



Arrêt

**n° 183 857 du 14 mars 2017
dans l'affaire X / III**

En cause : 1. X

Ayant élu domicile : au X

Contre :

**l'Etat belge, représenté par la Ministre de la Justice, chargé de l'Asile et la Migration,
de l'Intégration sociale et de 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 IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 4 novembre 2014, par X X, qui déclarent être de nationalité arménienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 25 septembre 2014, 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 1er 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'arrêt n° 236.016 du 6 octobre 2016 par lequel le Conseil d'Etat a cassé l'arrêt n° 160.661 prononcé par le Conseil de céans le 25 janvier 2016 en la présente cause.

Vu l'ordonnance du 16 décembre 2016 convoquant les parties à l'audience du 13 janvier 2017.

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

Entendu, en leurs observations, Me J. DIBI *loco* Mes D. ANDRIEN et Z. ISTAZ-SLANGEN, avocat, qui comparaît pour les parties requérantes, et Me Th. CAEYMAEX *loco* Mes D. MATRAY et N. SCHYNTS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le 18 juillet 2011, les requérants sont arrivés sur le territoire belge et ont sollicité l'asile le jour même. La procédure d'asile s'est clôturée par des décisions de refus du statut de réfugié et du statut de protection subsidiaire prises par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 21 septembre 2011. Le recours contre ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 72.212 du 20 décembre 2011.

1.2. Le 23 janvier 2012, ils ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, complétée à plusieurs reprises. La demande a donné lieu à une décision d'irrecevabilité en date du 26 octobre 2012, accompagnée d'ordres de quitter le territoire.

La décision d'irrecevabilité a été retirée en date du 7 décembre 2012. Le recours contre la décision de rejet a donné lieu à un désistement d'instance constaté par l'arrêt n° 98.071 du 28 février 2013. Une nouvelle décision d'irrecevabilité a été prise en date du 15 janvier 2013 accompagnée d'un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée. Le recours en annulation contre ces décisions a été accueilli par l'arrêt n°107.211 du 25 juillet 2013. Une nouvelle décision déclarant la demande de séjour recevable mais non fondée a été prise le 19 novembre 2014 mais a toutefois été retirée le 20 janvier 2015. Le recours contre cette décision a donc été rejeté par l'arrêt n° 141.598 du 24 mars 2015. Une nouvelle décision de rejet a été prise le 16 février 2015, laquelle a de nouveau été retirée le 31 mars 2015. Le recours contre cette décision de rejet a été rejeté par l'arrêt n° 146.061 du 22 mai 2015. Le 26 août 2015, la partie défenderesse a pris une décision de refus de séjour. Le recours introduit à son encontre a été toutefois accueilli par l'arrêt n° 160.663 du 25 janvier 2016.

1.3. Le 29 octobre 2012, la partie défenderesse a pris des ordres de quitter le territoire – demandeurs d'asile à l'encontre des requérants (annexes 13^{quintes}). Le recours contre ces ordres a été rejeté par l'arrêt n° 119.680 du 27 février 2014.

1.4. Le 11 avril 2013, ils ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 25 août 2013.

1.5. Le 28 mai 2013, ils ont introduit une seconde demande d'asile, laquelle a donné lieu à des décisions de refus du statut de réfugié et d'octroi du statut de protection subsidiaire prises par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 20 décembre 2013. Le recours contre ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 124.551 du 22 mai 2014.

1.6. En date du 25 septembre 2014, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour du 11 avril 2013, notifiée aux requérants le 6 octobre 2014.

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

« 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.

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

Dans son rapport du 25 septembre 2014 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, l'Arménie.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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.

La présente décision concerne la demande 9ter du 11.04.2013 introduite en raison d'une affection médicale de [la seconde partie requérante]. Les intéressés ont apportés ultérieurement à la demande des documents médicaux au nom d[un premier requérant]; ces derniers ne peuvent être pris en compte

dans le cadre de la présente décision. Les intéressés sont pourtant libres d'introduire une nouvelle demande en application de l'article 9ter afin que ces éléments médicaux au nom d[u premier requérant] soient éventuellement pris en compte.

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 radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ». ».

