

Arrêt

n° 243 858 du 10 novembre 2020
dans l'affaire X / III

En cause : 1. X
 2. X

agissant en nom propre et en qualité de représentants légaux de :

X
X
X
X
X

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

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
et de l'Asile et la Migration et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la
Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 2 mars 2020, en leur nom personnel et au nom de leurs enfants mineurs, par X et X, qui déclarent être de nationalité russe, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 18 décembre 2019.

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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 26 aout 2020 convoquant les parties à l'audience du 18 septembre 2020.

Entendu, en son rapport, Mme B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P. CHARPENTIER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASJUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La première partie requérante est arrivée en Belgique le 26 mars 2007 et y a introduit une première demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n°18 733 du 17 novembre 2008 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après : le CGRA) en date du 15 juillet 2008.

1.2. La seconde partie requérante est arrivée en Belgique le 29 novembre 2007 et y a introduit une première demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil n° 18 734 du 17 novembre 2008 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise par le CGRA en date du 15 juillet 2008.

1.3. Le 22 octobre 2008, les parties requérantes ont introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée irrecevable le 15 mai 2009.

1.4. Le 25 juin 2009, les parties requérantes ont introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été rejetée en date du 9 janvier 2013.

1.5. Le 7 juin 2012, les parties requérantes ont introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{bis} de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée irrecevable en date du 20 mars 2013 et les parties requérantes ont fait l'objet de deux ordres de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13^{quinq}) pris le 27 mars 2013. Par un arrêt n° 148 371 du 23 juin 2015, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.6. Le 17 mai 2013, les parties requérantes ont introduit une deuxième demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil n° 116 630 du 9 janvier 2014 rejetant le recours introduit à l'encontre des deux décisions de refus de prise en considération d'une demande d'asile (annexes 13^{quater}) prises le 23 mai 2013.

1.7. Le 2 octobre 2014, les parties requérantes ont introduit une troisième demande de protection internationale. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil n° 135 293 du 17 décembre 2014 rejetant le recours introduit à l'encontre des décisions de refus de prise en considération d'une demande d'asile (demandes d'asile multiples) prises par le CGRA le 21 octobre 2014.

1.8. Le 28 octobre 2014, la seconde partie requérante a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinq}). Tel fut également le cas de la première partie requérante en date du 4 novembre 2014.

1.9. Le 15 octobre 2015, les parties requérantes ont introduit une quatrième demande de protection internationale. Le 25 avril 2016, le CGRA a pris deux décisions de refus de prise en considération d'une demande d'asile (demandes d'asile multiples) à l'encontre des parties requérantes.

1.10. Le 3 mai 2016, les parties requérantes ont fait l'objet de deux ordres de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexes 13^{quinq}).

1.11. Le 23 septembre 2016, la partie défenderesse a pris deux ordres de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexes 13^{sept}) ainsi que deux interdictions d'entrée (annexes 13^{sex}) à l'encontre des parties requérantes. Par un arrêt n° 243 852 du 10 novembre 2020, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.12. Le 28 septembre 2016, les enfants mineurs des parties requérantes, D.A. et D.K., ont fait l'objet de deux ordres de reconduire (annexes 38).

1.13. Le 28 septembre 2016, les parties requérantes ont introduit des demandes de protections internationales au nom de leurs enfants mineurs, D.A. et D.K.. Ces procédures se sont clôturées par un arrêt du Conseil n° 184 406 du 27 mars 2017 confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise par le CGRA en date du 20 décembre 2016.

1.14. Le 11 avril 2017, les enfants mineurs des parties requérantes, D.A. et D.K., ont fait l'objet de deux ordres de reconduire (annexes 38). Par un arrêt n° 243 854 du 10 novembre 2020, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.15. Le 11 avril 2017, les parties requérantes ont introduit une demande de protection internationale au nom de leur fille mineure D.S.. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil n° 198 256 du 22 janvier 2018, confirmant la décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise par le CGRA le 6 octobre 2017.

1.16. Le 17 mai 2018, les parties requérantes ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 au nom de leurs enfants mineurs. Le 13 juin 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Par un arrêt n°243 856 du 10 novembre 2020, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.17. Le 15 janvier 2019, les parties requérantes ont introduit une troisième 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 en date du 14 mars, 8 avril, 18 avril, 22 août et 25 septembre 2019.

