



Arrêt

n°233 187 du 27 février 2020
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. CHARPENTIER
Rue de la Résistance 15
4500 HUY

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 mars 2014, par X, qui déclare être de nationalité algérienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 3 février 2014.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observation et le dossier administratif.

Vu l'arrêt interlocutoire n°229 820 du 5 décembre 2019.

Vu l'ordonnance du 17 décembre 2019 convoquant les parties à l'audience du 28 janvier 2020.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN loco Me P. CHARPENTIER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX loco Me D. MATRAY et Me S. CORNELIS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique à une date indéterminée.

1.2. Le 4 avril 2007, le requérant a introduit une demande d'asile qui a été rejetée le 19 avril 2007 par la partie défenderesse. La décision de refus du statut de réfugié et de la protection subsidiaire a été confirmée par le Conseil dans son arrêt n°4440.

1.3. Le 16 novembre 2007, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile – a été pris à l'encontre du requérant.

1.4. Le 15 mai 2008, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la Loi, et le 6 juillet 2011, une décision de rejet de la demande a été prise par la partie défenderesse. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil dans son arrêt n°69 499 du 28 octobre 2011.

1.5. Le 7 juillet 2008, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la Loi, et le 9 octobre 2008, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise.

1.6. Le 16 février 2011, le requérant a introduit une nouvelle demande d'asile qui a été rejetée par la partie défenderesse le 14 juin 2011. La décision de refus du statut de réfugié et de la protection subsidiaire a été confirmée par le Conseil dans son arrêt n°71 005 du 29 novembre 2011.

1.7. Le 28 décembre 2011, le requérant a introduit une troisième demande d'asile, qui a été clôturée le 20 juillet 2012 par une renonciation. Un ordre de quitter le territoire accessoire à cette décision a été pris et notifié au requérant en date du 18 juin 2013. Le recours introduit à l'encontre de cette décision d'ordre de quitter le territoire a été rejeté par le Conseil dans son arrêt n° 233 186 pris le 27 février 2020.

1.8. Le 25 avril 2012, le requérant a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la Loi, et le 13 août 2012, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse.

1.9. Le 27 septembre 2013, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la Loi, et le 3 février 2014, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse.

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

« MOTIF:

Article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après la loi du 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1er, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 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 31.01.2014 (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 lors qu'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 lors qu'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 de l'affection dont est atteint l'intéressé, de sorte que cet élément en soi permet de conclure de manière convaincante que l'intéressé peut être exclu du champ

d'application de l' article 3 de la CEDH et par conséquent aussi du champ d'application de l'article 9 ter de la loi sur les étrangers .

Dès lors, il ressort du certificat médical type 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 lors qu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. En outre, soulignons que la CEDH estime que les violations de l'art. 2 (droit à la vie) et de l'art. 3 de la CEDH sont indissociables. En effet, s'il est impossible de constater des traitements inhumains ou dégradants, une éventuelle violation du droit à la vie ou à l'intégrité physique n'est pas examinée en raison de cette interdépendance, vu le raisonnement que la CEDH applique systématiquement à ces articles (CEDH, 20 décembre 2011, Yoh -Ekale Mwanje c. Belgique, § 86 ; CEDH, 2 mai 1997, D. c. Royaume-Uni, §§ 58-59 ; CEDH, Décision, 29 juin 2004, Salkic e.a. c. Royaume-Uni ; CEDH, Décision, 7 juin 2011, Anam c. Royaume-Uni).

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

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

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

1.10. Le 28 avril 2016, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la Loi, et le 18 mai 2016, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse, assortie d'une décision d'ordre de quitter le territoire. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil dans son arrêt n° 233 185 du 27 février 2020.

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un premier moyen « [...] de la violation de l'art [sic] 9 ter de la loi du 15.12.1980 et des art [sic] 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ».

