



Arrêt

**n° 210 419 du 2 octobre 2018
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres D. ANDRIEN et N. LENTZ
Mont Saint-Martin 22
4000 LIEGE**

contre:

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

LA PRÉSIDENTE DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 5 mars 2014, par X, qui déclare être de nationalité kosovare, tendant à la suspension et l'annulation de « la décision du 22 janvier 2014, refus d'autorisation de séjour pour motifs médicaux, l'avis médical y annexé, notifiés ensemble le 5 février 2014 ».

Vu le titre I^{er} 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 31 mai 2018 convoquant les parties à l'audience du 21 juin 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me D. UNGER *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 9 août 2007, le requérant a sollicité l'asile auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée, le 12 février 2009, par un arrêt n° 22 925, par lequel le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2. Le 15 décembre 2008, le requérant a 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), laquelle a été déclarée recevable, le 20 avril 2009.

Le 23 novembre 2010, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée.

1.3. Le 4 décembre 2010, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la même base, laquelle a été déclarée recevable, le 15 février 2011.

Le 7 janvier 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à son égard.

1.4. Le 29 janvier 2013, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la même base.

Le 22 février 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire, à son égard.

1.5. Le 30 janvier 2013, le requérant a 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.

1.6. Le 4 mai 2013, le requérant a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 24 mai 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

1.7. Le 2 août 2013, le requérant a introduit une cinquième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.8. Le 13 août 2013, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.5., irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire et une interdiction d'entrée, à l'encontre du requérant.

1.9. Le 22 janvier 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.7., irrecevable. Cette décision, qui a été notifiée au requérant, le 5 février 2014, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 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 § 1er,

alinéa 1er 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 14.01.2014 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé 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, article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 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).

En effet, 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 du certificat médical type fourni 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 [à] 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.

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

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter, 62 et 74/11 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, des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux

de l'Union européenne (ci-après : la Charte), du principe général de bonne administration imposant à l'administration de prendre en considération tous les éléments de la cause, et du principe de précaution, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. A l'appui d'un premier grief, la partie requérante fait valoir que « Le médecin adverse conclut à ce que la pathologie dont souffre le requérant ne présente pas de menace directe, sans même l'avoir entendu ni examiné. Cette absence d'examen affecte l'effectivité de la procédure, ce qui a été dénoncé par la Cour Européenne des droits de l'Homme (arrêt Yoh-Ekale Mwanje c. Belgique, 20/12/11, n°10486/10). Cette jurisprudence s'applique par identité de motifs au présent cas (violation des articles 3 et 13 CEDH). D'autant que la Cour de Justice de l'Union Européenne a récemment jugé que l'article 41 de la Charte comporte le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre et que, ainsi qu'il résulte de son libellé même, cette disposition est d'application générale (C.J.U.E., 22 novembre 2012, C-277/11). Il ressort de cet arrêt (dans lequel était en cause comme ici la protection subsidiaire) que l'absence d'examen du requérant par le fonctionnaire médecin, pour apprécier la gravité de la pathologie, contrevient à l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui est d'application générale. Et il ne pourrait être soutenu que le présent recours permettrait de pallier aux carences dénoncées ci-dessus, Votre Conseil ne disposant de compétence d'instruction ni de réformation ».