1.18. Le 15 octobre 2019, les parties requérantes ont introduit deux demandes de protection internationale. Ces demandes ont donné lieu à deux décisions d'irrecevabilité d'une demande de protection internationale (demande ultérieure), prises le 23 décembre 2019.

1.19. Le 18 décembre 2019, la partie défenderesse a pris une décision déclarant non fondée la demande visée au point 1.17.. Cette décision, notifiée aux parties requérantes le 31 janvier 2020, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motif:

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Monsieur [D.A.] invoque un problème de santé, à l'appui de leur [sic] demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé ([D.A.]) et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers la Russie, pays d'origine des requérants.

Dans son avis médical remis le 17.12.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour des requérants à leur pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Russie (Fédération de).

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

Dès lors,

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

2) *Du point de vue médical, nous pouvons conclure que ses pathologies n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement et le suivi sont disponibles et accessibles en Russie (Fédération de).*

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.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également donner instruction au Registre national de réinscrire les intéressés dans le registre d'attente. »

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1.1. Les parties requérantes prennent un premier moyen de la violation de l'article 9ter 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, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.1.2. Les parties requérantes expriment tout d'abord leur étonnement à l'égard de l'attitude du fonctionnaire médecin qui semble mettre en doute la bonne foi du psychiatre de la première partie requérante en relevant que les constats (amaigrissement et troubles du sommeil) de ce dernier ne sont ni attestés, ni documentés, ni objectivés. Elles expriment leur consternation quant à la suspicion entourant les affirmations dudit psychiatre et font valoir qu'un psychiatre a l'obligation d'écouter son patient et qu'il ne lui est pas possible de ne pas faire état de faits qui lui paraissent plausibles.

Elles poursuivent en indiquant que l'affirmation selon laquelle le médecin traitant de la première partie requérante ne peut pas établir avec certitude les circonstances factuelles dans lesquelles le traumatisme a été occasionné, ne permet pas de conclure à la non prise en considération de ce traumatisme.

En ce qui concerne le risque de suicide, elles font grief au fonctionnaire médecin de le qualifier de « très relatif » alors que le médecin traitant de la première partie requérante a fait état de ce risque de manière insistante dans son certificat médical du 9 janvier 2019 dont elles citent des extraits. Elles insistent à ce sujet sur les indications selon lesquelles ce risque est de « 9/10 sur échelle [sic] de Durcher », « l'isolement social est un facteur favorisant le passage à l'acte suicidaire » et « les besoins médicaux sont un lieu de vie sécurisé, un accès aux médicaments et aux soins psychiatriques et une mise à distance avec le lieu de ses traumatismes ».

Elles estiment ensuite surprenant et inacceptable de la part du fonctionnaire médecin de critiquer le traitement prescrit en considérant qu'il aurait dû être arrêté et insistent sur l'aberration d'une telle affirmation alors que ledit médecin n'a pas examiné la première partie requérante.

Elles poursuivent en affirmant qu'il est faux de considérer que « L'évaluation de la crédibilité des allégations... n'est pas du domaine médical mais relève de la compétence du CGRA » et font valoir que la crédibilité des allégations peut s'avérer importante « notamment au nouveau [sic] psychiatrique ».

Critiquant l'affirmation selon laquelle il leur serait possible de s'installer dans une autre région de Russie, elles indiquent être tchéchènes et soutiennent qu'elles n'ont aucune chance de s'intégrer dans le reste de la Russie et qu'il s'agit d'une appréciation qui ne peut être sérieuse. Elles déduisent également une erreur manifeste d'appréciation de l'affirmation selon laquelle il n'appartient pas au fonctionnaire médecin « de supputer la possibilité de l'aggravation ultérieure d'une pathologie » alors que l'aggravation de la maladie doit faire l'objet d'une appréciation.

S'agissant de la disponibilité des soins, elles reprochent au fonctionnaire médecin de se référer à la base de données MedCOI qui n'est pas publique en sorte qu'elles ne sont pas en mesure d'apprécier la valeur des informations qui en sont issues.

Elles ajoutent qu'« il résulte de nombreux autres rapports que cette disponibilité n'existe pas » et se réfèrent à un rapport de l'OSAR du 5 octobre 2011 intitulé « Tchétchénie, traitement des PTSD » mettant en évidence l'impossibilité d'un traitement du PTSD en Tchétchénie, l'inexistence de centre spécialisé dans un tel traitement, le coût des traitements pour un tchéchène voyageant dans le reste de la Russie et la nécessité d'un environnement sécurisant. Elles en déduisent que « [...] tant la disponibilité que l'accès aux soins paraît donc relever d'une vue de l'esprit ».