Cette décision a été notifiée aux parties requérantes le 6 octobre 2014.

2. Exposé du moyen d'annulation.

Les parties requérantes prennent un moyen unique, libellé comme suit :

« Exposé du moyen.

Pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3 et 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1955, approuvée par la loi du 13 mai 1955, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 [...], de l'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative au droit du patient, de l'article 4 de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 8 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil, ainsi du principe de bonne administration du principe de minutie et du respect des droits de la défense.

• Premier grief.

Les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 prescrivent la motivation dans l'acte des considérations de droit et de fait qui fondent la décision ; il ne peut être fait référence à des éléments dont le destinataire ne peut avoir connaissance avant ou, au plus tard, au moment de la notification de la décision. L'obligation de motivation formelle a pour objet d'informer l'administré, alors même qu'une décision n'est pas attaquée, des raisons pour lesquelles l'autorité administrative l'a prise, ce qui lui permet d'apprécier s'il y a lieu d'introduire les recours qui lui sont offerts. En imposant la motivation formelle, la loi est de nature à renforcer le contrôle juridictionnel sur les actes administratifs, consacré par l'article 159 de la Constitution et organisé par l'article 14 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat (Cour d'arbitrage, arrêt 55/2001 du 8 mai 2001). Motiver une décision, c'est extérioriser dans son corps même ses prémisses logiques, en droit comme en fait ; c'est, de la part de l'auteur de l'acte, faire apparaître à l'intention des intéressés la justification de la mise en œuvre de sa compétence en fonction d'une situation déterminée (Doc. pari., Sénat, n° 215.1 (S.E. 1988), p. 2). En l'espèce, la décision consiste en une motivation par référence au rapport d'un médecin lequel fait référence à deux arrêts de Votre Conseil ; une simple référence générale et non circonstanciée à une jurisprudence ne peut constituer une motivation adéquate. D'autant moins, que ces deux arrêts, rendus en néerlandais, sont des arrêts d'annulation de décisions adverses. De plus, qu'en se bornant à citer une jurisprudence constante non autrement identifiée sans expliquer pourquoi elle s'y rallie ni quels seraient les éléments spécifiques à l'espèce qui y correspondraient, l'administration a conféré à cette jurisprudence une portée générale et réglementaire en méconnaissance de l'article 6 du Code judiciaire et du principe général de droit qui en découle (Conseil d'Etat, arrêt 198.008 du 19 novembre 2009).

• Deuxième grief.

En ce qui concerne les antécédents médicaux de la requérante en Arménie, il ressort du rapport du médecin Conseil que « *Nous ne disposons d'aucun document médical prouvant des antécédents médicaux, psychiatriques ou chirurgicaux avant son arrivée en Belgique* ». Il ressort pourtant de la pièce 5 annexée à la demande 9ter qu'« *Au niveau des antécédents psychiatriques : Elle décrit un épisode dépressif en Arménie et jamais d'hospitalisation dans ce contexte. Elle explique que sa sœur s'est suicidée en Arménie* ».

Il ne ressort pas du rapport du médecin conseil que cette information importante ait été prise en considération par le médecin de l'OE lors de la rédaction de son avis.

La décision entreprise qui se fonde sur ce rapport est dès lors constitutive d'erreur manifeste, n'est pas adéquatement motivée et méconnaît le principe de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur base de tous les éléments qu'elle a en sa possession. La partie adverse n'a, à tout le moins, pas procédé à un examen minutieux des documents qui lui ont été soumis. Le devoir de minutie ressortit aux principes généraux de bonne administration et oblige l'autorité à procéder à une recherche minutieuse des faits, à récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce (arrêt n° 216.987 du 21.12.2011). ce principe a été méconnu.

• *Troisième grief.*

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande » (C.C.E. n°X 20 janvier 2011 ; C.C.E. n°X du 30 septembre 2010).

Le médecin conseil se base notamment sur des informations tirées de la base de donnée Med COI pour affirmer que les soins et le suivi nécessaires au traitement de la requérante sont disponibles dans le pays d'origine.