2.3. A l'appui d'un deuxième grief, la partie requérante soutient que « La partie adverse n'a pas procédé à un examen rigoureux et minutieux de tous les éléments qui ont été portés à sa connaissance par le requérant. En effet, la partie adverse déclare dans sa décision que *« l'incapacité éventuelle de voyager fera l'objet d'une évaluation lors de l'application de la mesure d'éloignement »*. Or, la partie adverse aurait dû, en examinant la recevabilité de la demande, examiner la capacité du requérant à voyager. D'autant plus que l'incapacité de voyager [du requérant] avait non seulement été invoquée dans la demande de séjour pour motifs médicaux mais avait également été largement développée dans le rapport du Docteur [X.] joint à la demande. En effet, celui-ci avait clairement expliqué dans son rapport que l'état mental de Monsieur était très grave et qu'il ne voyait pas comment un état mental très grave pourrait être non congruent avec une difficulté de se déplacer ni avec un besoin d'assistance. Le Docteur [X.] avait également souligné d'une part l'incapacité totale [du requérant] à se débrouiller par lui-même et d'autre part le fait que son renvoi dans un pays où il serait isolé et mal considéré, où il a été persécuté, constituerait un traitement inhumain et dégradant. Compte tenu de ces éléments, que le requérant a fait valoir dans sa demande de séjour pour motifs médicaux, la partie adverse ne pouvait conclure à l'irrecevabilité de la demande sans examiner auparavant la capacité du requérant à se déplacer. La partie adverse devait aborder la question relative à la possibilité de voyager vers le pays d'origine dans la décision attaquée. En ne le faisant pas, elle n'a pas tenu compte de la situation individuelle du requérant », et renvoie à un arrêt du Conseil.

Elle soutient en outre que « La question relative à la possibilité de voyager n'a pas non plus été abordée par le médecin-fonctionnaire. Celui-ci mentionne cependant dans son avis le rapport médical circonstancié du Docteur [X.] qui souligne l'incapacité de voyager du requérant, tel que développé ci-dessus », et se référant à un arrêt du Conseil, que « La partie adverse n'a aucunement expliqué pour quelles raisons elle s'éloignait de la considération relative à la non aptitude du requérant à voyager émise dans le rapport

médical du Docteur [X.]. La décision entreprise est dès lors constitutive d'erreur manifeste, n'est pas légalement et adéquatement motivée et méconnaît le principe de minutie. Par conséquent, en décidant que l'incapacité éventuelle de voyager ne devait pas être évaluée à ce stade de la procédure, sans apporter d'avantage d'information, alors que la partie adverse ne prend aucunement en compte le rapport médical rédigé par un psychiatre, elle commet une erreur manifeste d'appréciation et viole l'article 62 de la loi ».

2.4. A l'appui d'un troisième grief, la partie requérante fait valoir que « Contrairement à la décision adverse, il ne suffit pas, pour exclure une maladie du champ d'application des articles 9 ter de la loi et 3 CEDH, qu'elle ne présente pas de risque grave et actuel, ce risque pouvant parfaitement survenir dans le pays d'origine lorsqu'il n'y existe aucun traitement adéquat, ce que le requérant soutenait dans sa demande. La partie adverse méconnaît ces deux dispositions à défaut de vérifier et démontrer qu'il existe un traitement adéquat à la pathologie du requérant dans le pays d'origine [...]. Ce n'est pas parce que la partie adverse considère que la maladie du requérant ne présente pas actuellement un stade avancé, critique voire terminal ou vital qu'en cas de retour le requérant ne risque pas d'être soumis à des traitements inhumains et dégradants au sens de l'article 3 CEDH comme cela ressort du certificat médical type et des nombreux documents annexés à la demande 9ter. Enfin, le requérant souffre de PTSD et de dépression anxieuse nécessitant un traitement et un suivi régulier. L'avis médical ne semble pas contester l'existence de la maladie du requérant. [II] est toujours actuellement suivi par un psychiatre. Pourtant, suivant l'avis médical, l'état psychologique du requérant n'est ni confirmé par des mesures de protection ni par des examens probants. Or, pour rappel, le médecin-fonctionnaire avait la possibilité d'examiner le requérant mais ne l'a pas fait. Ensuite, le médecin-fonctionnaire, médecin généraliste, estime que le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression ou tout syndrome provoquant des épisodes dépressifs, même lorsque traités, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle du requérant. Suivant l'avis médical, l'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La mention reste donc de caractère hypothétique et général. Le requérant est particulièrement choqué de l'avis du médecin-fonctionnaire et estime qu'il n'a absolument pas tenu compte de tous les éléments fournis lors de la demande de séjour pour motifs médicaux. En effet, déjà dans la demande de séjour, la gravité de la maladie du requérant avait été indiquée dans le certificat médical type joint à la demande. Le médecin spécialiste avait déjà souligné le fait qu'il s'agissait d'un cas très préoccupant. Il avait également mentionné le risque de suicide en cas d'arrêt de traitement. Le psychiatre, Docteur [X.], avait également insisté sur l'existence d'un risque réel de suicide dans son rapport du 23 janvier 2013 également joint à la demande de séjour. Dès lors, sans avoir examiné le requérant, il est difficilement compréhensible que le médecin-fonctionnaire, médecin généraliste, puisse affirmer que le risque suicidaire n'est pas concrétisé dans le dossier et qu'il est tout à fait hypothétique comme pour tout autre patient souffrant d'un PTSD. Le médecin-fonctionnaire n'a absolument pas tenu compte de la situation individuelle du requérant et n'a pas procédé à un examen au cas par cas. En effet, contrairement à ce que le médecin-fonctionnaire invoque, la mention du risque suicidaire n'a absolument pas un caractère hypothétique et général et doit au contraire être réellement pris en compte. Le requérant joint à l'appui de cette requête un nouveau rapport médical circonstancié du Docteur [X.] [...]. Celui-ci est totalement perplexe face à la décision du médecin-fonctionnaire. Il s'indigne du peu de valeur que celui-ci accorde aux nombreux rapports médicaux rédigés par le Docteur [X.], qui précise bien que lors de la rédaction de chaque rapport « les termes utilisées sont pesés avec soin ». Le Docteur [X.] souligne dans son rapport qu'il a toujours indiqué dans

