



## Arrêt

**n° 227 752 du 22 octobre 2019**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause :** 1. X  
2. X

**Ayant élu domicile :** au cabinet de Maître C. DIONSO DIYABANZA  
Rue des Alcyons 95  
1082 BRUXELLES

**contre :**

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration**

### **LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIe CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 14 mai 2013, par X et X, qui déclarent être de nationalité géorgienne, tendant à l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 7 mars 2013.

Vu le titre 1er 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 6 septembre 2019 convoquant les parties à l'audience du 2 octobre 2019.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me C. DIONSO DIYABANZA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. Respectivement les 28 octobre 2009 et 23 septembre 2010, les requérants ont, chacun, introduit une demande d'asile auprès des autorités belges. Ces procédures se sont clôturées négativement, aux termes de l'arrêt n° 59 155 du Conseil de céans, prononcé le 31 mars 2011.

1.2. Par courrier daté du 2 mai 2011, 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).

Le 25 mai 2011, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Cette décision n'apparaît pas avoir été entreprise de recours.

1.3. Le 27 juillet 2011, la partie défenderesse a pris, à l'égard du premier requérant, un ordre de quitter le territoire avec décision de remise à la frontière et décision de privation de liberté à cette fin. Cette décision n'apparaît pas avoir été entreprise de recours.

1.4. Par courrier daté du 8 août 2011, les requérants ont introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été complétée par courriers datés des 4 septembre 2011, 30 octobre 2011 et 11 février 2013.

1.5. Le 21 août 2012, la partie défenderesse a rejeté cette demande. Cette décision a cependant été annulée par le Conseil de ceans, aux termes de son arrêt n° 92 978 du 6 décembre 2012.

Le même jour, la partie défenderesse a pris, à l'égard des requérants, deux ordres de quitter le territoire. Ces décisions n'apparaissent pas avoir été entreprises de recours.

1.6. Le 7 mars 2013, la partie défenderesse a, à nouveau, rejeté la demande visée au point 1.4. et a pris, à l'égard des requérants, deux ordres de quitter le territoire. Cette décision de rejet et l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du premier requérant, notifiés le 16 avril 2013, constituent les actes attaqués et sont motivés comme suit :

- S'agissant de la décision rejetant une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« *Motifs:*

*[Le premier requérant] se prévaut de l'article 9 ter en raison de son l'état de santé qui, selon lui, entrainerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lors qu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.*

*Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a donc été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour en Géorgie.*

*Dans son avis médical rendu le 14.06.2012 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE souligne que ce dossier médical ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n°26565/05, N v. United Kingdom ;CEDH 2 mai 1997, n°30240/96, D. v. United Kingdom).*

*Dès lors, le médecin de l'OE constate qu'en le cas d'espèce, il ne s'agit pas de maladie telle que prévue au §1, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 qui puisse entraîner l'octroi d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de l'article précité.*

*Il n'y a donc pas lieu de faire la recherche de la disponibilité et de l'accessibilité au pays d'origine, la Géorgie.*

*Sur base de l'ensemble de ces informations et étant donné que l'état de santé du patient ne l'empêche pas de voyager, le médecin de l'OE conclut dans son avis qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour dans le pays d'origine, la 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 de l'article 3 CEDH. »*

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le deuxième acte attaqué) :

« *En vertu de l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 précitée :*  
*[...]*

*Il demeure dans le Royaume au-delà du délai fixé conformément à l'article 6, ou ne peut apporter la preuve que ce délai n'est pas dépassé : L'intéressé n'est pas autorisé au séjour; une décision de refus de séjour (non fondé 9ter) a été prise en date du 07.03.2013.  
[...] »*

## **2. Question préalable.**

Aux termes de l'article 39/82 § 3, alinéa 2, de la loi précitée 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), « *Dans l'intitulé de la requête, il y a lieu de mentionner qu'est introduit soit un recours en annulation, soit une demande de suspension et un recours en annulation. Si cette formalité n'est pas remplie, il sera considéré que la requête ne comporte qu'un recours en annulation* ».

Il ressort de ce prescrit légal qu'en l'absence de référence expresse à une demande en suspension dans l'intitulé de la requête, la requête doit être considérée comme visant uniquement l'annulation des décisions attaquées.

En l'espèce, la requête introductive d'instance porte l'intitulé « *recours contre la décision du Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration et à l'Intégration sociale, avec référence [...]* ». Dès lors, la demande de suspension formulée dans l'introduction et le dispositif de la requête ne peut être accueillie.

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

3.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation des articles 9ter, §1<sup>er</sup> et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

Après des développements théoriques relatifs à la portée des dispositions visées au moyen, elle relève que le premier acte attaqué est motivé « *par la considération que le dossier médical ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requi[s] par l'article 3 de la CEDH, et qu'il n'y a donc pas lieu de faire la recherche de la disponibilité et de l'accessibilité au pays d'origine, la Géorgie* ». Elle souligne à cet égard que l'article 9ter, §1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980 mentionne deux situations dans lesquelles un étranger peut demander une autorisation de séjourner en Belgique, à savoir lorsqu'il est atteint d'une maladie entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'une maladie entraînant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine. Elle reproche à la partie défenderesse et à son médecin conseil de n'avoir examiné que la première de ces situations et d'avoir « *déduit de la réponse négative sur la question de la gravité de la maladie qu'il n'y a donc pas lieu de faire la recherche de la disponibilité et de l'accessibilité* » en Géorgie. Elle soutient que l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980 ne permet pas une telle déduction, arguant que « *le fait que l'étranger ne souffre pas d'une maladie tel[le] qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, n'implique pas automatiquement qu'il ne court aucun 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* ».

Elle relève également que la première décision attaquée se réfère à l'article 3 de la CEDH tel qu'interprété par la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH), laquelle « *exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie* ». Elle soutient que cette référence ne suffit pas à fonder la décision, dans la mesure où l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 « *prévoit aussi un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine comme situation dans laquelle une autorisation de séjourner dans le Royaume peut être donnée, même si la maladie en cause ne montre pas un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH* », et « *donne une plus large protection au malade* ».

3.2.1. En l'espèce, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup>, 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 (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).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073 ).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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 qu'il est amené à effectuer, 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 sont soumis.

3.2.2. En l'espèce, le Conseil relève, à la lecture, notamment, du certificat médical le plus récent figurant au dossier administratif et daté du 4 septembre 2012, ainsi que du rapport d'hospitalisation y annexé, que le premier requérant souffre d'un trouble psychotique et d'un trouble de stress post-traumatique « waarbij heden voornamelijk sterke angsten op de voorgrond blijven staan », pour lesquels il reçoit un traitement consistant en risperidone, quétiapine, sertraline et trazodone, dont la durée est « illisible onbepaald » et « vermoedelijk langdurig ». Ce certificat médical précise également qu'une

hospitalisation a été nécessaire du 22 août au 20 septembre 2011. S'agissant des conséquences et complications en cas d'arrêt du traitement, ledit certificat indique que « Mocht behandeling stop gezet worden en/of mocht patiënt niet in een veilig en vertrouwde omgeving meer kunnen verblijven, dreigt opnieuw ernstige decompensatie met gevaar : risico recidief psychose + ernstige depressie met suicide gevaar ». S'agissant de l'évolution de ces pathologies, il ressort des documents précités que « Hoewel psychotische symptomen heden beter onder controle, alsook de suicidaliteit, doch blijvend risico recidief [illisible] bij toegenomen stress/ wegvallen vertrouwde is; blijvend ernstige/invaliderende angstproblematiek; rapport globaal gereserveerd ». Enfin, le certificat médical précise que le premier requérant a besoin d'un suivi psychiatrique permanent/durable et de « mantelzorg (moeder ! ) ».

Le Conseil observe ensuite que, dans la première décision entreprise, la partie défenderesse s'est référée à l'avis de son médecin conseil, établi le 5 mars 2013, lequel énonce les conclusions suivantes : « Ce dossier médical ne permet donc pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n° 26565/05, N v. United Kingdom ; CEDH 2 mai 1997, n° 30240/96, D. v. United Kingdom).

*Au regard du dossier médical, il apparaît que les pathologies figurant dans les certificats médicaux types (CMT) mentionnés ci-avant ainsi que les pièces jointes auxquelles il est fait référence dans les CMT et qui mentionnent les mêmes pathologies ne représentent pas :*

- *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,*
  - o *L'état psychologique évoqué du concerné n'est pas confirmé par des mesures de protection.*

*L'état psychiatrique est stabilisé par la thérapeutique. Le risque suicidaire éventuel est théoriquement inhérent à toute pathologie de nature dépressive, même lorsque traitée. Il n'y a plus de notion d'aucune période grave ou aiguë depuis plusieurs mois. Le risque suicidaire reste autrement dit de caractère purement 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. La littérature médicale préconisant, entre autres, les thérapies d'exposition en imagination ou in vivo, une souffrance psychosomatique résultant de son vécu dans son pays d'origine ne contre-indique pas médicalement un retour vers ce pays.*

*Sources :*

*Robert LADOUCEUR, André MARCHAND et Jean-Marie BOISVERT, Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale. Masson 1999, p. 172-174 :*

- <http://www.occup-med.com/content/4/1/21> ;
- <http://www.hlhl.qc.ca/hopital/usaqers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html> ;
- <http://www.rvd-psychologue.com/trouble-anxieux-stress-post-traumatique.html> ;
- <http://www.SQvt-sstcc.ch/fr/conseils-pour-patients/troubles-psycho-ques-des-adultes/trouble-de-stress-post-traumatique/index.html> ;
- <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/106/>.

- *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.*

*Nous notons également que les faits traumatiques rapportés par le médecin traitant ne le sont que par hétéro-anamnèse et ne sont en rien objectivés. Ils se seraient passés en 2007. Le traitement ayant débuté seulement en avril 2009 à la polyclinique de Kaspi en Géorgie (où l'on constate de toute évidence la disponibilité de traitements médicamenteux et psychiatrique). Il n'y a aucune trace de traitement quel qu'il soit entre octobre 2009 (arrivée en Belgique) et février 2011, ce qui prouve que l'absence de traitement ne serait pas préjudiciable au requérant, même à moyen terme.*

*Tous ces éléments démontrent suffisamment qu'il n'y a aucun risque de traitement inhumain ou dégradant.*

*D'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Dès lors du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au retour dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

*Par conséquent, je constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1<sup>er</sup> alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 9<sup>ter</sup> 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 ».*

3.2.3. Le Conseil observe que l'avis médical ainsi établi par le fonctionnaire médecin indique que celui-ci semble s'être limité à examiner la gravité de la maladie à l'aune du seul engagement du pronostic vital et ainsi, des critères d'application de l'article 3 de la CEDH, tels qu'ils se dégagent de la jurisprudence de la Cour E.D.H., pour en conclure qu'« *il ne s'agit pas d'une maladie telle que prévue au §1, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 qui puisse entraîner l'octroi d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de l'article précité* ».

Or, en l'occurrence, s'il ne peut être contesté que la pathologie du premier requérant n'est pas actuellement une maladie menaçant sa vie ou une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, force est cependant de constater que le certificat médical type susvisé, annexé à la demande, met en évidence, d'une part, qu'en l'absence de traitement et de suivi adéquats, les conséquences seraient une décompensation sévère avec un risque de récurrence de la psychose et d'une dépression sévère avec un risque de suicide, et d'autre part, que le premier requérant a besoin d'un traitement médicamenteux consistant en « risperidone, quétiapine, sertraline et trazodone », et ce pour une durée à tout le moins indéterminée. Ces informations médicales tendent à démontrer que le premier requérant risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement et de suivi adéquats pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine.

A cet égard, le Conseil estime qu'il ne ressort nullement de l'avis du fonctionnaire médecin que les risques susmentionnés en cas d'arrêt du traitement, ainsi que la nécessité d'un traitement médicamenteux, pour une durée indéterminées, ont été prises adéquatement en compte par la partie défenderesse. Au contraire, il ressort de la motivation de cet avis que ce médecin n'a pas effectué un examen attentif et soigneux du cas d'espèce, ni examiné s'il existe dans le pays d'origine du premier requérant un traitement adéquat pour les pathologies de ce dernier, dans la mesure où il semble avoir écarté le « risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne » sur la base du seul constat que « *Il n'y a aucune trace de traitement quel qu'il soit entre octobre 2009 (arrivée en Belgique) et février 2011* » pour en déduire que « *l'absence de traitement ne serait pas préjudiciable au requérant, même à moyen terme* ». Le Conseil estime que ce raisonnement du médecin conseil ne permet pas à suffisance de comprendre les raisons pour lesquelles celui-ci aboutit, *in fine*, à la conclusion qu'il n'est manifestement pas question d'une maladie visée au §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. En effet, le médecin conseil de la partie défenderesse s'est contenté de vérifier, en substance, si le premier requérant souffrait d'affections présentant un risque vital, un état de santé critique ou un stade très avancé de la maladie, limitant de la sorte son analyse à la première des deux hypothèses envisagées par l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 (cf point 3.2.1.).

Il résulte de ce qui précède que le rapport du fonctionnaire médecin ne permet pas de vérifier si celui-ci a examiné si la pathologie invoquée n'était pas de nature à entraîner un risque réel pour l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le chef du requérant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine. Ce faisant, le médecin conseil n'a pas exercé l'entière responsabilité du contrôle prévu par l'article 9<sup>ter</sup> précité.

A titre surabondant, s'agissant des « thérapies d'exposition » préconisées dans l'avis précité, par le médecin conseil de la partie défenderesse, sur la base de la « littérature médicale », le Conseil estime qu'il ne ressort pas de la motivation de la première décision attaquée que la partie défenderesse a analysé avec soin la pertinence de cette théorie dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence à la littérature médicale y relative ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse aboutit à la conclusion susmentionnée.

3.2.4. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, selon laquelle il résulte de l'avis du médecin conseil que celui-ci « y explique pourquoi il estime que le requérant ne souffre pas d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique comme requis par l'article 9<sup>ter</sup> ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe pas de traitement adéquat dans le pays d'origine ou de séjour », n'occulte en rien les considérations qui précèdent.

Il en va de même des allégations portant que « il ressort de l'article 9<sup>ter</sup> que si le demandeur ne souffre pas d'une maladie présentée le degré de gravité requis par cette disposition, la partie adverse et son médecin n'ont pas à vérifier la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le pays d'origine ou de

séjour. La partie adverse considère donc que la partie requérante lui fait en vain grief de déduire de l'absence du degré de gravité de la maladie requis par l'article 9ter qu'il n'y a pas lieu de faire la recherche de la disponibilité et de l'accessibilité au [pays] d'origine » et que « la circonstance que le médecin fonctionnaire se réfère à l'article 3 de la CEDH tel qu'interprété par la Cour qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie est sans pertinence dès lors qu'il apparaît à la lecture de son avis qu'il examine si la partie requérante souffre ou non d'une maladie présentant un des trois risques visés à l'article 9ter, §1<sup>er</sup>, et explique pourquoi il estime que tel n'est pas le cas sans être aucunement contredit par la partie requérante ».

3.3. Il résulte de ce qui précède que cet aspect du moyen unique étant fondé, il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen, qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

3.4. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre du premier requérant, constituant l'accessoire de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, susmentionnée, il s'impose de l'annuler également.

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

**Article unique**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 7 mars 2013, sont annulés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-deux octobre deux mille dix-neuf par :

Mme N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.D. NYEMECK, greffier,

Le greffier, La présidente,

A.D. NYEMECK

N. CHAUDHRY