Le lundi 3 novembre 2014, un mail a été envoyé à l'OE afin d'avoir accès aux infos de la base de donnée MedCOI. Ce mail envoyé à l'adresse « publiciteadministration@ibz.fgov.be » et intitulé « Urgent – [la deuxième partie requérante] S.P. [xxx] - recours 9ter » n'a, à ce jour, jamais reçu de réponse de sorte que la requérante n'a pas effectivement accès aux informations de la base de données et ne peut critiquer le contenu des informations en temps utile (méconnaissance des droits de la défense et de l'article 4 de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration).

Du document « *questions fréquemment posées sur la publicité de l'administration au sein de l'Office des Etrangers* » il ressort pourtant que « *l'envoi d'un document bien précis par mail ne pose aucun problème* » si le document a été mentionné dans la demande ce qui a été fait, en l'espèce :

« *Madame, Monsieur,*

[la seconde partie requérante] me communique une décision de l'Office datée du 25 septembre 2014, notifiée le 6 octobre 2014, qui lui refuse le séjour pour raisons médicales.

L'avis du médecin conseil qui y est annexé fait référence à des renseignements tirés de la base de données MedCOI. Voudriez-vous me transmettre ces rapports auxquels le médecin conseil a fait référence dans son avis ?

Je me permets de vous contacter par mail car l'affaire est urgente ; un recours doit être introduit pour le 5 novembre et, en tant qu'avocate, je n'ai pas accès à la base de données qui est réservée aux professionnels de la santé.

Je vous remercie d'avance, Madame, Monsieur, pour vos bons soins et vous prie de croire à mes sentiments les meilleurs (...) ».

Il ne peut être opposé à la requérante d'avoir envoyé sa demande trop tard : en effet, selon l'article 6 §5 de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, l'administration dispose d'un délai de 30 jours pour formuler une réponse à la demande de l'administré (ce délai est également reproduit dans le document «*questions fréquemment posées sur la publicité de l'administration au sein de l'Office des Etrangers*»). La requérante n'aurait jamais pu avoir accès, en temps utile, aux informations tirées de la base de donnée de sorte que ses droits de la défense sont méconnus.

La partie adverse ne pouvait faire référence à un tel document (et ne pas le reproduire) alors qu'elle savait pertinemment que le demandeur n'y aurait jamais accès en temps utiles. L'Office des étrangers n'a pas agi comme une administration normalement diligente et prudente et a méconnu le principe de bonne administration.

Par ailleurs, plusieurs des médicaments pris régulièrement par la requérante ne sont pas disponibles en tant que tel au pays d'origine. Or, les substituts proposés par le médecin de l'OE n'ont jamais été essayés par la patiente ; son organisme ne les tolérera peut être pas. Il ne s'agit pas de remplacer « un dafalgan » par un « dispril » mais de changer d'antidépresseurs.

En n'examinant pas la requérante, le médecin conseil a tout simplement fait l'économie d'un examen attentif et rigoureux de sa situation. La requérante bénéficie pourtant de la protection de l'article 5 de la loi du 22 août 2002 qui stipule que : « *Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité * répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite* ». La Cour constitutionnelle a en effet dit pour droit que : « *B.15. Rien n'indique que le législateur ait, dans ce cadre, entendu déroger aux droits du patient qui sont consacrés par la loi du 22 août 2002. En outre, tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir, sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins, y compris les règles d'indépendance et d'éthique qui y sont prescrites (...)* ». (C.const., 28 juin 2012, arrêt n°82/2012).

En ce qui concerne les sites auxquels renvoie le médecin conseil :

Voici l'avertissement que l'on peut trouver lorsque l'on essaye de consulter le site <http://www.psvchology.am/en>

"Not Found

Apologies, but the page you requested could not be found. Perhaps searching will help ».

Le reste du site est en Arménien même lorsque l'on clique sur l'onglet «en» en haut à droite de sorte que les informations auxquelles renvoie la partie adverse ne peuvent être vérifiées ni par le requérant, ni par Votre Conseil. Ces informations sont parfaitement inintelligibles et ne permettent pas à Votre Conseil de conclure que le suivi ou les médicaments sont disponibles au pays d'origine.