ses rapports médicaux à quel point la souffrance du requérant atteignait le niveau de l'insupportable. Il précise également que le requérant a déjà présenté à plusieurs reprises des périodes de mutisme complet et de repli sur soi, ce qui a conduit le psychiatre à lui prescrire, en plus du traitement anti-dépresseur et anxiolytique habituel, des neuroleptiques. Quant au risque suicidaire, il insiste fortement sur le fait que les idées suicidaires du requérant dépassent évidemment de beaucoup le risque théoriquement inhérent à toute dépression ou tout syndrome provoquant des épisodes dépressifs. Le requérant est entouré en permanence par des membres de sa famille qui veillent sur lui et le surveillent. Il est également très passif et peu porté à agir, surtout lorsqu'il va mal et que l'idéation suicidaire est la plus forte. Ce n'est pas parce qu'à l'heure actuelle il ne s'est pas encore suicidé que l'on peut envisager son retour dans son pays d'origine. Le passage à l'acte est une conséquence immédiate de l'état de désespoir dans lequel une expulsion pourrait le plonger. Sans aucun support familial, exposé à la malveillance populaire dont il a déjà fait l'expérience, le requérant n'a aucune des ressources qui lui seraient nécessaires pour survivre. Enfin, le médecin-fonctionnaire conclut que les événements invoqués qui seraient à l'origine de la pathologie du requérant n'ont ni été identifiés ni pris en compte par le CGRA. Cependant, le Docteur [X.] précise dans son rapport que si les faits n'ont pas été reconnus par le CGRA, il n'empêche que leurs conséquences traumatiques sont cliniquement certaines. Tous les symptômes cardinaux du PTSD sont présents, à un point de gravité extrême. Le psychiatre précise également que dire que cela n'est pas dangereux pour la vie ou pour l'intégrité physique du requérant est une absurdité médicale. L'affirmation que l'état de la maladie n'est pas critique est incompatible avec les certificats médicaux rédigés par un médecin spécialisé, ce qui n'est pas le cas du médecin adverse ; la partie adverse ne peut, sans violer l'article 9ter ni commettre d'erreur manifeste, se contenter d'un avis particulièrement lacunaire d'un généraliste qui ne contient aucune argumentation scientifique de nature à remettre en cause les arguments avancés par un spécialiste [...]. De plus, de nombreux certificats médicaux confirment l'état psychologique du requérant. Sans traitement médical, la situation est invivable pour le requérant. Un suivi par un spécialiste est indispensable afin d'éviter des complications ultérieures. D'autant plus que le médecin adverse n'a pas examiné le requérant, alors même que les rapports dressés par son médecin font état d'un suivi à long terme et en profondeur. Or, s'il l'avait examiné, il se serait rendu compte de la gravité de la maladie [du requérant]. [...] En estimant que le PTSD et la dépression anxieuse du requérant ne nécessitent pas de traitement, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et méconnaît les dispositions visées au moyen. En effet, Monsieur nécessite toujours actuellement d'un traitement et d'un suivi par un spécialiste ».

