel et au nom de leurs enfants mineurs, par X et X, qui déclarent être de nationalité russe, tendant à l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 2 octobre 2013, sur la base de l'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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 décembre 2015 convoquant les parties à l'audience du 29 janvier 2016.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. CHATCHATRIAN *loco* Me S. MICHOLT, avocat, qui comparaît pour les parties requérantes, et Me M. DERENNE *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

Selon leurs déclarations, les requérants sont arrivés en Belgique le 18 décembre 2007. Le lendemain, ils ont introduit une demande d'asile.

Le 13 avril 2010, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a pris à leur rencontre des décisions de refus du statut de réfugié et du statut de protection subsidiaire. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a fait l'objet d'un arrêt de rejet du Conseil n° 46 858 du 30 juillet 2010.

En date du 23 août 2010, les requérants ont introduit une seconde demande d'asile, qui s'est également clôturée par une décision de refus du statut de réfugié et du statut de protection subsidiaire prise par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides le 18 janvier 2011. Le recours introduit auprès du Conseil contre ces décisions a été rejeté par un arrêt n° 59 748 du 14 avril 2011.

Par un courrier du 2 avril 2009 (confié à la poste le 7 avril 2009), les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été complétée le 16 mai 2011 et le 22 octobre 2012.

Le 27 septembre 2013, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un rapport d'évaluation sur la situation médicale de la première partie requérante.

Le 2 octobre 2013, la partie défenderesse a pris à l'encontre des requérants une décision d'irrecevabilité de leur demande d'autorisation de séjour.

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

« Article 9ter §3 - 4° de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après la loi du 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1er, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 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 27.09.2013 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé [la première partie requérante] n'est pas atteint par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique. Les maladies décrites ne requièrent pas de mesures urgentes sans lesquelles ces maladies constitueraient un risque vital immédiat.

Afin de déterminer si l'affection de l'intéressé peut comporter un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, il est à noter que même s'il n'y a que très peu, voire pas de possibilités de traitement, ce qui peut entraîner une dégradation considérable de l'état de santé de l'intéressé et d'engager son pronostic vital à court ou moyen terme, l'article 3 de la CEDH n'est pas violé si l'état de santé actuel du requérant n'est pas aussi périlleux pour la vie (CEDH, 20 décembre 2011, Yoh-Ekale Mwanje c. Belgique, §§ 81-85 ; CEDH, Décision, 24 mai 2012 E.O. c. Italie, n°34724/10, §§, 34-38 ; CEDH, Grande Chambre, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, § 42)¹

De ce fait, pour pouvoir parler d'un traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat au sens de l'article 3 de la CEDH et de l'article 9 ter de la LLE, il n'est pas seulement déterminant qu'aucun traitement n'est disponible dans le pays d'origine, toutefois, l'on doit également se trouver en présence d'un état de santé critique ou un pronostic vital qui peut être engagé à court terme, de sorte que la constatation du défaut évident et manifeste d'un tel risque actuel et grave pour la santé suffit largement à exclure la condition d'application de l'article 9 §1 et de l'article 3 de la CEDH.

Les constatations dans l'avis médical révèlent actuellement donc un défaut manifeste d'un stade avancé, critique, voire terminal ou vital des affections dont est atteint l'intéressé, de sorte que cet élément en soi permet de conclure de manière convaincante que l'intéressé peut être exclu du champ d'application de l'article 3 de la CEDH et par conséquent aussi du champ d'application de l'article 9 ter de la loi sur les étrangers.

Dès lors, il ressort des certificats médicaux type ainsi que les pièces médicales fournies que l'intéressé n'est manifestement pas atteint 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. En outre, soulignons que la CEDH estime que les violations de l'art. 2 (droit à la vie) et de l'art. 3 de la CEDH sont indissociables. En effet, s'il est impossible de constater des traitements inhumains ou dégradants, une éventuelle violation du droit à la vie ou à l'intégrité physique n'est pas examinée en raison de cette interdépendance, vu le raisonnement que la CEDH applique systématiquement à ces articles (CEDH, 20 décembre 2011, Yoh-

Ekale Mwanje c. Belgique, § 86 ; CEDH, 2 mai 1997, *D. c. Royaume-Uni*, §§ 58-59 ; CEDH, Décision, 29 juin 2004, *Salkic e.a. c. Royaume-Uni* ; CEDH, Décision, 7 juin 2011, *Anam c. Royaume-Uni*).