Elle expose au préalable que le requérant « [...] est gravement affecté, ainsi que cela résulte déjà d'anciens certificats médicaux émanant de médecins spécialisés. C'est ainsi que le Dr [A.], psychiatre, exposait déjà, dans un certificat du 16.01.2008, les affections dont souffre le requérant et dans un rapport psychiatrique du 20.01.2010, il évoquait le stress post-traumatique dont souffre le requérant comme étant une conséquence directe « de l'expérience personnelle vécue durant la période de terrorisme qui a traversé son pays, l'Algérie. Il y avait, en effet exercé des fonctions de policier anti-terroriste. Il présente encore de graves symptômes anxieux et des manifestations pseudo-psychotiques qui accompagnent ses angoisses, notamment la nuit ». ». Elle rappelle que « La psychologue [M.K.] évoquait également dans plusieurs certificats médicaux les problèmes du requérant et dans son rapport du 02.06.2008, elle relevait que le requérant souffrait « d'un état anxio-dépressif, ainsi que d'une symptomatologie posttraumatique réactionnelle à mettre en lien avec les évènements traumatiques vécus dans son pays d'origine, notamment pendant l'exercice de sa fonction de policier » » et qu'à l'appui de la nouvelle demande, « [...] le requérant a déposé un certificat médical établi par le Dr [C.], le 05.09.2013 selon lequel le requérant souffre d'un « syndrome de stress post-traumatique avec état anxio-dépressif survenu après une blessure par balle en juillet 2006. Le patient a développé une obsession ayant comme fixation une peur de la mort. Il a fui son pays. En Belgique depuis 2007, il a reçu différents traitements, a suivi une formation en vue de s'intégrer au pays. Suite au stress lié à sa situation, il a présenté un dérèglement thyroïdien toujours en cours de traitement » ». Elle rappelle ensuite le diagnostic posé par ce dernier médecin et qu'il note « En ce qui concerne les risques d'un arrêt de traitement, [...] « chronification des troubles psychiatriques et échec de toute réinsertion. En cas de retour forcé en Algérie, un suicide est à craindre » ». D'autre part, ce « [...] même médecin estime que « si le patient reste en Belgique, on peut espérer une amélioration de son état avec une réinsertion socioprofessionnelle et une possibilité de travailler au moins à temps partiel » ».

Elle rappelle ensuite qu'en « [...] annexe de la demande figurait également un certificat plus explicite daté également du 05.09.2013 du même médecin qui expose les nombreux suivis médicaux et psychologiques de Mr [L.] depuis son arrivée sur le territoire belge. Le Dr [C.] évoque notamment la consultation du centre [T.], ainsi que les suivis médicaux par le Dr [H.] et le Dr [K.]. Selon le dr [C.] « le diagnostique reconnu était syndrome de stress posttraumatique avec symptômes anxieux et dépressifs

et dépersonnalisation au singulier ». Le Dr [C.] signale que le requérant a, à la faveur de l'autorisation de séjour temporaire de près de 33 mois, suivi une formation de soudure en vue de s'intégrer et « porté par ce projet, il a mieux géré ses troubles psychiques qui n'ont toutefois pas disparu ». Le Dr [C.] souligne également que « soumis à la pression du stress, le patient a perdu 18 kg en peu de temps », et qu'en annexe « [...] de cette demande figurait également un nouveau certificat du Dr [A.C.] faisant également état des affections médicales dont le requérant est atteint. Il est joint au présent recours un nouveau certificat du Dr [A.C.] daté du 05.02.2014. Ce médecin considère que « l'état psychique [du requérant] s'est dégradé au cours des dernières semaines. Il est à nouveau en pleine crise d'attaques de panique, de cauchemars et a des idées suicidaires. Il ne parvient plus à organiser son temps, dort le jour, se cache, se sent en danger. Son traitement actuel consiste en Venlafaxine 75 mg. L'aggravation actuelle semble liée à l'incertitude quant à l'avenir des difficultés sociales et financières du patient ». ».

Elle argue alors que « Pour déclarer irrecevable la demande, l'Office des Etrangers se retranche exclusivement derrière l'avis de son médecin qui, sans avoir examiné le requérant, estime que l'état de santé du requérant n'est pas à ce point altéré qu'il existerait un risque pour sa vie ou son intégrité physique. Il est manifeste qu'une décision motivée d'un médecin concernant des affections graves, qui ne peuvent être contestées au vu des rapports médicaux déposés, ne pourrait être considérée comme sérieuse et donc valablement motivée que si elle faisait suite à un examen du patient, et non seulement des certificats qui le concernent. L'art 9 ter implique une consultation sérieuse de la part du médecin de l'Office des Etrangers. Certes, cette disposition n'impose pas (à l'inverse du code de déontologie médicale) au médecin de l'Office des Etrangers de recevoir la personne concernée et de l'examiner. Il n'empêche que cette disposition légale autorise le [sic] médecin à convoquer la personne concernée ». Elle estime dès lors qu'en l'espèce, « [...] à partir du moment où les certificats médicaux déposés par le requérant font état d'un risque de mort, il apparaît que le médecin de l'Office des Etrangers aurait dû convoquer le requérant pour se faire une idée précise du risque. La décision n'est donc, à l'évidence pas motivée valablement et ne pourrait mettre sérieusement en cause les certificats médicaux déposés par le requérant. En ce qui concerne l'avis du médecin de l'Office des Etrangers, on relève qu'il note que « le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression... mais n'est pas concrétisé dans le dossier... ». Il relève encore que « les idées suicidaires seules et uniquement si elles sont récentes, constituent un risque modéré ». Il a été démontré que les certificats récents renseignent bien un risque de suicide. Il s'agit donc bien d'indications récentes. Quant au fait qu'il s'agisse d'un risque « modéré » cette appréciation choque : un risque de mort ne peut jamais être considéré comme un risque modéré. Le fait de prendre le risque de refuser une autorisation de séjour à une personne qui pourrait décéder, par suite de suicide, constitue à l'évidence un traitement inhumain et/ou dégradant visé par l'art 9 ter de la loi ».