Par ailleurs, il ressort de l'article 8 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil que :

« Les pièces que les parties veulent faire valoir sont communiquées en original ou en copie et doivent être accompagnée d'une traduction certifiée conforme si elles sont établies dans une langue différente de celle de la procédure.

A défaut d'une telle traduction, le Conseil n'est pas tenu de prendre ces documents en considération ».

Cette disposition a été méconnue par la partie adverse (Votre Conseil a déjà sanctionné la méconnaissance de cette disposition : CCE n°X du 30 janvier 2014).

Quant au site: <http://www.vellowpages.am/en/companies/apaga-psychological-service/6316>

Il nous renseigne sur l'existence d'une compagnie appelée « Apaga » qui travaillerait dans le domaine de la psychologie. Or, c'est bien d'un suivi psychiatrique dont la requérante a besoin et non d'un suivi psychologique.

Le site <http://arabkirimc.am/en/content/page/Psvconous> renvoie à la page suivante :

"Psychosocial service

Social workers at Arabkir JMC&ICAH provide the following services

- *Collection of data about the social (including financial) needs of patients and submission to corresponding institutions to support in solution of the problems of the patients that might occur*
- *Provision of individual and family counseling.*
- *Psychologist Counseling for patients and their families*

The social workers and psychologists provide their services Monday - Friday from 9 am to 5 pm.

Taking into consideration the importance of plays and education for a child as well as making all the efforts to decrease the stress that might occur because of the hospital stay, the services provided by the Child playroom and Hospital School that are run by Direct Aid Association (DAA) are available for your child while he/she stays at the Arabkir JMC&ICAH.

Playroom for children

The play has a very important role in development, communication, self-affirmation of a child and at the hospital it is a very good way of decreasing the stress. The playroom at Arabkir JMC&ICAH is a nice, comfortable place with development games, colorful toys of different colors, where child can spend his time participating in many activities with facilitation of special educator.

The playroom is open Monday - Friday from 9 am to 5 pm.

Hospital School

The Hospital School provides educational services to children while they are at hospital to ensure both the continuity of their education and consequently further progress when they continue their studies at school. The Hospital School provides group and individual activities according to the needs of children at the hospital. If a child is restricted to the ward, the specially trained educator will visit him/her at her bedside.

The Hospital School is open Monday - Friday from 9 am to 5 pm.

Family Patient House

The Family Patient House has been providing its services since 2001. It provides housing and support for the patients from distant regions of Armenia, while undergoing treatment at Arabkir JMC&ICAH. The service is provided free of charge by DAA ».

Ce site nous informe que les patients de l'hôpital Arabkir ont accès à un service psycho-social. Il ne s'agit absolument pas du suivi psychiatrique requis pour le traitement de la requérante.

Quant au renvoi au site <http://www.apnet.am/main.php?page-id=8&lang=eng>, il ne vaut pas mieux qu'un renvoi aux pages jaunes. Ce document nous informe que 8 centres de santé mentales existeraient mais ne fournit ni les noms de ces centres ni leur localisation précise. Seul un numéro de téléphone est mentionné. Voici comment cette page se présente:

« PSYCHIATRIC SERVICE

There are eight specialized psychiatry hospitals in Armenia that provide inpatient care:

Yerevan, (Erebuni district),

Yerevan, (Nubarashen district),

(+374 10) 475322

Yerevan, (Avan district),

(+374 10) 617282

(...) ».

Par ailleurs, rien n'indique qu'un suivi autre qu'en milieu hospitalier (« *inpatient care* ») soit possible. A cet égard, la requérante avait mis en exergue à l'appui de sa demande 9ter sa crainte d'être placée en institution. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont, en effet, mise au ban de la société arménienne :

Rapport de MSF (2006) reproduit dans la demande 9ter.

« En Arménie, la santé mentale est un sujet tabou pour la majorité de la population, et les personnes présentant une maladie mentale sont souvent placées en institution. MSF tente d'offrir une autre procédure de traitement et s'efforce depuis 2004 de mettre au point des services de santé mentale adaptés à des patients non hospitalisés. (...) ».

Source : <http://www.msf.be/fr/terrain/pays/europe/armenie> report 2006.shtml

La partie adverse n'a pas tenu compte de cette information pourtant contenue dans la demande 9ter et n'a pas adéquatement motivé sa décision.