2.5. A l'appui d'un quatrième grief, rappelant le prescrit de l'article 9ter, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, et relevant qu'« Est manifeste ce dont l'existence ou la nature s'impose à un esprit raisonnable avec une force de conviction telle que de plus amples investigations n'apparaissent pas nécessaires (par analogie avec l'article 52 ancien de la loi : Conseil d'Etat, arrêts 49.972 du 27.10.1994 et 50.421 du 25.11.1994) », la partie requérante soutient qu'« En l'espèce, il est erroné d'affirmer que la maladie dont souffre le requérant n'est manifestement pas une maladie visée au §1er, alinéa 1^{er} : non seulement, comme exposé ci -avant, en cas de retour, le requérant serait soumis à des traitements inhumains et dégradants mais en plus, affirmer que la pathologie dont souffre le requérant ne présente aucun risque réel pour sa vie ou son intégrité physique est constitutif d'erreur manifeste et méconnaît la notion de maladie visée au §1er de l'article 9ter : le requérant a

produit plusieurs certificats et rapports médicaux concernant son état de santé à l'appui de la demande et du présent recours ».

2.6. A l'appui d'un cinquième grief, renvoyant à deux rapports internationaux dont elle reproduit des extraits, la partie requérante fait valoir que « Le médecin-fonctionnaire affirme que la disponibilité des traitements médicaux et médicamenteux a été démontrée par le Docteur [X.]. Cependant, les recherches menées par le Docteur n'ont absolument pas ten[u] compte du fait que le requérant est d'origine Rom. Or, il est de notoriété publique, comme cela avait déjà été invoqué dans la demande de séjour, que les personnes d'origine Rom sont extrêmement discriminées en matière de soins de santé. [...] la documentation disponible indique clairement qu'un retour du requérant dans son pays mettra un terme à son suivi médical et provoquera dans son chef un traitement prohibé par l'article 3 CEDH : les soins ne sont pas disponibles ni accessibles au Kosovo, pays dont le requérant est originaire [...] ».

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, à titre liminaire, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un "moyen de droit" requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué.

Or, la partie requérante s'abstient d'expliquer dans son moyen en quoi l'acte attaqué violerait l'article 74/11 de la loi du 15 décembre 1980 et le principe de précaution. Il en résulte que ce moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition et de ce principe.

3.2. Sur le reste du 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, § 1, alinéa 1^{er}, 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, § 1, alinéa 1^{er}, 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).