Elle conclut sur ce point qu'en « [...] refusant de prendre en considération ce risque, la décision qui s'appuie sur l'avis du médecin viole, à l'évidence, l'art 9 ter. La décision n'étant pas adéquatement motivée au regard de cette disposition, elle viole également les art 2 et 3 de la loi de 1991 ».

2.2. La partie requérante prend un deuxième moyen « [...] de la violation de l'art 3 de la Convention Européenne des droits de l'Homme ».

Elle argue que « [...] le risque d'un traitement inhumain et/ou dégradant en cas de retour au pays est avéré par l'existence des risques de suicide mentionnés par les médecins. Il y a donc lieu de conclure à la violation de l'art 3 CEDH ».

2.3. La partie requérante prend un troisième moyen « [...] de la violation des art 120 et suivants du code de déontologie médicale et du principe de bonne administration ».

Elle rappelle que « Le principe de bonne administration impose à l'Administration de s'entourer de tout renseignement de la manière la plus approfondie possible, en agissant en administration avisée et diligente » et argue que « Le fait de ne pas convoquer le requérant face à un risque avéré de mort constitue un manquement évident dans le chef de l'Administration. Le principe de bonne administration interdit à l'Administration de commettre une faute susceptible d'engendrer un dommage. Ce principe a donc incontestablement été violé ».

Elle ajoute qu'il en est « [...] d'autant plus que le code de déontologie médicale impose au médecin amené à donner un avis dans le cadre d'une expertise de convoquer obligatoirement la personne concernée, ce qui n'a pas été fait. Le code de déontologie médicale étant d'ordre public, sa violation justifie incontestablement son écartement et son refus de prise en considération ».

3. Discussion

3.1.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle que l'article 9^{ter}, § 3, 4°, de la Loi 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 9^{ter}, § 1, alinéa 1er, de la Loi 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 9^{ter}, § 1, alinéa 1er, de la Loi, 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 9^{ter} 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).

3.1.2. 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 implique uniquement l'obligation d'informer celui-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.

3.1.3. En l'espèce, il ressort des termes de l'avis du fonctionnaire médecin, établi le 31 janvier 2014, sur lequel repose le premier acte attaqué, que celui-ci a constaté que « [...] l'affection qui motive la demande 9^{ter} est un syndrome de stress post-traumatique avec trouble anxiodépressif. Pour rappel, le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV¹ (référence mondiale dans le domaine psychiatrique) une série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, projet précis de passage à l'acte). Les idées suicidaires seules et uniquement si elles sont récentes, constituent un risque modéré. Aucune mesure de protection et à aucun moment n'a d'ailleurs été prise par le psychiatre traitant depuis son séjour en Belgique. Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, 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. 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. 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. En outre, dans le livre intitulé « Health, Migration and Return² », il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger. Le requérant est traité depuis 7 à 8 ans par un antidépresseur (Venlafaxine) et une psychothérapie. L'utilité de poursuivre un tel traitement pour une dépression manifestement résistante au traitement n'apparaît pas. Peut-être le changement conceptuel le plus important qui doit avoir lieu, avant le traitement qui peut être utile, c'est d'accepter la dépression résistante comme une maladie chronique, une maladie semblable à beaucoup d'autres, qui peut être gérée efficacement, mais qui n'est pas, au niveau actuel de nos connaissances, susceptible d'être guérie. Les patients avec un large éventail de maladies chroniques médicales peuvent apprendre et apprennent à fonctionner efficacement et atteignent une qualité de vie satisfaisante en dépit de leur maladie. Il n'y a aucune raison de penser que les patients atteints de dépression résistante ne devraient pas être en mesure d'atteindre un niveau similaire de gestion de la maladie, du fonctionnement et de la qualité de la vie ». La psychothérapie à long terme n'a pas fait preuve de son efficacité. Elle peut également être arrêtée.