Par ailleurs ce site ne nous renseigne aucunement sur la disponibilité des médicaments.

Quant à l'accessibilité des soins : contrairement à ce qu'il ressort de l'avis du médecin conseil, le demandeur a étayé son argumentation quant à l'accessibilité des soins en Arménie. C'est un comble de faire ce reproche au demandeur alors que le médecin conseil se satisfait de reproduire des adresses de sites Internet sans prendre la peine d'en reproduire les passages pertinents ...

Selon le Site « Social Security online » l'assurance sociale protège les salariés et les indépendants. La requérante ne fait partie d'aucune de ces catégories de personnes ; elle est, par ailleurs, incapable de travailler à cause de sa maladie.

Cette incapacité à travailler ressort également de la pièce 3 annexée au présent recours.

Les informations obtenues de Madame X ne sont pas pertinentes. Ces informations concernent en effet des soins de base dont ne font pas partie les soins psychiatriques.

Quant au « Country Sheet armenia 2010 » de Caritas : il ressort de la page 135 de ce document qu'aucun des médicaments gratuits listés n'est un des médicaments pris par la requérante mais encore que « *en pratique, les médicaments nécessaires ne sont pas tous disponibles gratuitement, dès lors les patients sont forcés de les acheter eux même* » (Traduction libre d'un extrait de la page 136).

Mais aussi, il ressort de la page 136 de ce même Country Sheet que « *la transposition de la loi RA sur les soins psychiatriques n'est pas adéquate ...* » (Traduction libre d'un extrait de la page 137).

Ce document contient également des informations sur le mauvais suivi des patients dans les hôpitaux psychiatriques, la ségrégation dont les malades mentaux font l'objet... (p. 138 et suivantes). Les constats de Caritas dans ce rapport sont très

alarmants et viennent confirmer les craintes des requérants plutôt que les infirmer. La partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision.

Quant à Armenia NGO's, à nouveau, le fait qu'une association à but non lucratif doit s'occuper de l'accès aux soins est inquiétant. Cela témoigne du fait que l'Etat Arménien ne remplit pas sa mission comme il le devrait.

Pour terminer, la requérante tient à faire les trois observations suivantes :

- La partie adverse ne répond pas à l'argument de la partie requérante lié à la corruption en Arménie (défaut de motivation).
- La famille des requérants est éclatée : il ressort de la pièce 5 jointe à la demande 9ter que le fils des requérants est en Russie et que leur fille a été expulsée en Espagne. La partie adverse n'a pas tenu compte non plus de ces informations (défaut de motivation).
- [Le premier requérant] a lui-même introduit une demande 9ter et est incapable de travailler.

Pour le surplus, la partie requérante renvoie aux informations contenues dans sa demande 9ter.

Au vu de ces éléments, la partie adverse n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni violer les articles 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et 3 CEDH, décider que les requérants, compte tenu leur état de santé et du suivi particulier dont ils ont besoin, ne serait pas soumis à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour en Arménie ».

3. Discussion.

3.1. Sur la première branche du moyen unique, le Conseil observe que les parties requérantes sont en défaut d'identifier clairement les arrêts du Conseil de céans qui seraient indiqués dans le rapport du fonctionnaire médecin et force est de constater que l'avis du fonctionnaire médecin n'en cite pas, mais seulement des arrêts du Conseil d'Etat.

Les passages litigieux seraient donc, sous les réserves qui précèdent et à défaut d'autres indications, les suivants :

« Concernant l'accessibilité des soins en Arménie, le conseil de l'intéressée cite différentes sources dans le but d'attester que l'intéressée n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine. Cependant il ne fournit pas ces documents dans la demande de l'intéressée. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001) ».

« Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CE n° 81574 du 23 mai 2013) ».

Force est de constater que ces passages sont parfaitement compréhensibles en eux-mêmes, indépendamment de la référence aux arrêts du Conseil d'Etat sur lesquels ils prennent appui. Il ne peut dès lors s'agir à cet égard d'une motivation par référence.