2.2.1. Les parties requérantes prennent un second moyen de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales (ci-après : la CEDH) et de l'article 23 de la Constitution.

2.2.2. Elles font valoir qu'« Au vu des éléments évoqués par le Dr [D.] dans ses nombreux rapports, au vu de la maladie évident [sic] de [la première partie requérante], des souffrances psychiques de son épouse et de celles des enfants, évoquées également à plusieurs reprises par le psychiatre, on ne peut considérer que les requérants pourraient rentrer dans leur pays sans aucun risque et sans, manifestement, se trouver confrontés à des situations psychologiquement impossibles pour eux. qui pourraient avoir les conséquences gravissimes soulignées par le Dr [D.] ».

Elles concluent en affirmant que « Le fait que des enfants nés à l'étranger, qui n'ont jamais vu la Tchétchénie, où des assassinats se commettent encore chaque jour, seraient contraints au retour, serait gravement attentatoire à l'art 3 CEDH ».

3. Discussion

3.1.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise de l'acte attaqué, «*L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué*».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

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

Il 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.

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin daté du 17 décembre 2019, lequel indique en substance que la première partie requérante « [...] présenterait un état de stress post-traumatique chronique sévère depuis plusieurs années ».

Quant au traitement de cette pathologie, le fonctionnaire médecin a considéré que « [l]es certificats médicaux fournis ne contiennent aucune indication médicale (psychose) pour la prescription d'un antipsychotique, en l'occurrence le prothipendyl (Dominai®) », qu'« [l] apparait de plus que ce médicament est utilisé à des fins hypnotiques sans en avoir l'efficacité escomptée d'après les explications du requérant », que « [l]a durée d'utilisation d'une benzodiazépine, alprazolam, pour assister le sommeil et atténuer les sentiments de peur (fonction anxiolytique) doit être aussi courte que possible pour prévenir la dépendance (utilisation de moins de 2 semaines) » en sorte que « [...] cette pharmacothérapie aurait dû être arrêtée depuis longtemps ». Il en a dès lors déduit qu'en l'occurrence « [...] un suivi psychiatrique pourrait être favorable » et que « [d]es antidépresseurs et des anxiolytiques pourraient faire partie de l'arsenal thérapeutique utilisable ». Estimant que ces traitements et suivi sont disponibles et accessibles au pays d'origine, le fonctionnaire médecin conclut à l'absence de risque pour la vie ou l'intégrité physique de la première partie requérante ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

Cette motivation n'est pas utilement contestée par les parties requérantes.

3.1.3. Le Conseil constate ainsi, à l'instar des parties requérantes, que, sans aller jusqu'à les contester, le fonctionnaire médecin semble remettre en cause les constats dressés dans le certificat médical type établi le 9 janvier 2019 par le Dr D., médecin psychiatre. Celui-ci relève notamment que le « *suivi thérapeutique [...] n'est pas objectivé par des rapports psychiatriques transmis au dossier* », que « *l'amaigrissement attesté [n'est pas] documenté par les enregistrements de poids successifs* » et que « *les troubles de sommeil [ne sont pas] objectivés par une simple polysomnographie* ».

Le Conseil constate toutefois que le fonctionnaire médecin n'a tiré aucune conséquence de ces considérations et a examiné la disponibilité et l'accessibilité des soins qu'il estimait nécessaires pour traiter la pathologie diagnostiquée par le médecin traitant de la première partie requérante à savoir, un « *état de stress post-traumatique chronique sévère* ».

A cet égard, il apparait de la section « Pathologies actives actuelles » de l'avis médical du 17 décembre 2019, que le fonctionnaire médecin a, d'une part, remis en question la nécessité d'un traitement par antipsychotique (prothipendyl/Dominai) et, d'autre part, estimé que le traitement par benzodiazépine (alprazolam) aurait dû être arrêté depuis longtemps. Les parties requérantes se bornent toutefois à qualifier cette dernière affirmation de « *surprenante* » et « *inacceptable* » sans toutefois préciser la règle de droit qui serait éventuellement violée en l'espèce. En tout état de cause, il ressort de l'examen des pièces versées au dossier administratif que la partie défenderesse a vérifié la disponibilité de l'alprazolam dans le pays d'origine des parties requérantes.

