



## Arrêt

**n° 196 869 du 13 février 2018  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : 1. X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître R. BOMBOIRE  
Rue des Déportés 82  
4800 VERVIERS**

**contre:**

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

---

### **LE PRÉSIDENT DE LA VIIe CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 22 juin 2016, en leur nom et au nom de leur enfant mineur, par X et X qui déclarent être de nationalité géorgienne, tendant à la suspension et l'annulation d'une demande déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, prise le 25 mai 2016.

Vu le titre I<sup>er</sup> bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 novembre 2017 convoquant les parties à l'audience du 7 décembre 2017.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me R. BOMBOIRE, avocat, qui comparaît avec la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Me D. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. Le 21 juin 2011, les requérants ont introduit une demande d'asile auprès des autorités belges.

1.2. Le 23 septembre 2011, faisant valoir l'état de santé du premier requérant, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Par un complément du 16 décembre 2011, les requérants ont également fait valoir l'état de santé de leur enfant mineur.

1.3. Le 28 juin 2012, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a refusé de reconnaître la qualité de réfugié et d'accorder le statut de protection subsidiaire aux requérants.

1.4. Le 18 juin 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2. irrecevable.

1.5. Le 10 juillet 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, à l'encontre de chacun des requérants.

1.6. Le 8 août 2014, faisant valoir l'état de santé de leur enfant mineur, les requérants ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.7. Le 14 octobre 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point précédent, irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire et une interdiction d'entrée, à l'encontre de chacun des requérants.

1.8. Le 18 décembre 2014, par un arrêt n° 135 484, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit l'encontre de la décision visée au point 1.4.

Le même jour, par un arrêt n° 135 485, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit l'encontre des décisions visées au point 1.5.

1.9. Le 25 novembre 2015, par un arrêt n° 156 971, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit l'encontre des décisions visées au point 1.7.

1.10. Le 21 décembre 2015, les requérants ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

1.11. Le 28 décembre 2015, faisant valoir l'état de santé de leur enfant mineur, les requérants ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.12. Le 9 février 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point précédent, irrecevable.

1.13. Le 22 mars 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.10., irrecevable, et donné l'ordre aux requérants de quitter le territoire belge sans délai.

1.14. Le 30 mars 2016, faisant valoir l'état de santé de leur enfant mineur, les requérants ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.15. Le 13 mai 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable.

1.16. Le même jour, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.14., non fondée, et a pris un ordre de quitter le territoire à l'égard de chacun des requérants.

1.17. Le 25 mai 2016, la partie défenderesse a corrigé l'erreur commise quant à l'identité des destinataires de la décision visée au point précédent, et a pris une nouvelle décision déclarant la demande visée au point 1.14., non fondée.

Cette décision, qui a été notifiée aux requérants, le même jour, constitue l'acte attaqué dans le présent recours 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 [...], comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.*

*Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé ([l'enfant mineur des requérants]) et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers la Géorgie, pays d'origine [de l'enfant mineur des requérants].*

*Dans son avis médical remis le 13.05.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine [de l'enfant mineur des requérants], que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager avec ses parents et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à [son] retour [...] [dans] son pays d'origine.*

*Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Géorgie.*

*Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

*Dès lors,*

*1) Le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.*

*2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que la pathologie de l'intéressé n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Géorgie.*

*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 [à] l'article 3 CEDH ».*

1.18. Les ordres de quitter le territoire visés au point 1.16., qui ont été notifiés aux requérants, le 25 mai 2016, font l'objet de recours séparés, enrôlés sous les numéros 190 631 et 190 633.

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

2.1. Les parties requérantes prennent un moyen unique de la violation des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Faisant état de ce que « L'enfant [des requérants] souffre de la maladie de Hirschprung. Il s'agit d'une maladie génétique rare. Dans le certificat médical type, le médecin pédiatre a écrit qu'en cas d'arrêt du traitement, il existait un « risque d'une nouvelle colostomie et ou résection intestinale ». Le médecin pédiatre a d'ailleurs souligné ces termes. Quant à l'évolution de la maladie, le médecin pédiatre a écrit que : « Evolution pour le moment péjoratif, infection intestinale compromettant (l')intégrité intestinale si pas bien suivie et traitée à temps ». Il résulte donc du certificat médical type qu'un arrêt du traitement aurait de graves conséquences au niveau de la santé de l'enfant de même qu'un mauvais suivi médical. Les documents médicaux démontrent que l'enfant a besoin d'un suivi médical pluridisciplinaire : chirurgie, pédiatrie, gastroentérologie, kinésithérapie et psychologie. Le 2 juillet 2014, le Docteur [K.N.], pédiatre, a écrit que : - Depuis sa naissance le 29 juillet 2011, l'enfant a été hospitalisé à 3 reprises ; - L'enfant a suivi 19 consultations en chirurgie ; - L'enfant a suivi 14 consultations en pédiatrie générale ; - L'enfant a suivi de nombreuses consultations annexes (imagerie, cardiologie, ORL, Gastro-entérologie et psychomotricité). Le 29 mars 2016, le même médecin insistait (surlignement du texte et caractère gras) sur ce que état de santé de l'enfant exige une prise en charge rapide et appropriée ainsi qu'un suivi multidisciplinaire régulier », les parties requérantes critiquent notamment le constat de la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical requis, tel que posé par le fonctionnaire médecin dans son avis médical.

S'agissant de la disponibilité du suivi médical requis, elles font valoir que « Le médecin-conseiller de l'Office des Etrangers a constaté la disponibilité du suivi chirurgie, pédiatrie, gastroentérologie, psychologie, kinésithérapie, lavement Enema, hôpitaux et imagerie en G[é]orgie. Ce constat a été établi par l'utilisation de la base de données (Medical Country of Origin Information). Le système MedCOI ne permet d'obtenir qu'une réponse par oui ou par non quant à l'accessibilité d'un soin médical dans un pays. Une telle réponse est insuffisante pour apprécier l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine. La maladie de l'enfant [des requérants] est particulière. Elle présente une certaine rareté. [...] Les documents médicaux produits démontrent le besoin d'un suivi médical pluridisciplinaire : chirurgie, pédiatrie, gastroentérologie, kinésithérapie et psychologie. La demande de séjour avait attiré l'attention de l'Office des Etrangers sur cet aspect. L'avis médical n'aborde pas la question du suivi pluridisciplinaire et se contente d'indiquer l'existence de soins en G[é]orgie pour chaque discipline médicale. Une telle motivation n'est pas adéquate », se référant à cet égard à une jurisprudence du Conseil de céans.

2.2. Sur cet aspect du moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1, 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 alinéas 3 et suivants 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 prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».*

Le Conseil relève également qu'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. 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 9 ter précité, les traitements existants 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.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Le Conseil souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer en présence d'un recours semblable à celui de l'espèce, s'il lui incombe de vérifier si l'autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cfr. dans le même sens, RvSt., n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005), il n'est, en revanche, pas compétent pour substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente.

2.3. En l'occurrence, à la lecture des pièces versées au dossier administratif, le Conseil observe que la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.14. du présent arrêt, fait état des éléments suivants :

« La situation médicale de l'enfant [des requérants], [...], pose problème. Dès sa naissance, il a été diagnostiqué une maladie génétique rare : la maladie de Hirschprung [...]. Cette maladie peut être décrite comme suit [...]:« Une anomalie de fonctionnement de la partie terminale de l'intestin se traduisant par une constipation ou une occlusion intestinale. Cette anomalie est le résultat de l'absence de développement congénital des cellules neuroganglionnaires assurant la transmission des informations nécessaires à la régulation intestinales ». Cette pathologie est aggravée par une intolérance au gluten et au lactose [...]. Une opération chirurgicale a été immédiatement pratiquée le 22 septembre 2011, jour de sa naissance. Outre la prise de médicaments, un suivi médical pluridisciplinaire a été mis en place : - Pédiatrie générale ; - Gastropédiatrie ; - Chirurgie ; - Kinésithérapie ; - Psychologie. Les consultations médicales sont fréquentes. [...] La maladie de Hirschprung présente une certaine gravité. [Un autre enfant des requérants] est d'ailleurs décédé de la même pathologie. Cette maladie est particulièrement invalidante : une encoprésie (perte involontaire de matière fécale). Elle handicape fortement la sociabilisation de l'enfant. Un suivi régulier permet de diminuer les effets négatifs de cette maladie. [...] L'accès aux soins dans le pays d'origine est manifestement insuffisant. Ainsi, [Un autre enfant des requérants] est décédé en G[é]orgie des suites de la même maladie. De plus, selon un rapport 2009 de l'OXFAM, la qualité des soins en G[é]orgie est médiocre [...] ».

Il constate en outre qu'il ressort du certificat médical type, établi le 29 mars 2016, par le spécialiste en pédiatrie et néonatalogie suivant l'enfant des requérants, que celui-ci suit un traitement médicamenteux à base, notamment, de « Rifampicine » et « Gabroral » ; qu'il a été hospitalisé en février 2016 ; que depuis 2016, il bénéficie d'un suivi pédiatrique et gastro-pédiatrique, kinésithérapique, et psychologique ; que la durée prévue du traitement est indéterminée ; qu'un arrêt dudit traitement entraînerait le risque d'une nouvelle colostomie ou résection intestinale, une dénutrition, un rejet ou une stigmatisation sociale ; que l'évolution de la pathologie est « pour le moment péjoratif. Infecti[on] intestinale compromettan[t] [l']intégrité intestinale si pas traitée à temps. Enc[o]présie avec retentissement négatif sur sa socialisation et perception de soi » ; Ledit certificat mentionne en outre la « Nécessité d'un continuum des suivi[s] : chirurgical, pédiatrique, gastroentérologie infectieuse, kinésithérapique, [et] psychologique ». Le même praticien fait état des éléments suivants dans un autre certificat médical établi le même jour : « [l'enfant mineur des requérants] [...], est suivi régulièrement depuis sa naissance aux CHU Liège site des Bruyères par une équipe pluridiscipli[n]aire pour Complications d'une maladie de Hirschsprung néonat[a]le.

- Opérée en période néonatale, évolution immédiate satisfaisante, Suivie d'une longue période de bougi[r]age jusque vers un an, suivi des séances des Dilata[t]ions anales par "massages digitales"

- Garde une enc[o]présie fort invalidante( manométrie anoréctale)

- S'y sont gr[e]ffées intolérances aux Gluten et lactose,

- Episodes d'infections (Borréliose, gastro entérites, adénite mésent[é]rique...)

- Episodes des tableaux de sub occlusions dont la dernière en février avec un

tableau d'entérocolite sévère, traitée par alimentation parent[é]rale et antibiotiques: février 2016.

Les tableaux subocclusifs, l'évolution psychologique et les contraintes dus aux comorbidités exigent une prise en charge rapide, et approprié et possible si suivi multidiscipli[n]aire régulier de [l'enfant mineur des requérants].

Risque à la longue si pas bien traitée: colostomie et ou résection? [...]

R[e]tentissement psychotique et développemental social défavorable: évolution vers certaine compl[ai]sance qui l'isole avec ses selles ».

Le Conseil observe ensuite que l'acte attaqué est fondé sur un avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, le 13 mai 2016, sur la base des éléments médicaux, produits par les requérants, faisant état des éléments suivants :

« Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier

20.09.2011 rapport d'hospitalisation du 21.08 au 13.09.2011 du Dr [N.M.] pédiatre : conclut à une suspicion de maladie de Hirschprung. Le traitement comporte un régime AM et un sondage rectal voire un lavement si nécessaire.

06.10.2011 rapport d'examen anatomopathologique de la résection recto-sigmoïdienne du 22.09.2011 du Dr [A.T.] conclut à une maladie de Hirschprung.

02.07.2014 certificat médical du Dr [K.N.] pédiatre : certifie d'un suivi en chirurgie, gastroentérologie, pédiatrie, imagerie, psychologie permettant une autonomie clinique relative.

02.08.2014 rapport du Dr [T. K.] chirurgien : rappelle la recto-sigmoïdectomie avec conservation du sphincter d'évolution favorable. La dilatation anale (par massage digital) est encore à poursuivre et la prise d'anti-constipant si nécessaire. Une kinésithérapie périnéale est à prévoir. Une intervention de reconstruction sphinctérienne ne peut être exclue mais reste peu probable.

31.12.2014 rapport de consultation du Dr [K.N.] pédiatre : rapporte une bonne évolution statur pondérale et psychomoteur mais toujours fuite encoprétique. La kiné ano-rectale est en cours avec un petit mieux.

11.02.2016 Test respiratoire à l'hydrogène du Dr [A.N.] pédiatre : conclut à une pullulation microbienne et possible intolérance au lactose.

29.03.2016 Certificat médical type, certificat et rapport de consultation du Dr [K.N.] pédiatre : mentionne un Hirschprung opéré en néonatal avec persistance d'encoprésie et 2 épisodes de sub-occlusion avec entérococolite favorisés par l'absence du régime sans lactose, une intolérance au gluten et au lactose, une borréliose secondaire. Le traitement a comporté Rifampicine et Gabbroral. Un régime sans lactose et sans gluten est prescrit. Un suivi est toujours nécessaire en chirurgie, pédiatrie, gastroentérologie, psychologie, kinésithérapie. Les exercices de synchronisation commencent à être intégrés. Les antibiotiques sont à poursuivre.

#### Pathologies actives actuelles

Hirschprung opéré en période néonatale avec persistance d'encoprésie et épisodes de sub-occlusifs favorisés par une intolérance au gluten et au lactose actuellement traitée par un régime alimentaire. La borréliose secondaire n'est pas documentée mais a été traitée et est donc considérée comme guérie.

#### Traitement actif actuel

Régime sans lactose et sans gluten. La dilatation anale (par massage digital) et exercices de synchronisation tant que nécessaire. Rifampicine et Gabbroral (Paromomycine) en cas de réinfection, peu probable si respect du régime.

#### Capacité de voyager

Les pathologies invoquées ne constituent pas des contre-indications médicales à voyager vers le pays d'origine ».

S'agissant de la disponibilité du traitement et du suivi médical requis, l'avis médical susmentionné fait également état des éléments suivants : « Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) :

1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI1 montrent la disponibilité du suivi chirurgie, pédiatrie, gastroentérologie, psychologie, kinésithérapie, lavement Enema, hôpitaux, imagerie)

Requête Medcoi du 05.03.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8057

Requête Medcoi du 09.05.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8064

Requête Medcoi du 25.01.2015 portant le numéro de référence unique BMA 6334

Requête Medcoi du 13.09.2015 portant le numéro de référence unique BMA 7204

2. Rifampicine et des antibiotiques alternatifs pouvant remplacer Gabbroral, en cas de nouvelle infection (soit metronidazole, tetracycline, azithromycine), des laxatifs (lactulose) se trouvent dans le Vidal Géorgie [référence à une page Internet en note de bas de page].

3. Drugs.com montre que des alternatives [référence à une page Internet en note de bas de page] existent pour Paromomycine. La durée de ce traitement est en général d'une semaine et jamais plus de 6 semaines. Ce traitement est donc actuellement terminé.

Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi et le traitement sont disponibles en Géorgie ».

Enfin, après avoir constaté que les soins et traitement requis sont également accessibles au pays d'origine des requérants, le fonctionnaire médecin a conclu que : « Le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que [l'enfant mineur des requérants], âgé de 4 ans et 9 mois, originaire de Géorgie, souffre actuellement d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique. Du point de vue médical nous pouvons conclure que la maladie

*de Hirschprung opérée et l'intolérance au gluten et au lactose n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible en Géorgie. D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».*

2.4. En l'espèce, le fonctionnaire médecin considère que l'enfant mineur des requérants pourra bénéficier du suivi médical requis au traitement de la pathologie, dont il souffre, en se fondant sur des informations recueillies sur la base de données MedCOI. S'agissant particulièrement du suivi psychologique, le Conseil observe que ce ledit médecin s'est référé aux informations découlant de la « *Requête MedCOI du 25.01.2015 portant le numéro de référence unique BMA-6334* ». La lecture de ce document révèle, en substance, que, dans un premier temps, il ressort d'une réponse datée du 28 septembre 2014, que l'enfant mineur des requérants pourra bénéficier d'un suivi psychologique et psychiatrique dispensé par un pédopsychiatre à l'hôpital Temka de Tbilisi. Puis en novembre 2014, des informations contraires communiquées par une autre source travaillant dans ce même hôpital, indiquent que cet établissement offre un traitement psychiatrique uniquement à destination des adultes, qu'aucun suivi pédopsychiatrique n'est disponible. Le même document indique ensuite qu'une demande d'informations complémentaires a révélé qu'après vérification auprès de deux psychiatres, le même hôpital dispose d'un service spécialisé en pédopsychiatrie et que les enfants peuvent y bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique au sein de l'hôpital et en ambulatoire. Enfin, ce document précise que ces divergences s'expliquent ainsi : « Maybe [le Conseil souligne] because this department is very small (10 beds), and hospital # 5 in Temka is a rather big multi-profile clinic. - Another reason might be [le Conseil souligne] that there has been contact with the adult (psychiatric) Department ».

Au vu de ces informations divergentes quant à la question de savoir si l'enfant mineur des requérants pourra bénéficier, dans ledit hôpital, d'un suivi psychologique adapté à son jeune âge, et, dans la mesure où il y a lieu de constater que les explications quant à ce sont hypothétiques, le Conseil estime qu'il ne pouvait être raisonnablement déduit de ces informations que le suivi psychologique requis est disponible dans le pays d'origine des requérants. Or, il ressort des différents éléments médicaux produits par les requérants que ce suivi psychologique constitue une composante du suivi pluridisciplinaire requis pour le traitement de la pathologie de leur enfant mineur, suivi pluridisciplinaire dont la nécessité n'est pas remise en cause par la partie défenderesse. Partant, le Conseil estime qu'à défaut de certitude quant à la disponibilité d'un tel suivi psychologique, le motif de l'acte attaqué selon lequel « *Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi et le traitement sont disponibles en Géorgie* », ne pouvait être formulé comme tel à cet égard.

2.5. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon laquelle « Le médecin conseil s'est également assuré de la disponibilité du suivi en chirurgie, pédiatrie, gastro-entérologie, psychologie, kinésithérapie. En termes de recours, la partie requérante affirme que la seule constatation de la présence de ces spécialistes ne permet pas de déterminer s'ils existent en nombre suffisant ou s'ils disposent d'une formation suffisante. À ce sujet, il est important de rappeler que la loi n'exige pas que la partie défenderesse procède à une comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles au pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne dispose pas qu'un traitement de niveau équivalent doive être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine, ce qui est le cas en l'espèce », n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