Enfin, les parties requérantes n'expliquent nullement en quoi l'enseignement de l'arrêt n°198.008 du 19 novembre 2009 serait transposable en l'espèce, étant précisé que le Conseil d'Etat avait, dans cet arrêt, fait application de l'article 6 du Code judiciaire, applicable aux juges.

3.2. Sur la deuxième branche du moyen unique, le Conseil n'aperçoit aucune contradiction entre d'une part, le passage du rapport médical du fonctionnaire médecin selon lequel il ne dispose « [...] *d'aucun document médical prouvant des antécédents médicaux, psychiatriques ou chirurgicaux avant [l']arrivée de [la seconde partie requérante] en Belgique* » et l'indication invoquée en terme de requête selon laquelle « *Au niveau des antécédents psychiatriques : Elle décrit un épisode dépressif en Arménie et jamais d'hospitalisation dans ce contexte. Elle explique que sa sœur s'est suicidée en Arménie* » (le Conseil souligne) dès lors que ces indications proviennent des déclarations de la deuxième partie requérante mais non de documents médicaux probants.

Le Conseil estime qu'il n'est pas permis de considérer que la pièce n° 5 invoquée par les parties requérantes, et qui reprend les déclarations susmentionnées de la deuxième partie requérante, n'aurait pas été prise en considération, dès lors qu'il s'agit du courrier du 29 novembre 2012 émanant du Dr LEJEUNE qui est référencé dans l'avis du fonctionnaire médecin. Le Conseil observe que, de surcroît, le passage litigieux est expressément reproduit dans ledit avis.

3.3.1. Sur la troisième branche du moyen unique, en ce que les parties requérantes reprochent, sous l'angle des « *droits de la défense* » et des principes généraux de bonne administration, au fonctionnaire médecin de s'être fondé sur « *des informations tirées de la base de données Med COI* » alors qu'elles n'ont pu, et n'auraient pu y avoir accès en temps utile en raison, d'une part, du délai de recours d'annulation de la décision attaquée et, d'autre part, du délai de trente jours accordé par la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration pour répondre à une demande d'accès à un document administratif, le Conseil doit constater qu'après avoir bénéficié d'une possibilité effective d'accès au dossier administratif, dans lequel figurent les informations tirées de la base de données Med COI, avant l'audience dans le cadre de la présente procédure, les parties requérantes n'ont entendu faire valoir le moindre argument à cet égard à l'audience. Il s'ensuit que les parties requérantes n'indiquent pas de quelle façon un accès aux informations tirées de la base de données Med COI aurait pu leur être profitable d'une quelconque manière pour la rédaction de leur recours, en manière telle qu'elles ne justifient pas d'un intérêt à cette articulation du moyen.

3.3.2. Pour le surplus, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ». Le cinquième alinéa indique que « *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 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 estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité en vertu de diverses dispositions légales, n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle implique toutefois l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, ce qui suppose que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de la partie requérante.

Enfin, le Conseil rappelle que, dans le cadre de son contrôle de légalité, il 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 n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du

dossier administratif et si elle n'a pas donné des faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

En l'espèce, le fonctionnaire médecin a considéré que la deuxième partie requérante, qui souffrait d'un état anxio-dépressif majeur chronique, ne présentait pas de contre-indication au voyage, mais devait poursuivre un traitement médicamenteux, ainsi qu'un suivi psychiatrique et que ces soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine pour les raisons suivantes :

« Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine »

Lthyroxine® (thyroxine), Sertraline® (sertraline), Zyprexa® (olanzapine), Dafalgan® (paracétamol), ainsi que le suivi psychiatrique sont disponibles en Arménie.

Remeron® (mirtazapine) peut être substitué par venlafaxine ou fluvoxamine comme proposé dans la requête MedCOI AM-3327-2014

Anafranil® (clomipramine) peut être substitué par imipramine ou encore amitriptyline, analogues thérapeutiques disponibles en Arménie.

Dominai® (prothipendyl) peut être substitué par chlorpromazine, analogue thérapeutique disponible en Arménie.