3.1.4. En ce que les parties requérantes soutiennent que l'affirmation selon laquelle le médecin traitant de la première partie requérante ne peut pas établir avec certitude les circonstances factuelles dans lesquelles le traumatisme a été occasionné, ne permet pas de conclure à la non prise en considération de ce traumatisme, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin, d'une part, ne conteste pas formellement l'existence d'un traumatisme dans le chef de la première partie requérante et d'autre part, examine la disponibilité et l'accessibilité des soins requis pour le traitement de l'état de stress post-traumatique découlant dudit traumatisme.

Il s'ensuit que le constat d'une incertitude quant au traumatisme à l'origine de la pathologie de la première partie requérante n'a, en l'espèce, nullement eu pour conséquence de remettre en question le diagnostic posé par le médecin traitant de celle-ci. Par conséquent, la question de l'évaluation de la crédibilité du récit des parties requérantes ainsi que celle de l'instance compétente pour ce faire n'est pas pertinente en l'espèce.

Une telle incertitude fonde cependant le motif par lequel le fonctionnaire médecin conteste le lien entre la pathologie invoquée et la région d'origine des parties requérantes. Or sur ce point, celui-ci estime que « *Pour autant que ce lien puisse exister, notons que le requérant pourrait s'installer dans une autre région du pays d'origine, loin du lieu où son incertaine insécurité, hypothétique source de ses pathologies évoquées, serait annihilée. La Russie est un vaste pays qui permet une installation suffisamment loin de la région supposée être à l'origine des pathologies du requérant* ». Les parties requérantes ne critiquent pas utilement ce motif mais se bornent à affirmer que « *les tchéchènes n'ont aucune chance de s'intégrer dans le reste de la Russie* » et qu'« *il s'agit évidemment d'une appréciation qui ne peut être sérieuse* », affirmation qui n'est nullement étayée par le moindre élément concret.

3.1.5.1. S'agissant de l'examen de la disponibilité des soins requis, en ce que les parties requérantes critiquent la référence à la base de données MedCOI dès lors que celle-ci n'est pas publique et qu'elles n'y ont pas accès, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées sur ces sites, de telle sorte que les parties requérantes sont en mesure d'y avoir accès. Si les parties requérantes désiraient compléter leur information quant aux considérations de fait énoncées dans la décision querellée, il leur était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents, et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, dossier qu'elles ne démontrent pas avoir sollicité ni que cette demande leur aurait été refusée.

En outre en ce qu'elles soutiennent qu'« *Il résulte [...] de nombreux autres rapports que cette disponibilité n'existe pas* », le Conseil constate que les parties requérantes restent en défaut d'identifier lesdits rapports à l'exception de celui de l'OSAR intitulé « *Tchéchénie, traitement des PTSD* ». L'analyse des éléments contenus dans ce document mis en évidence par les parties requérantes révèle toutefois que celui-ci concerne uniquement la Tchétchénie alors qu'il découle de ce qui précède que les parties requérantes n'ont pas utilement contesté le motif par lequel le fonctionnaire médecin estime qu'elles peuvent s'installer dans une autre région de leur pays d'origine.

Le Conseil constate également, en ce qui concerne ce document, que dans la section de son avis médical consacré à l'examen de l'accessibilité des soins, le fonctionnaire médecin a relevé que les parties requérantes avaient notamment produit ledit rapport à l'appui de leur demande, a indiqué que celui-ci « *[...] nous décrit de manière générale la situation des droits humains en Tchétchénie (instabilité, violence, corruption,...)* » et a estimé que « *[...] rien ne démontre que les éléments qui se trouvent dans le rapport d'octobre 2011, vieux de 8 années, soient encore d'actualité* ». Il a par ailleurs noté que « *[...] les éléments invoqués dans ces documents ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant [...]* » et qu'« *[e]n l'espèce [la première partie requérante] ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu [...]* ». Ces considérations ne font l'objet d'aucune critique de la part des parties requérantes.

3.1.5.2. S'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins au pays d'origine, le Conseil constate que les parties requérantes ne contestent aucun des motifs formulés dans l'avis médical du 17 décembre 2019. Ces motifs font état de l'existence, en Russie, d'un régime de sécurité sociale, d'un droit à des soins médicaux gratuits par l'intermédiaire d'un système d'assurance maladie obligatoire et de la gratuité de certains médicaments. Les parties requérantes ne contestent pas davantage le motif selon lequel la première partie requérante n'est pas en incapacité de travailler pour financer son traitement ni celui selon lequel elles pourraient obtenir une aide financière auprès de membres de leur famille restés au pays.

3.1.6. En ce que les parties requérantes font grief au fonctionnaire médecin de relativiser le risque de suicide existant dans le chef de la première partie requérante, le Conseil constate tout d'abord que ledit médecin a précisé que « *[...] ce risque très relatif de possibilité de tentative de suicide sera pris en compte à sa juste valeur* ».

Le Conseil constate en outre que, dans son certificat médical type du 9 janvier 2019, le Dr D. n'a fait état d'un risque de passage à l'acte suicidaire que dans l'hypothèse où la pathologie invoquée n'était pas traitée. Il a ainsi indiqué, dans la rubrique « *E/ Evolution et pronostic de la / des pathologie(s) mentionnée(s) à la rubrique B* », ce qui suit :

« *Si bien traité, retour à la normale avec séquelles.*

Si non traité, dépression, passage à l'acte suicidaire. A fait une TS médicamenteuse vers Noël 2018. Risque suicidaire 9/10 sur échelle de Durcher »

Or, il découle de ce qui précède que la partie défenderesse a procédé à l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité de soins requis sans que cet examen ne soit utilement critiqué par les parties requérantes. Par conséquent, dès lors que le risque suicidaire n'existe qu'en l'absence de traitement adéquat, les parties requérantes n'ont pas intérêt à leur argumentation.

Il en va de même de la critique visant l'affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle il ne lui appartient pas « *[...] de supputer la possibilité de l'aggravation ultérieure d'une pathologie et en ce, la probabilité de survenue d'hypothétiques complications [...]* », dès lors qu'il découle de ce qui précède que

celui-ci a tenu compte de l'évolution de la pathologie telle que décrite par le médecin traitant de la première partie requérante.

3.1.7. Enfin, concernant les documents joints à la requête et déposés postérieurement à la prise de l'acte attaqué, le Conseil ne peut y avoir égard dès lors qu'il rappelle que dans le cadre de son contrôle de légalité prévu par l'article 39/2, §2 de la loi du 15 décembre 1980, il est tenu d'apprécier la légalité d'un acte administratif en fonction des éléments dont l'autorité avait connaissance au moment de statuer (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002).

3.1.8. Partant, le premier moyen n'est pas fondé.

3.2.1. Sur le second moyen, en ce que les parties requérantes invoquent une violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour européenne des droits de l'homme considère, dans une jurisprudence constante (voir, par exemple, arrêts Soering du 7 juillet 1989 et Mubilanzila Mayeka et Kaniki Mitunga c/ Belgique du 12 octobre 2006), que « *Pour tomber sous le coup de l'article 3 [de la CEDH], un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité. L'appréciation de ce minimum est relative par essence ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause, notamment de la nature et du contexte du traitement, ainsi que de ses modalités d'exécution, de sa durée, de ses effets physiques ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge, de l'état de santé de la victime* ».

En l'occurrence, les parties requérantes restent en défaut de démontrer *in concreto*, dans quelle mesure la délivrance de l'acte attaqué constituerait une mesure suffisamment grave pour constituer un traitement inhumain ou dégradant, au sens de l'article 3 de la CEDH.

Celles-ci se bornent en effet à se référer aux « [...] éléments évoqués par le Dr [D.] dans ses nombreux rapports », à la maladie de la première partie requérante et aux « souffrances psychiques » de la seconde partie requérante et de leurs enfants pour considérer qu'elles ne « [...] pourraient rentrer dans leur pays sans aucun risque et sans, manifestement, se trouver confrontés à des situations psychologiquement impossibles pour eux. qui pourraient avoir les conséquences gravissimes [...] ». Elles se réfèrent également à la circonstance que leurs enfants sont nés à l'étranger et n'ont jamais vu la Tchétchénie, région au sujet de laquelle elles affirment que des assassinats s'y commettent chaque jour.

De telles affirmations, par leur caractère général et imprécis, ne permettent cependant pas d'identifier le risque de violation de l'article 3 de la CEDH auquel les parties requérantes s'estiment exposées ni a *fortiori* d'en établir la gravité.

3.2.2. Partant, le second moyen n'est pas fondé.

3.3. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, les parties requérantes ne démontrent pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elles visent dans leurs moyens de sorte que ceux-ci ne sont pas fondés

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 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 en 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 dix novembre deux mille vingt par :

Mme B. VERDICKT,	présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
Mme A. KESTEMONT,	greffière.

La greffière,	La présidente,
---------------	----------------

A. KESTEMONT

B. VERDICKT