Concernant le dérèglement thyroïdien, le dossier médical ne contient aucune mise au point élémentaire (une a simple biologie), aucun traitement prescrit, aucun avis spécialisé permettant de confirmer cette pathologie. Il s'agit de plaintes psychosomatiques pouvant évoquer ce dysfonctionnement qui n'est pas démontré. Il n'est donc pas possible de conclure à un stade mettant la vie en péril.

Les documents médicaux fournis par le requérant ne démontrent pas que celui-ci 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. Par conséquent, je constate qu'il n'est manifestement pas question d'une maladie visée au §1^{er} alinéa 1^o 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 de santé 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.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif, et n'est pas utilement contestée par la partie requérante. Force est en effet de constater que celle-ci ne rencontre pas le constat, posé par le fonctionnaire médecin, selon lequel la maladie dont souffre le requérant, n'atteint pas un degré de gravité suffisant, mais se borne à prendre le contre-pied de l'avis susmentionné. En effet, le Conseil relève d'une part que la partie requérante ne conteste nullement les constats selon lesquels « [...] il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger. Le requérant est traité depuis 7 à 8 ans par un antidépresseur (Venlafaxine) et une psychothérapie. L'utilité de poursuivre un tel traitement pour une dépression manifestement résistante au traitement n'apparaît pas. [...] La psychothérapie à long terme n'a pas fait preuve de son efficacité. Elle peut également être arrêtée. », et d'autre part, la simple mention des conséquences et des complications éventuelles d'un arrêt du traitement, à savoir une « *chronification des troubles psychiatriques et échec de toute réinsertion. En cas de retour en Algérie, un suicide est à craindre* », ne peuvent suffire en soi à remettre en cause l'appréciation du médecin-conseil de la partie défenderesse, détaillée ci-avant.

Au surplus, en ce que la partie requérante conteste uniquement l'appréciation faite par le médecin conseil quant au risque de suicide, en relevant que « [...] cette appréciation choque : un risque de mort ne peut jamais être considéré comme un risque modéré. Le fait de prendre le risque de refuser une autorisation de séjour à une personne qui pourrait décéder, par suite de suicide, constitue à l'évidence un traitement inhumain et/ou dégradant visé par l'art 9 ter de la loi » et qu'il « [...] a été démontré que les certificats récents renseignent bien un risque de suicide. Il s'agit donc bien d'indications récentes », force est de constater qu'elle se borne à prendre le contre-pied sans pour autant remettre en cause le constat selon lequel « [...] le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV (référence mondiale dans le domaine psychiatrique) une série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, projet précis de passage à l'acte). Les idées suicidaires seules et uniquement si

elles sont récentes, constituent un risque modéré. Aucune mesure de protection et à aucun moment n'a d'ailleurs été prise par le psychiatre traitant depuis son séjour en Belgique. Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, 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. 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 ».

Par ailleurs, s'agissant du rapport de la psychologue [M.K.] daté du 2 juin 2008, force est de constater qu'il n'a pas été déposé à l'appui de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.9. de sorte que la partie défenderesse n'en avait pas connaissance. En outre s'agissant du certificat médical du docteur [A.C.] daté du 5 février 2014 et joint en annexe au recours, le Conseil ne peut y avoir égard dans le cadre de son contrôle de légalité dès lors qu'il est postérieur à l'adoption de la décision querellée.

Quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir examiné le requérant, le Conseil rappelle que, outre le fait que ledit médecin a donné un avis sur l'état de santé du requérant, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, ni l'article 9ter de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou audit médecin de rencontrer le demandeur ou, qui plus est, de l'examiner (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010). Le grief élevé par la partie requérante n'est dès lors pas établi.

3.2. Sur le second moyen, 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 « [I]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 militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [I]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 Etat 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.

3.3. Sur le troisième moyen, quant à la violation, alléguée, « [...] des art [sic] 120 et suivants du Code de déontologie médicale et du principe de bonne administration », le Conseil rappelle que le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « poser un diagnostic ou émettre un pronostic », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « 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 ».

Par ailleurs, l'article 9ter § 1er de la Loi dispose que « ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». Il n'existe donc aucune obligation pour le fonctionnaire médecin d'examiner personnellement le demandeur, ni d'entrer en contact avec le médecin traitant de ce dernier, ni de consulter des experts, avant de rendre son avis.

3.4. Il résulte de ce qui précède qu'aucun des moyens n'est fondés.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête 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.

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 vingt-sept février deux mille vingt par :

Mme C. DE WREEDE,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDROY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDROY

C. DE WREEDE