Ces informations émanent de la banque de données MedCOI:

Requête	MedCOI	du	01.05.14	portant	le	numéro	de	référence	unique	AM-3327-2014
Requête	MedCOI	du	27.06.14	portant	le	numéro	de	référence	unique	AM-3393-2014
Requête	MedCOI	du	11.04.14	portant	le	numéro	de	référence	unique	AM-3300-2014
Requête	MedCOI	du	16.09.13	portant	le	numéro	de	référence	unique	AM-3050-2013

Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 12 partenaires (11 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par le Fonds européen pour les réfugiés.

Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies.

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation:

www.internationalsos.com/fr/index.htm

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400.000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier.

Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: www.allianz-global-assistance.com

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale.

Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA.

Ainsi que des sources suivantes :

<http://www.psvchology.am/en>

<http://www.psychology.am/en/%d5%b4%d5%a1%d5%b6%d5%af%d5%a1%d5%af%d5%a1%d5%b6-%d6%87-%d5%bf%d5%a1%d6%80%d5%ab%d6%84%d5%a1%d5%b5%d5%ab%d5%b6-%d5%b0%d5%b8%d5%a3%d5%a5%d5%a2%d5%a1%d5%b6%d5%b8%d6%82%d5%a9%d5%b5%d5%b8%d6%82%d5%b6/>

<http://www.yellowpages.am/en/companies/apaa-psychological-service/6316>

Les soins sont donc disponibles en Arménie.

Annexes : 33 p.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Concernant l'accessibilité des soins en Arménie, le conseil de l'intéressée cite différentes sources dans le but d'attester que l'intéressée n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine. Cependant il ne fournit pas ces documents dans la demande de l'intéressée. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Notons que le site Internet «Social Security Online¹» nous apprend que l'Arménie dispose d'un système d'assurance sociale protégeant les salariés et indépendants contre les risques de maladies, accidents de travail et maladies professionnelles. Notons également que le rapport d'entretien entre un fonctionnaire de l'immigration et Mme Ruzanna YUZBASHYAN² daté du 03/11/2009 mentionne que les consultations pour les soins de base, les radiographies et analyses en laboratoire sont gratuites dans les dispensaires.

Ce rapport nous renseigne également sur la gratuité des médicaments essentiels.

Par ailleurs, certains soins de santé spécialisés sont également administrés gratuitement à des groupes sociaux particuliers. A cette fin, ils doivent être listés par le Ministère des affaires sociales. Les concernés doivent satisfaire à des critères définis en fonction de leur rapport à la pauvreté / besoins. Il mentionne également que certains soins de santé spécialisés comme pour les maladies psychologiques sont eux aussi gratuits.

Un rapport de Caritas³ indique également que les soins sont gratuits pour les pathologies psychiatriques et les médicaments gratuits pour les maladies mentales.

De plus, Mission Armenia NGO⁴ fournit, notamment à Erevan, une aide aux différents groupes sociaux vulnérables afin de les aider à sortir de leur isolement social et leur garantir des conditions de vie dignes. Les centres fournissent une assistance médicale, des services sociaux, des conseils sociaux-légaux, un soutien psychologique et émotionnel...

D'autre part, [le premier requérant] est en âge de travailler et ne démontre pas une éventuelle incapacité de travailler par une attestation d'un médecin du travail. Dès lors, en absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi les soins médicaux de sa femme, [la seconde partie requérante].

De plus, d'après leur demande d'asile, les intéressés ont encore de la famille vivant en Arménie. Etant arrivés en Belgique en 2011, on peut en conclure que les intéressés ont vécu la majorité de leur vie en Arménie et qu'ils ont dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que leur famille et/ou leur entourage social ne pourrait les accueillir en Arménie et/ou les aider financièrement si nécessaire.

Notons également que les intéressés ont payé 10.000 € pour venir en Belgique et rien ne démontre que leur situation financière se serait détériorée et qu'elle ne pourrait leur permettre de financer les soins médicaux de [la seconde partie requérante].

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical en Arménie. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume. Unis du 02 mai 1997, §38).

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CE n° 81574 du 23 mai 2013).

Les soins sont donc accessibles en Arménie.