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

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

¹ CEDH, 20 décembre 2011, *Yoh-Ekale Mwanje c. Belgique*, §§ 81-83: « [...] La Cour n'est, par ailleurs, pas sans ignorer, ainsi qu'en attestent, s'il en est besoin, les certificats médicaux produits devant les autorités internes et devant elle, que, comme toutes les personnes atteintes par le VIH dans sa situation, priver la requérante de ces médicaments aura pour conséquence de détériorer son état de santé et d'engager son pronostic vital à court ou moyen terme.

82. Toutefois, la Cour a jugé que de telles circonstances n'étaient pas suffisantes pour emporter violation de l'article 3 de la Convention. Dans l'affaire *N.* précitée, la Grande Chambre a en effet estimé que « le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant la requérante connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3 » et que « l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier [les] disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde pour les Etats contractants » (§ 42).

83. Selon la Cour, il faut donc que des considérations humanitaires encore plus impérieuses caractérisent l'affaire. Ces considérations tiennent principalement à l'état de santé des intéressés avant l'exécution de la décision d'éloignement. Dans l'arrêt *D.* précité, la Cour a tenu compte du fait que le taux de CD4 du requérant était inférieur à 10, que son système immunitaire avait subi des dommages graves et irréparables et que le pronostic à son sujet était très mauvais (§§ 13 et 15) pour conclure que le requérant était à un stade critique de sa maladie et que son éloignement vers un pays qui n'était pas équipé pour lui prodiguer les traitements nécessaires était contraire à l'article 3 (§§ 51-54). [...] »

CEDH, Grande Chambre, 27 mai 2008, *N. c. Royaume-Uni*, § 50: « La Cour admet que la qualité et l'espérance de vie de la requérante auraient à pâtir de son expulsion vers l'Ouganda. Toutefois, la requérante n'est pas, à l'heure actuelle, dans un état critique. L'appréciation de la rapidité avec laquelle son état se dégraderait et de la mesure dans laquelle elle pourrait obtenir un traitement médical, un soutien et des soins, y compris l'aide de proches parents, comporte nécessairement une part de spéculation, eu égard en particulier à l'évolution constante de la situation en matière de traitement de l'infection à VIH et du sida dans le monde entier. » ».

2. Exposé du moyen d'annulation

Les parties requérantes prennent un moyen unique libellé comme suit :

« **Premier moyen unique :**

- **Violation de l'article 9ter de la Loi des étrangers:**
- **Violation de l'article 62 de la loi sur l'entrée au territoire, le séjour, l'installation et l'éloignement des étrangers, en date du 15 décembre 1980, M.B. 31 Décembre 1980 (en abrégé Loi des étrangers) :**
- **Violation de l'article 3 C.E.D.H.:**
- **Violation de l'article 2 et 3 de la Loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs :**
- **Violation du principe général du devoir de motivation formelle et matérielle:**
- **Violation du principe général de droit de bonne gestion:**
- **Violation devoir de précaution:**
- **Abus de pouvoir.**

4.1.

La partie défenderesse argumente dans la décision attaqué, en date du 2 octobre 2013 (notifiée le 11 octobre 2013), « que l'article 9 ter § 3 — 4° de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci - après la loi du 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 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. » (pièce 1).

La partie défenderesse se base sur l'avis médical concernant la partie requérante du médecin de l'Office des Etrangers, en date du 27 septembre 2013 (pièce 3).

4.2.

Conformément à l'article 9 ter, § 3, 4 ° de la Loi des étrangers (inséré par la Loi du 08.01.2012 (M.B. 06.02.2012), le fonctionnaire-médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué qui constate dans son avis que la maladie ne correspond manifestement pas aux conditions prévues dans le § 1, premier alinéa de l'article 9 ter de la Loi des étrangers, peut déclarer la demande comme étant irrecevable.

La décision contestée est un exemple classique de la mauvaise volonté persistante du chef de la partie défenderesse.

C'est qu'il s'agit ici d'une appréciation *prima facie*, l'objectif étant de déclarer déjà la demande comme étant irrecevable lorsque le fonctionnaire-médecin constate que la maladie présente un *manque manifeste* de gravité. L'idée du législateur consiste à exclure par exemple 'un ongle infecté' ou un 'simple rhume de cerveau' de la procédure de régularisation médicale.

<http://www.kruispuntmi.be/vreemdelingenrecht/detailnieuwsbr.aspx?id=16244#11>).

On peut remarquer que la partie défenderesse est le plus sévère possible en ce qui concerne la recevabilité : la jurisprudence C.E.D.H. détermine les limites de la protection qui doit absolument être donnée. D'après l'article 9 ter Loi des Etrangers une menace « directe » de la vie à cause de l'état de santé « critique » ou « un stade « avancé » de la maladie n'est pas nécessaire . **In-ci, la question est donc si la motivation de la partie défenderesse n'ajoute pas une condition à l'article 9ter et ainsi méconnaît l'article 9ter.**

Un arrêt du Conseil d'Etat (arrêt numéro 223.961 en date du 19 juin 2013, consulté à www.raadvanstate.be) établie qu'une protection plus large est présente dans la législation interne :

"Hoe dan ook vormt de omstandigheid dat artikel 3 van het EVRM als hogere norm ten aanzien van de Vreemdelingenwet geldt en mogelijkerwijze een lagere vorm van bescherming voorziet, geen beletsel voor de toepassing van artikel 9ter, § 1, eerste lid, van die wet zoals hierboven beschreven. Het EVRM bevat immers minimumnormen en belet geenszins een ruimere bescherming in de interne wetgeving van de verdragspartijen.

(■■■■)

Zoals eveneens hierboven is uiteengezet, is de verwijzing in het bestreden arrest naar artikel 3 van het EVRM als hogere norm dan de Vreemdelingenwet absoluut niet dienstig, alleen al omdat die verdragsbepaling geen ruimere bescherming in de nationale wetgeving verbiedt. "

L'art. 9ter de la Loi des étrangers parle d'un risque réel pour la vie ou d'un risque réel d'un traitement inhumain ou dégradant pour cause de l'absence d'un traitement adéquat. Cependant, le médecin attaché conclut qu'il ne peut être établi que l'intéressé souffre d'une affection impliquant une menace directe de la vie. L'affection décrite n'exige pas de mesures urgentes sans lesquelles il pourra être question d'un danger de vie pressant. Ceci tandis que nulle part dans l'art. 9ter, il n'est indiqué qu'il doit être question d'une menace directe.

Le médecin attaché de la partie défenderesse ne peut alors déclarer des demandes 9ter comme étant médicalement irrecevables que lorsque celles-ci n'impliquent manifestement aucun risque réel. Il ne peut nullement être l'objet que la partie défenderesse déclare les demandes comme étant « médicalement irrecevables » tandis qu'elles sont peut-être « médicalement mal fondées ».

In casu, il n'est nullement question de maladies présentant un manque de gravité manifeste. La partie défenderesse n'a fait qu'un seul test prima facie superficiel.

La première partie requérante souffre d'un trouble dépressif et un post traumatique stress syndrome. Ce diagnostic a été confirmé dans l'attestation médicale type en date du 26 janvier 2009 qui a été jointe à la demande de régularisation médicale, mais aussi dans l'attestation médicale en date du 23 janvier 2013:

"1) *posttraumatisch stresssyndroom, angststoornis;*
2) *rugprobleem, discopathie met lichte buiging en facetartrose L5 - S1.* "
(pièce 4, Attestation médicale type remplie par le docteur [S. W.], du 23 janvier 2013)

De tous les diagnostics faits par tous les médecins, il peut être déduit que l'état de santé de la première partie requérante est grave.

Le traitement médical aujourd'hui est le suivant :

« 1) *psychologische hulp 1 x / maand via centrum geestelijke gezondheidszorg.* »
(pièce 4).

Le docteur [S. W.] prévoit la durée suivante du traitement :

« *verdere psychologische hulp aangewezen.* »
(pièce 4)

Lors de l'appréciation d'une demande de régularisation médicale, la partie défenderesse a le devoir d'agir **prudemment et soigneusement** !

Malgré le fait que la partie défenderesse doit seulement faire une appréciation *prima facie*, la partie défenderesse a bien le devoir **d'agir avec circonspection et soin**.

Le trouble de stress post-traumatique (aussi connu sous les termes de *syndrome de stress post-traumatique*, SSPT, ou état de stress post-traumatique, ESPT) désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante. Le trouble de stress post-traumatique est une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte (notamment accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat). Les capacités d'adaptation (comment faire face) du sujet sont débordées. La réaction immédiate à l'événement aura été traduite par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur. Le TSPT est moins fréquent que la réponse aiguë au stress.¹

Prétendre que la première partie requérante ne souffre pas d'une maladie qui constitue un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique, ou ne souffre pas d'une maladie qui est un risque réel pour un traitement inhumain et humiliant lorsqu'il n'y a pas de traitement adéquat disponible dans le pays d'origine ou dans le pays où réside normalement la première partie requérante, ne correspond pas avec la réalité. D'ailleurs, il apparaît de la demande de régularisation pour raisons médicales, clairement qu'il s'agit ici de problèmes physiques sérieux avec des restrictions sérieuses pour la première partie requérante.

La décision de la partie adverse que la demande de régularisation du 2 octobre 2013 (notification 11 octobre 2013) est irrecevable sur le fait que vu les attestations ajoutées avec la demande, il n'est pas clair que la première partie requérante n'a pas une condition médicale qui est un risque réel, montre que la partie adverse n'a pas tenue au courant tous les éléments du dossier dans une manière objective et au fond qui était établi dans l'attestation médicale type.

Dans la décision attaquée, il n'est pas spécifiquement expliqué pourquoi la situation médicale de la partie requérante n'est pas conforme l'article 9ter de la Loi des Etrangers. Il est seulement écrit :

"1) Il ressort de l'avis médical du médecin de l'Office des Etrangers daté du 27.09.2013 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé ([la première partie requérante]) n'est pas atteint par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique. Les maladies décrites ne requièrent pas de mesures urgentes sans lesquelles ces maladies constitueraient un risque vital immédiat.

Afin de déterminer si l'affection de l'intéressé peut comporter un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, il est à noter que même s'il n'y a que très peu, voire pas de possibilités de traitement, ce qui peut entraîner une dégradation considérable de l'état de santé de l'intéressé et d'engager son

pronostic vital à court ou moyens terme, l'article 3 de la CEDH n'est pas violé si l'état de santé actuel du requérant n'est pas aussi périlleux pour la vie (...).

De ce fait, pour pouvoir parler d'un traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat au sens de l'article 3 de la CEDH et l'article 9 ter de la LLE, il n'est pas seulement déterminant qu'aucun traitement n'est disponible dans le pays d'origine, toutefois, l'on doit également se trouver en présence d'un état de santé critique ou un pronostic vital qui peut être engagé à court terme, de sorte que la constatation du défaut évident et manifeste d'un tel risque actuel et grave pour la santé suffit largement à exclure la condition d'application de l'article 9 § 1 et de l'article 3 de la CEDH.

Les constatations dans l'avis médical révèlent actuellement donc un défaut manifeste d'un stade avancé, critique, voire terminal ou vital de l'affection dont est atteint l'intéressé, de sorte que cet élément en soi permet de conclure de manière convaincante que l'intéressé peut être exclu du champ d'application de l'article 3 de la CEDH et par conséquent aussi du champ d'application de l'article 9 ter de la loi sur les étrangers.

Dès lors, il ressort du certificat médical type ainsi que les pièces médicales fournies que l'intéressé n'est manifestement pas atteint 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. En outre, soulignons que la CEDH estime que les violations de l'art. 2 (droit à la vie) et de l'art. 3 de la CEDH sont indissociables ; En effet, s'il est impossible de constater des traitements inhumains ou dégradants, une éventuelle violation du droit à la vie ou à l'intégrité physique n'est pas examinée en raison de cette interdépendance, vu le raisonnement que la CEDH applique systématiquement à ces articles (...).

Par conséquent, il n'est pas pourvu qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH. "
(pièce 1)

2) « Rien dans ce dossier médical ne documente ni n'objective une menace directe pour la vie du concerné, un état de santé critique ou un stade très avancé de la maladie. Rien dans ce dossier médical ne démontre un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant. Le dossier ne démontre pas qu'il y a un risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas d'arrêt du traitement adéquat dans le pays d'origine. Par conséquent, je constate qu'il n'est manifestement pas question d'une maladie visée au §1^{er} alinéa 1^{er} 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. "(pièce 3)

D'après l'arrêté CE 83.956 du 29 juin 2012 et l'arrêté 41.212 du 4 décembre 2012 la motivation de l'Office des Etrangers méconnaît l'article 9ter de la Loi de Résidence et le devoir de motivation formelle. L'article 9ter ne protège pas uniquement contre des menaces de vie directes, mais également contre le risque réel lorsqu'il n'y a pas de traitement adéquat dans le pays où le demandeur devrait retourner. Pour appliquer le filtre médical la partie défenderesse devrait contrôler et motiver les deux éléments.

Ceci est encore une fois clairement confirmé par l'arrêté CE n° 92.863 du 4 décembre 2012 :

"Aldus blijkt dat de ambtenaar-geneesheer door enkel te onderzoeken of de aandoeningen direct levensbedreigend zijn, in de zin dat er sprake is van een kritieke gezondheidstoestand of een vergevorderd stadium van de ziekte, zonder verder onderzoek naar de mogelijkheden van een behandeling in het land van herkomst of zonder aan te geven dat het slechts een banale ziekte betreft, de rechtspraak van het EHRM inzake artikel 3 van het EVRM bij de verwijdering van zieke vreemdelingen, te beperkend interpreteert. "

Et l'arrêté RvV n° 93.285 du 11 décembre 2012:

"De bestreden beslissing steunt op een deductie van de arts-adviseur die geen steun vindt in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Er werd in strijd met artikel 9ter, 61, eerste lid van de vreemdelingenwet niet nagegaan of er geen sprake is van een ziekte of aandoening die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van bestemming. De zorgvuldigheidsplicht en materiële

motiveringsplicht werden geschonden in het licht van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet. "

Cette jurisprudence a été également confirmée par le Conseil d'Etat dans l'arrêt nr. 223.961 en date du 19 juin 2013 (consulté à www.raadvanstate.be)

"Anders dan de verwerende partij voorhoudt, houdt deze laatste bepaling duidelijk twee mogelijkheden in wat betreft de ziekte van de betrokkene: de ziekte houdt een reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit in, of zij houdt een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst in. De duidelijke bewoordingen van deze bepaling, waarin de twee mogelijkheden naast elkaar zijn geplaatst, vergen geen nadere interpretatie en laten geenszins toe te besluiten dat de " tweede mogelijkheid, zijnde een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst, afhankelijk is van de eerste mogelijkheid met name een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene. "

Une motivation telle que la partie défenderesse a utilisé ici est insuffisante. **In casu le devoir de motivation formel est violé et ainsi les arrêtés RvV 83.956 du 29 juin 2012, 92.863 du 4 décembre 2012 et 93.285 du 11 décembre 2012 peuvent être appliqués d'analogie!**

La partie défenderesse n'a pas investigué s'il y a un traitement adéquat disponible pour la première partie requérante dans son pays d'origine.

4.3.

Il résulte clairement de l'attestation médicale type jointe à la demande de régularisation médicale et les autres attestations que la première partie requérante souffre des affections médicales qui nécessitent un traitement adéquat.

Les parties requérantes sont originaires de Tchétchénie, la Russe.

Les soins de santé en Tchétchénie sont tout à fait médiocres. Des informations objectives citées dans la demande de régularisation médicale résulte suffisamment que dans le pays d'origine, la première partie requérante n'aura pas les soins médicaux dont elle a besoin.

*"In the Russian Fédération, medical care is provided both by the state and by private medical institutions. The majority of current medical institutions are run by the state. However, the private sector is developing rapidly. Health care in Russia is in a difficult situation. According to the Minister of Health and Social Development, it is only financed from the state budget at half the amount required. About 80% of state medical institutions are financed from regional and/or municipal budgets which have inadequate financial resources for the task and cannot secure high-level medical care. Medical equipment is usually obsolete and basic medical institutions are understaffed at about 60% of the proper level. **As a result, the quality of free medical services is falling.** "*

(pièce 5: UK Border Agency (Home Office), 'Russia Country of Origin Information (COI) Report, dd. 11 november 2010, p. 46, les parties requérantes mettent en gras; http://www.ecoi.net/file_upload/1226_1290075759_russia-111110.pdf)

*"The général attitude amongst the sources with whom Landinfo has consulted about the health service in Chechnya, is that the infrastructure is good **but there are weaknesses in the quality of treatment.** An international humanitarian organisation expressed it thus in an email in June 2011:*

*[..]Grozny has been completely rebuilt in the past fiveyears and the medical facilities ■which were destroyed are now largely rebuilt. However whilst the physical infrastructure is in place there are massive gaps **in access to quality health care, and drug supply. Most people will leave the republic to find treatment in one of the neighbouring republics if they can afford it.***

The main reason why there are qualitative weaknesses in treatment are, according to the sources, that the health personnel are not competent enough (ICRC, meeting November 2011; MSF, meeting November 2011; Well-informed source, meeting November 2011; International organisation, meeting November 2011). ICRC was of the opinion that the training for doctors and nurses in the republic is inadequate and there are too few specialists in général. A lack of

*specialists means that there is insufficient expertise to utilise the new medical equipment and that patients can be wrongly diagnosed. **The claim that the level of highly-qualified personnel is not good enough was also confirmed by representatives for the Ministry of Labour, Employment and Social Development to the Austrian country of origin information unit.*** "

(pièce 6, "Report: Chechnya and Ingushetia: Health Services", Landinfo: Country of Origin Information Centre, en date du 26 juin 2012, les parties requérantes mettent en gras).

L'accessibilité aux soins de santé est limitée, également pour cause de motifs financiers. L'infrastructurer de la santé publique à Russe est d'une qualité très pauvre. De plus, il y a un manque énorme de personnel médical qualifié.

*"By law, medicines should be free for in-patients while medicines for out-patients are paid for by the patient. **In practice, however, in-patients often end up having to buy their own medicines. This may be due to a lack of medicines** or because the patients do not trust the medicines provided by the hospitals. Some groups which qualify for social security and benefits can have the costs of prescribed medicines paid fully or in part. Certain illnesses are also covered by free prescribed medicines; cerebral palsy, cystic fibrosis, HIV/AIDS, diabetes, cancer, leprosy, TB, etc. The list of illnesses that are covered by free medicines is drawn up by the Ministry of Health and Social Development (Popovich et al. 2011, p. 125; IRR1CO 2009, p. 5). When asked to what extent the costs of such medicines are actually covered, a representative for the WHO in North Caucasus replied in an email in September 2010 that **due to shortage of funding to Russian regions there have been problems with supplies of medicines. This means that it can be difficult to obtain such medicines free of charge and a number of people end up buying medicines on the commercial market.**"*

(pièce 6, "Report: Chechnya and Ingushetia: Health Services", Landinfo: Country of Origin Information Centre, 26 juin 2012, les parties requérantes mettent en gras).

*The local population also states that even though the treatment facilities say that medicines are available, **it is not uncommon that medicines are unavailable** (Ibragimov 2010c; Ibragimov 2010a; Akhmadov 2008; Ibragimov & Ivanov 2012) (pièce 6, "Report: Chechnya and Ingushetia: Health Services", Landinfo: Country of Origin Information Centre, 26 juin 2012, les parties requérantes mettent en gras).*

Les soins de santé en Tchétchénie sont médiocres et la plupart de la population russe n'a presque pas d'accès aux soins de santé. Par conséquent, la première partie requérante ne pourra pas recevoir l'assistance spécialisée dont elle a besoin. Ceci a été motivé et démontré dans la demande de régularisation du 3 avril 2009.

Dans la décision contestée, il n'est pas tenu compte de l'arrêt possible du traitement. En cas d'un retour au pays d'origine, les problèmes médicaux s'aggraveront. À cet égard, la décision contestée constitue une violation de l'article 3 C.E.D.H.

4.4.

De plus l'arrêt M.S.S. contre la Belgique et la Grèce de la Cour Européenne pour les Droits de l'Homme doit également être mentionné.

Dans cet arrêt il est mentionné que si des '*reliable sources*' témoignent de '*practices resorted to or tolerated by the authorities which are manifestly contrary to the principles of the Convention*' les autorités nationales ne peuvent référer pur et simplement au principe de confiance vis-à-vis de l'autre état membre. In concreto l'Office des Etrangers devait vérifier comment un autre état membre se conforme à ses obligations internationales et applique les directives EU et exiger des garanties individuelles. Par analogie cet arrêt peut également être d'application en ce qui concerne la responsabilité de l'Office des Etrangers lors de la considération de la question si une personne pourra jouir des soins nécessaires dans le pays d'origine.

Ci-dessus il a été largement indiqué que les soins de santé dans le pays de la partie requérante NE SONT PAS SUFFISANTS. Pour le premier requérant les soins de santé dans le pays d'origine ne sont PAS suffisants. Pour le premier requérant il n'y a pas de traitement disponible en Russe. Lors d'un retour forcé dans le pays d'origine, il y a un risque réel d'une violation de l'article 3 CEDH.

4.5.

Finalement, vu ce qui précède, on peut conclure qu'« casu il est question d'un abus de pouvoir de la part de la partie défenderesse.

En effet, des attestations médicales présentées, il apparaît clairement que la première partie requérante souffre d'une affection qui est sérieuse et qui sans les traitements médicaux indispensables, est un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique.

La décision de la partie défenderesse pour déclarer les demandes pour régularisation pour raisons médicales par la partie requérante du 3 avril 2009 comme irrecevable, n'est pas raisonnable.

Dans la décision mentionnée ci-dessus, les règles de droit sont tout simplement violés ».

3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une demande d'autorisation de séjour est déclarée irrecevable « *lorsque le fonctionnaire médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1er, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume* ».

L'article 9ter, § 1er, 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* ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, 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 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) 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 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 (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

Le Conseil rappelle par ailleurs que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-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.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 27 septembre 2013 et joint à cette décision, qui mentionne notamment que :

« D'après le certificat médical type et les pièces médicales :

- *Attestation médicale, certificat médical circonstancié, certificat médical et courrier (adressé au Dr [Go.] du 26/01/2009 du Dr [K] (généraliste)*
- *Certificat médical du 12/05/2011 du Dr [Db.] (généraliste)*
- *Attestation médical du 04/10/2011 du Dr [Db] généraliste)*

Il ressort que l'affection qui motive la demande 9ter est un stress post-traumatique (PTSD) avec dépression. Je constate l'absence d'un rapport d'un spécialiste et d'examen probants (tests psychométriques, test électrophysiologiques) objectivant et étayant le diagnostic. Les troubles psychiques évoqués n'ont pas demandé une prise en charge spécialisée ni la moindre mesure de protection (hospitalisation ou autre). Un traitement médicamenteux est signalé en 2009, mais en 2011 seul un suivi social (au CGG d'Izegem) est effectif. Un suivi psychiatrique ou psychologique n'est pas documenté, pas plus qu'un traitement médicamenteux depuis le certificat de 2008.

Il est à noter que le certificat médical du 26/01/2009 indique que la pathologie empêche le requérant de se déplacer alors que celui-ci séjourne à Beernem et a consulté un médecin à Brasschaat, soit à 101 km de son lieu de séjour.

Une gastroscopie réalisée le 02/10/2011 a mis en évidence une gastrite avec des petites ulcérations, dans le cadre du PTSD. Aucun rapport d'un spécialiste gastro-entérologue ne documente un état de santé critique ni le moindre risque pour la vie ou l'intégrité physique. Pas de traitement.

Les documents médicaux signalent aussi des traumatismes au niveau des reins, du crâne et du nez (fracture en 2008) ainsi qu'une opération du ménisque G (en 2010). Ce sont des affections du passé qui sont guéries depuis longtemps en 09/2013.

Rien dans le dossier médical ne documente ni n'objective une menace directe pour la vie du concerné, un état de santé critique ou un stade très avancé de la maladie.

Rien dans le dossier médical ne démontre un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant.

Le dossier ne démontre pas qu'il y a un risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas d'arrêt du traitement ou d'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine.

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

Le Conseil estime que dans la mesure où l'avis donné par le médecin-conseil de l'Etat belge, dans le cas visé à l'article 9ter, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, rend irrecevable la demande d'autorisation de séjour fondée sur cet article, sans que la partie défenderesse puisse exercer un quelconque pouvoir d'appréciation quant à ce, il y a lieu de considérer que cet avis est indissociablement lié à la décision d'irrecevabilité ainsi prise, dont il constitue le fondement indispensable et déterminant.

Le Conseil observe que les parties requérantes se bornent essentiellement à contester la motivation de la décision d'irrecevabilité sans évoquer la motivation circonstanciée de l'avis du fonctionnaire médecin, lequel est déterminant ainsi qu'il a été rappelé ci-avant. Or, le fonctionnaire médecin a indiqué dans son avis, de manière claire et suffisante, que les maladies invoquées, en ce compris le PTSD, ne répondent manifestement pas à la maladie visée au §1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Pour le surplus, l'argumentation des parties requérantes consistant à insister sur la gravité de la pathologie dont souffre le premier requérant n'a en réalité d'autre but que d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments du dossier à celle de la partie défenderesse, ce qui excède manifestement ses compétences dans le cadre du contrôle de légalité qu'il exerce au contentieux de l'annulation.

Le Conseil observe également qu'il ressort de son avis médical que le médecin conseil de la partie défenderesse a examiné les documents médicaux, déposés par les parties requérantes à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour. Le certificat médical du 23 janvier 2013 invoqué par les parties requérantes et joint à leur requête ne figure aucunement au dossier administratif et les parties requérantes sont également en défaut de démontrer que ce document a été produit en temps utile, à savoir avant la prise de la décision attaquée.

Concernant ensuite l'argument relatif à l'absence d'examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins dans leur pays d'origine, il résulte des considérations exposées au point 3.1. du présent arrêt que les parties requérantes ne justifient pas, en l'espèce, d'un intérêt quant à ce, dès lors qu'elles n'ont pas remis utilement en cause la conclusion du médecin fonctionnaire selon laquelle la pathologie dont souffre le premier requérant n'atteint pas en elle-même le degré minimal de gravité requis. Le même raisonnement s'applique au grief fait à la partie défenderesse de ne pas avoir examiné les conséquences en cas d'arrêt de traitement.

S'agissant enfin de la violation de l'article 3 de la CEDH invoquée par la partie requérante, en lien avec son dossier médical, le Conseil souligne que, dès lors que la partie défenderesse a pu considérer que la maladie ne répondait manifestement pas à une maladie reprise dans le champ d'application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, elle ne peut avoir commis de violation de l'article 3 de la CEDH.

3.3. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse a pris en considération tous les éléments de la cause et n'a pas manqué à son obligation de motivation formelle ni violé l'article 9 *ter* de la loi du 15 décembre 1980 ou l'article 3 de la CEDH.

En conséquence, le moyen pris ne peut être accueilli.

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

Article unique

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-sept mai 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