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

3.3. S'agissant du premier grief développé par la partie requérante, le Conseil relève que, dans un arrêt *M'Bodj*, rendu le 18 décembre 2014, rappelant que « les trois types d'atteintes graves définies à l'article 15 de la directive 2004/83 constituent les conditions à remplir pour qu'une personne puisse être considérée comme susceptible de bénéficier de la protection subsidiaire, lorsque, conformément à l'article 2, sous e), de cette directive, il existe des motifs sérieux et avérés de croire que le demandeur court un risque réel de subir de telles atteintes en cas de renvoi dans le pays d'origine concerné [...] », la Cour de justice de l'Union européenne a indiqué que « Les risques de détérioration de l'état de santé d'un ressortissant de pays tiers ne résultant pas d'une privation de soins infligée intentionnellement à ce ressortissant de pays tiers, contre lesquels la législation nationale en cause au principal fournit une protection, ne sont pas couverts par l'article 15, sous a) et c), de ladite directive, puisque les atteintes définies à ces dispositions sont constituées, respectivement, par la peine de mort ou l'exécution et par des menaces graves et individuelles contre la vie ou la personne d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé interne ou international. L'article 15, sous b), de la directive 2004/83 définit une atteinte grave tenant à l'infliction à un ressortissant de pays tiers, dans son pays d'origine, de la torture ou de traitements ou sanctions inhumains ou dégradants. Il

résulte clairement de cette disposition qu'elle ne s'applique qu'aux traitements inhumains ou dégradants infligés à un demandeur dans son pays d'origine. Il en découle que le législateur de l'Union n'a envisagé l'octroi du bénéfice de la protection subsidiaire que dans les cas où ces traitements ont lieu dans le pays d'origine du demandeur. [...]. Il s'ensuit que le risque de détérioration de l'état de santé d'un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie résultant de l'inexistence de traitements adéquats dans son pays d'origine, sans que soit en cause une privation de soins infligée intentionnellement à ce ressortissant de pays tiers, ne saurait suffire à impliquer l'octroi du bénéfice de la protection subsidiaire à celui-ci. [...] » (CJUE, 18 décembre 2014, *M'Bodj*, C-542/13, points 31 à 33, et 36).

Il ressort de cet enseignement que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne relève pas du champ d'application de la directive 2004/83CE. L'argumentation développée par la partie requérante manque donc en droit à cet égard.

En tout état de cause, le fonctionnaire médecin a donné un avis sur l'état de santé du requérant, sur la base des documents médicaux produits, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent au fonctionnaire médecin d'examiner le demandeur, lorsqu'il ne l'estime pas nécessaire (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

3.4.1. S'agissant des autres griefs, réunis, le Conseil observe qu'à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.7., le requérant a produit, notamment, un certificat médical type, daté du 19 juin 2013, établi par un psychiatre, dont il ressort qu'il souffre de « PTSD très grave, dépression anxieuse, repli sur soi, [termes illisibles] irritabilité, céphalées [terme illisible], cauchemars, flash back, troubles cognitifs [terme illisible] ». Ce psychiatre précise la mention suivante quant à la gravité : « Gravité 7/7 sur l'échelle CG1 », il indique également que l'état de santé du requérant requiert un traitement médicamenteux, un suivi psychiatrique en ambulatoire car « le patient a peur de l'hôpital ». Il est en outre précisé qu'en cas d'arrêt de traitement, le requérant encourt un « risque majeur », à savoir notamment le suicide et une « psychose chronique ». Ce psychiatre a un pronostic « très réservé » quant à l'évolution de l'état de santé du requérant, qu'il juge « très préoccupant ». Le requérant a également produit un certificat médical type, daté du 5 décembre 2013, établi par le même psychiatre, dont la teneur est sensiblement la même que celle du premier certificat, précité. Enfin, le requérant a produit un rapport médical, daté du 23 janvier 2013, émanant du même psychiatre, lequel est libellé ainsi : « Je vois en consultation [le requérant] depuis le 13 mai 2008 et suis en mesure d'affirmer que son évolution actuelle est très préoccupante et qu'il existe un risque réel de suicide ou d'évolution psychiatrique gravissime, Prenant connaissance ce jour de l'avis du Dr [X.], médecin conseiller de l'Office des Etrangers, [établi quant à la demande d'autorisation de séjour visé au point 1.6.], je souhaite attirer l'attention sur quelques points qui contredisent complètement les conclusions de ce praticien sur le cas de mon patient. Le Dr [X.] n'a jamais rencontré, à ma connaissance, [le requérant], et se base seulement sur plusieurs rapports émanant du Dr [Y.], médecin traitant, et de moi-même. Les conclusions de ces rapports ne sont pas contestées, sauf lorsque le Dr [X.] note, à propos de mon rapport du 19/12/12, que selon le Dr [Z.] « l'intéressé est fort aggravé. Le traitement n'est pas adapté ». Je tiens à préciser que le traitement avait été modifié à la hausse le 17/01/2012 et que si, depuis cette date, il n'a plus été modifié, c'est parce qu'il atteint à mon sens un maximum au-delà duquel des inconvénients pourraient survenir en

régime ambulatoire. Je précise aussi que l'hospitalisation a été proposée au patient et à son frère, qui veille sur lui. La proposition n'a pas été retenue à cause de la peur panique que le patient manifeste devant cette perspective, et parce qu'il me semble qu'une telle décision pourrait avoir également des inconvénients majeurs. Je n'accepte pas qu'on tire de cela des conclusions à rencontre de mes affirmations sur la gravité du cas. Je conteste également les conclusions du Dr [X.] sur les points suivants : Il est inexact d'écrire que le risque de suicide étant inhérent à la dépression, il s'agit en l'espèce d'un risque de nature générale. Bien au contraire, mes rapports attirent l'attention sur le caractère réel du risque (ainsi que d'autres risques inhérents à l'aggravation du syndrome depuis plusieurs mois : raptus anxieux et surtout évolution vers la psychose). Je précise que depuis que je connais le patient, il a connu d'abord, sous traitement, une évolution relativement positive. Par contre, lorsque les chances de régularisation en Belgique se sont éloignées, sa rechute a été spectaculaire. La relation entre l'état du patient et la situation spécifique dans laquelle il se trouve est dès lors évidente. Le Dr [X.] écrit : « In sommige getuigschriften wordt de nood aan ondersteuning van de omgeving vermeld evenals de onmogelijkheid om zich te verplaatsen. Die nood en onmogelijkheid zich te verplaatsen is niet congruent met de vermelde aandoening », Je me perds en conjectures sur le sens de ce paragraphe, ne voyant pas comment un état mental très grave pourrait être non congruent avec une difficulté de se déplacer, ni avec un besoin d'assistance. Quant aux conclusions du Dr [X.], il me faut d'abord protester contre l'usage qui est fait d'une interprétation incohérente de l'art. 3 de la [CEDH]. Il est en effet inacceptable que l'on réduise la notion de « traitements inhumains et dégradants » au refus de soins à une personne en état de mort prochaine. Il suffit en l'occurrence de considérer l'incapacité totale [du requérant] à se débrouiller par lui-même, à trouver seul de l'aide médicale ou psychologique, et d'y associer l'état de danger immédiat, à la fois pour sa vie (risque de suicide) et, s'il survivait, pour sa santé mentale (aliénation définitive), pour comprendre que le renvoi dans un pays où il serait isolé et mal considéré, où il a été persécuté, constituerait un traitement inhumain et dégradant. J'insiste sur le fait que mes rapports étaient à cet égard assez précis pour que le Dr [X.] conclue différemment qu'il ne l'a fait ».

3.4.2. L'acte attaqué repose sur un avis du fonctionnaire médecin, établi le 14 janvier 2014, et porté à la connaissance du requérant, ainsi qu'il ressort de la requête. Cet avis mentionne, notamment, ce qui suit :

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

23.01.2013 : rapport médical circonstancié du Dr [Z.] (psychiatre) : contestation de la décision du Dr [X.].

19.06.2013: certificat médical du Dr [Z.] (psychiatre): PTSD, dépression anxieuse,... traités par seroquel, mirtazapine, tranxene, sipralexa et dominai. Un suivi psychiatrique est nécessaire.

03.07.2013 : demande d'aide médicale urgente du [Z.] (psychiatre).

Il ressort que le requérant souffre de PTSD, dépression anxieuse,... traités par seroquel, mirtazapine, tranxene, sipralexa et dominai. Un suivi psychiatrique est nécessaire.

Les différentes pièces médicales ne mettent pas en évidence :

- *De menace directe pour la vie du concerné,*
 - o Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril. Pas d'atteinte organique.*
 - o L'état psychologique évoqué du concerné n'est ni confirmé par des mesures de protection ni par des examens probants (testing psychométrique par exemple). Quant au risque suicidaire mentionné, il est théoriquement inhérent à toute dépression ou tout syndrome provoquant des épisodes dépressifs, même lorsque traités, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë (aucune hospitalisation). La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.*

- *Un état de santé critique. Un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital du concerné.*

Quant à un risque de traitement inhumain ou dégradant ou encore pour l'intégrité physique notamment en l'absence de traitement, il est nul, la disponibilité des traitements médicaux et médicamenteux ayant déjà été démontrée le 23.11.2010 par [un fonctionnaire médecin].

En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces événements, il s'agit d'affirmations non étayées du patient qui n'ont d'ailleurs pas été prises en compte par le CGRA.

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

Le fonctionnaire médecin a ainsi indiqué, au vu des éléments médicaux produits, les raisons pour lesquelles il a estimé que l'état psychologique invoqué, non seulement n'entraînait aucun risque vital dans le chef du requérant, mais ne présentait en outre pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il a, à ce dernier égard, constaté que l'état psychologique du requérant n'est pas étayé par des examens, et qu'aucune hospitalisation n'est en cours. Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.4.3. En effet, quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir examiné le requérant, le Conseil renvoie au point 3.3., *in fine*. Il observe, en tout état de cause, que, dans le cadre de la demande susvisée, le requérant a eu la possibilité de faire valoir les éléments démontrant, selon lui, qu'il remplissait les conditions fixées à l'autorisation de séjour, sollicitée.

3.4.4. En ce que la partie requérante fait valoir, en substance, une contradiction entre les éléments médicaux versés par le requérant et les constats posés par le fonctionnaire médecin, quant à la gravité de l'état psychologique, le Conseil observe que ce dernier a estimé que « *L'état psychologique évoqué du concerné n'est ni confirmé par des mesures de protection ni par des examens probants (testing psychométrique par exemple)* », motivation qui n'est pas remise en cause par l'argumentation développée. Il ne peut en effet être reproché à la partie défenderesse de constater que l'évaluation de l'état du requérant, par un psychiatre, n'est pas corroborée par des tests vérifiables. Il en est d'autant plus ainsi que ce psychiatre affirme que « *Tous les symptômes cardinaux du PTSD sont présents, à un point de gravité extrême* ».

Le fonctionnaire médecin ayant considéré, sans être contredit sur ce point, que la gravité de l'état de santé du requérant n'était pas établie, la contestation relative au risque en cas d'arrêt de traitement ou à l'incapacité du requérant à voyager n'est pas de nature à remettre en cause le constat susmentionné.

3.4.5. Quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir examiné la disponibilité des soins dans le pays d'origine du requérant ainsi que leur accessibilité, la partie requérante faisant valoir à cet égard des difficultés d'accès, en raison de son origine rom, force est de constater que le fonctionnaire médecin ayant pu conclure, pour les raisons susmentionnées, que le requérant ne souffrait pas d'une pathologie de nature à donner lieu à l'octroi d'une autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15

décembre 1980, il n'avait, par voie de conséquence, pas à s'interroger sur la disponibilité et l'accessibilité des soins au pays d'origine.

3.4.6. Enfin, quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant 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. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites 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 sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Unis, §§42-45).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises.

3.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique pris ne peut être tenu pour fondé.

4. Débats succincts.

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

4.2. 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 deux octobre deux mille dix-huit par :

Mme N. RENIERS, Présidente de chambre,

Mme N. SENGERA, Greffière assumée.

La greffière, La Présidente,

N. SENGEGERA

N. RENIERS