¹ Social Security Online, *Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific, 2012, Armenia*, <www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/asia/armenia.pdf> ,

² Ruzanna Yuzbashyan, Responsable du département des soins de santé primaire du Ministère de la Santé, Administration de soins médicaux en Arménie, *interview*, 03.11.2009, effectué par Verzellen Katy, fonctionnaire à l'immigration de l'Office des Etrangers

³ Caritas, *Country Sheet Armenia*, janvier 2010

⁴ Mission Armenia NGO, *Center-based services*, <www.mission.am/en/activities> .

S'agissant de la disponibilité du traitement médicamenteux, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a vérifié la disponibilité des différents médicaments actuellement administrés, ou de leur substitut, sur la base de requêtes MedCoi, qui figurent au dossier administratif.

Le Conseil ne peut suivre les parties requérantes qui invoquent, en termes de requête, une simple éventualité d'intolérance de ce dernier type de médicaments alors que le fonctionnaire médecin a

considéré, sur la base des données médicales figurant au dossier administratif et qui ne sont pas autrement contestées à ce sujet, qu'ils pouvaient être substitués aux médicaments administrés en Belgique.

S'agissant de la disponibilité du suivi psychiatrique, force est de constater qu'elle est établie à suffisance par la requête MedCOI AM-3327-2014 figurant au dossier administratif et référencée dans l'avis du fonctionnaire médecin, et ceci hors hospitalisation (« *Question : Is outpatient treatment and follow up by a Psychiatrist available for this patient ? Answer : It is available [...]* ») contrairement à ce que tentent de faire accroire les parties requérantes. Celles-ci ne justifient dès lors pas d'un intérêt aux développements du moyen dirigés contre les autres sources également citées, qui paraissent dès lors surabondantes à cet égard.

Le Conseil estime enfin que les parties requérantes ne peuvent sérieusement faire grief au fonctionnaire médecin et à la partie défenderesse de ne pas avoir précisément répondu à la crainte de la deuxième partie requérante d'être placée en institution dans la mesure où cette crainte n'a précisément été invoquée à l'appui de la demande, la seule retranscription d'un passage du rapport de MSF de 2006 reproduit en termes de requête ne suffisant pas à cet égard.

Au demeurant, le Conseil observe que les parties requérantes, d'une part, invoquent en termes de requête qu'il existait déjà des antécédents psychiatriques au pays d'origine avant leur arrivée en Belgique mais, d'autre part, ne contestent pas que la deuxième partie requérante n'a pas été placée en institution ni n'a même été hospitalisée, alors qu'elle l'a été en Belgique. Pour le surplus, le Conseil rappelle que les documents sur lesquels le fonctionnaire s'est appuyé pour vérifier la disponibilité du suivi psychiatrique indiquent que celui-ci n'est pas seulement dispensé dans le cadre d'hospitalisations.

Le Conseil considère également que le seul passage du rapport MSF visé ci-dessus ne permet pas d'en déduire un risque sérieux pour la deuxième partie requérante d'être « *mise au ban de la société arménienne* » comme invoqué en termes de requête, en manière telle que le grief émis à cet égard par les parties requérantes ne peut être suivi.

S'agissant de l'accessibilité des soins requis, le Conseil constate que les parties requérantes sont en défaut de contester valablement le constat que les soins médicaux de la deuxième requérante pourraient être financés par le travail de son époux.

En effet, les parties requérantes se bornent à affirmer que la première partie requérante a « *introduit une demande 9ter et est incapable de travailler* », sans autre développement, sans invoquer une erreur manifeste d'appréciation ayant conduit le fonctionnaire médecin à considérer en l'espèce qu'« *en l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi les soins médicaux de sa femme [...]* ».

Le Conseil estime que dès lors que cette considération suffit en l'espèce à établir l'accessibilité des soins requis, les parties requérantes ne justifient pas d'un intérêt aux autres arguments invoqués dans ce cadre.

Pour le surplus, le Conseil observe que les arguments contenus dans la demande, s'agissant de la disponibilité et de l'accessibilité de soins, étaient généraux et vagues, et rappelle, qu'en toute hypothèse, ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme n'impliquent qu'un traitement médical de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique ne peut être accueilli en aucune de ses branches.

4. Débats succincts.

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

Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quatorze mars deux mille dix-sept par :

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

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY