

Arrêt

n° 251 962 du 31 mars 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : chez Me I. DE VIRON, avocat,
Rue des Coteaux, 41,
1210 BRUXELLES,

contre :

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

LE PRESIDENT F.F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 décembre 2016 par X, de nationalité algérienne, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision de non-fondement de la demande d'autorisation de séjour introduite le 21.05.2013 sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...] prise le 04.11.2016 et notifiée le 25.11.2016* » et de « *l'ordre de quitter le territoire pris le 04.11.2016 et notifié le 25.11.2016* ».

Vu le titre Ier *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 1^{er} mars 2021 convoquant les parties à comparaître le 23 mars 2021.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. DE COOMAN loco Me I. DE VIRON, avocat, qui comparaît pour le requérant, et Me L. RAUX loco Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUivant :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant déclare être arrivé en Belgique en 2007.

1.2. La partie défenderesse a pris plusieurs ordres de quitter le territoire, sous la forme annexes 13.

1.3. Par courrier du 16 mai 2013, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable mais a été rejetée en date du 5 novembre 2014. Elle a été accompagnée d'un ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13.

1.4. Le 12 janvier 2016, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement, sous la forme d'une annexe 13*septies* et une interdiction d'entrée de trois ans, sous

la forme d'une annexe 13sexies. Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été accueilli par l'arrêt n° 174.457 du 12 septembre 2016.

1.5. Le 18 janvier 2016, le requérant a sollicité, d'une part, la suspension, selon la procédure d'extrême urgence, de l'exécution de l'ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement, sous la forme d'une annexe 13septies visé au point 1.4 et a demandé, d'autre part, par la voie de mesures provisoires, que soit examinée en extrême urgence la demande de suspension du 16 janvier 2015, introduite à l'encontre de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13 qui l'accompagne, visés au point 1.3.

1.6. Par un arrêt n° 160.413 du 20 janvier 2016, le Conseil a accueilli la demande de mesures provisoires, en extrême urgence, visée au point 1.5 et a ordonné la suspension en extrême urgence de l'exécution des décisions visées au point 1.3 et de l'ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement, sous la forme d'une annexe 13septies, visé au point 1.4.

1.7. Le 25 janvier 2016, les décisions visées au point 1.4 ont été retirées par la partie défenderesse, ce qui a été constaté par le Conseil dans son arrêt n° 172.042 du 19 juillet 2016.

1.8. Le 5 février 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande visée au point 1.2.. Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 177.314 du 4 novembre 2016.

1.9. Le 15 mars 2016, la partie défenderesse a pris un nouvel ordre de quitter le territoire avec maintien en vue de l'éloignement, sous la forme d'une annexe 13septies et une nouvelle d'interdiction d'entrée, sous la forme d'une annexe 13sexies.

1.10. Le 17 mars 2016, le requérant a sollicité, d'une part, la suspension, selon la procédure d'extrême urgence, de l'exécution de l'ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement, sous la forme d'une annexe 13septies visé au point 1.9 et a demandé, d'autre part, par la voie de mesures provisoires, que soit examinée en extrême urgence la demande de suspension du 16 mars 2016, introduite à l'encontre de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, visée au point 1.8.

1.11. Par un arrêt n° 164.447 du 19 mars 2016, le Conseil a accueilli la demande de mesures provisoires, en extrême urgence, visée au point 1.8 et a ordonné la suspension en extrême urgence de l'exécution de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, visée au point 1.10 ainsi que de l'ordre de quitter le territoire avec maintien en vue de l'éloignement, sous la forme d'une annexe 13septies du 15 mars 2016, visé au point 1.9.

1.12. Le 25 mars 2016, la partie défenderesse a retiré la décision visée au point 1.8.

1.13. Le 2 mai 2016, la partie défenderesse a de nouveau rejeté la demande d'autorisation de séjour du requérant, visée au point 1.2, et a pris un ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13, le 3 mai 2016. Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été accueilli par l'arrêt n° 174.456 du 12 septembre 2016.

1.14. Le 4 novembre 2016, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision rejetant la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980.

Cette décision constitue le premier 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 B.S., de nationalité Algérie, invoque l'application de l'article 9ter en raison d'un problème de santé empêchant tout retour au pays d'origine.

Le médecin fonctionnaire de l'Office des Etrangers a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son rapport médical du 04.11.2016 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le

médecin de l'Office des Etrangers indique que d'après les informations médicales fournies, il apparaît que les pathologies dont souffre le requérant n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ni un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, car les traitements et la prise en charge médicale sont disponibles et accessibles en Algérie. Il conclut enfin, du point de vue médical, qu'il n'y a pas de contre-indication au retour au pays d'origine.

Le rapport de médecin de l'Office des Etrangers est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors,

- 1) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou
- 2) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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'intéressé invoque également, à l'appui de sa demande, un certain nombre d'articles présents sur un site d'informations algérien qui démontrent la situation déplorable des personnes souffrant de troubles mentaux au pays d'origine (Cfr « Enquête sur la prise en charge des malades mentaux », in Algérie360 <http://www.algerie360.com/algerie/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-malades-mentaux/consulté le 15.05.2013>, et « Oran/la ville ne sait plus où cacher ses malades mentaux » dans le site ci-haut...). Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c.Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Cependant, le requérant n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866).

Enfin notons que 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 (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int).

Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013) ».

1.15. A la même date, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13.

Cette décision constitue le second acte attaqué et est motivée comme suit :

« Il est enjoint à Monsieur :

[...]

de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen(1), sauf s'il possède les documents requis pour s'y rendre, dans les 30 jours de la notification de décision.

MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé de la cinquième branche du deuxième moyen et de la première branche du troisième moyen.

2.1.1. Le requérant prend un deuxième moyen de « *de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 ; des articles 1, 2 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; de l'article 124 du Code de déontologie médicale ; des articles 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; des articles 5 et 13 de la directive 2008/115 ; du principe général de bonne administration ; erreur dans l'appréciation des faits ; de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause* ».

2.1.2. Dans une cinquième branche, il indique que son médecin considère qu'un retour au pays d'origine constitue un risque élevé au regard de son état de santé mental étant donné que « *ses menaces de passer à l'acte et de se suicider risqueraient fortement d'être mises à exécution* ». Dès lors, il souligne que « *En dehors donc de toute question relative à l'accès aux soins et à la disponibilité des soins, loin d'être acquise en Algérie, le médecin traitant estime qu'il y a risque que le requérant ne supporte pas cette mesure de rapatriement* ».

A cet égard, il précise que dans une cause comparable, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé dans son arrêt Aswat contre Royaume-Uni du 16 avril 2013 que « *le Royaume-Uni infligeait un traitement inhumain à Monsieur ASWAT en le rapatriant vers les USA car il ne pourrait supporter les prisons américaines, vu son état mental* ». Il ajoute que le livre blanc sur les autorisations de séjour pour motifs médicaux, insiste sur le manque de prise en considération des éléments psychologiques et psychiatriques dans la pratique de la partie défenderesse. A cet égard, il relève que « *Le risque de suicide est un élément déterminant que la partie adverse doit prendre en compte dans son évaluation de la possibilité de soins de santé dans le pays d'origine* ».

Or, il indique que la partie défenderesse ne contredit pas le risque suicidaire invoqué par son médecin en cas de retour au pays d'origine. Dès lors, en sachant qu'il pourrait se suicider vu sa santé mentale, la partie défenderesse lui inflige un traitement inhumain et dégradant en adoptant l'acte attaqué.

En conclusion, il fait grief à l'acte attaqué de ne pas être valablement motivé au regard de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

2.2.1. Il prend un troisième moyen de la violation « *des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 [...] des articles 1, 2, 3 de la loi du 29 millet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs [...] de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales [...] du principe général de bonne administration [...] erreur dans l'appréciation des faits [...] de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause* ».

2.2.2. Il relève qu'il ressort de l'acte attaqué que la partie défenderesse a considéré que les pathologies alléguées « *pour reprendre les termes du Conseil d'Etat - « quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine, mais qu'il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales »* ».

A cet égard, il soutient que dans ce cadre, la partie défenderesse est tenue d'examiner l'existence des soins, à savoir, d'une part, leur disponibilité et, d'autre part, les possibilités effectives dans le cas individuel en cause d'y avoir accès, c'est-à-dire leur accessibilité effective.

2.2.3. Dans une première branche, il indique que la partie défenderesse considère que le traitement et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine sur la seule référence aux données issues de la base de données MedCOI. Or, il soutient que ces informations ne donnent aucune indication sur la réalité de la disponibilité des soins en Algérie.

En outre, il souligne que la motivation de l'acte attaqué relative à la disponibilité du traitement « est encore plus pauvre que la motivation qu'elle avait adoptée dans sa décision du 02.05.2016. Or cette décision du 02.05.2016 a été annulée par Votre Conseil dans son arrêt 174.456 du 12.09.2016 en raison d'un défaut de motivation flagrant relatif à la disponibilité du traitement et du suivi nécessaires au requérant.

En effet, la partie adverse s'est bornée à supprimer de son avis médical du 04.11.2016, les éléments de son avis médical du 29.04.2016 qui ont conduit à l'annulation de la décision de non-fondement du 02.05.2016 par Votre Conseil dans son arrêt 174.456 ».

Il ajoute que dans l'avis médical du 29 avril 2016, la partie défenderesse a tenté de démontrer la disponibilité du traitement « en invoquant des données MedCOI, une liste de médicaments essentiels et un document de l'OMS sur « la sélection des médicaments essentiels ». Votre Conseil dans son arrêt 174.456 a considéré que ces deux derniers documents ne permettaient pas d'établir que le traitement du requérant était disponible dans son pays d'origine et, pour cette raison, a annulé la décision de la partie adverse du 02.05.2016.

Dans son avis médical du 04.11.2016, la partie adverse se contente donc de supprimer cette liste de médicaments et ce document de l'OMS sans apporter de nouveaux éléments relatifs à la disponibilité du traitement en Algérie et sans prendre en compte les documents apportés par le requérant qui attestent de l'indisponibilité de ce traitement en Algérie ».

Dès lors, il considère que la partie défenderesse n'apporte aucun élément nouveau quant à la disponibilité du traitement et du suivi requis, en telle sorte que l'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé.

Il rappelle que la partie défenderesse se limite à renvoyer à la base de donnée MedCOI. A cet égard, il précise que « *Rien n'est indiqué sur l'étendue de ce projet. En outre, l'accessibilité au traitement n'est pas garantie puisque l'avis médical attaqué lui-même mentionne que les informations données « se limitent à la disponibilité des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'informations fournies au sujet de l'accessibilité des soins ». Votre Conseil a déjà pu se prononcer sur cette base de données en considérant qu'« aucune garantie sur l'accessibilité de ces soins n'est apportée » (CCE arrêt n° 92 309 du 27.11.2012 et CCE arrêt n° 110 513 du 24.09.2013) ».*

Il mentionne que l'identité des médecins n'est pas indiquée, ce qui rend impossible la vérification des informations fournies par la partie défenderesse. De plus, il indique qu'il s'agit d'une base de données inaccessible au public, en telle sorte qu'il n'est pas en mesure de vérifier les informations émanant de cette base de données.

Par ailleurs, il expose avoir démontré avoir besoin d'un traitement médicamenteux et aussi d'un suivi « *thérapeutique et psychologique – psychiatrique* ». Or, il fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir démontré qu'un tel suivi est disponible au pays d'origine. A cet égard, il relève qu'elle a énoncé « *et si nécessaire des médecins spécialisés dans la prise en charge psychologique, des médecins psychiatres et des médecins spécialisés en Neurologie sont disponibles* ». *Elle n'étaye pas plus son argumentation alors que le requérant a clairement démontré que ce suivi n'était pas disponible dans son pays d'origine* ».

Il reproduit un extrait de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme Paposhvili contre Belgique du 13 décembre 2016 afin de relever que la partie défenderesse est tenue de procéder à un examen rigoureux de la disponibilité effective des soins du traitement requis, ce qu'elle n'a pas fait en l'occurrence.

3. Examen de la cinquième branche du deuxième moyen et de la première branche du troisième moyen

3.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée 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^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée 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. C.E., 19 juin 2013, n° 223.961, C.E., 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 Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (cf. C.E., 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 précitée 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. C.E., 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 précitée 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'écartier 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 précitée du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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, C.E., 19 juin 2013, n° 223.961 ; C.E., 28 novembre 2013, n° 225.632 et n° 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.

Dès lors, le champ d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

3.2. Par ailleurs, 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.

3.3.1 En ce qui concerne la première branche du troisième moyen, l'acte attaqué est fondé sur un rapport médical établi le 4 novembre 2016 par le médecin fonctionnaire sur la base des certificats médicaux produits par le requérant, et dont il ressort que la « *Pathologie active actuelle (ct CMT et rapports médicaux de 09/2016)* » est « *Trouble psychiatrique/psychose – décompensation psychotique [...] Epilepsie [...] Syndrome de stress post-traumatique devenu chronique* » et que le traitement actif actuel est « *Trazolan / Trazodone ; Redomex (amitriptyline) : antidépresseurs [...] Zyprexa (olanzapine, anti psychotique) [...] Dépakine (acide valproïque, anti épileptique) [...] suivi : Psychiatrie/psychologie ; Neurologie* »

Il ressort également du rapport précité que le médecin fonctionnaire a considéré que les traitements et suivis requis pour traiter la pathologie du requérant sont disponibles au pays d'origine en indiquant que « *Des antidépresseurs (comme la sertraline, la mirtazapine ou la paroxétine) des antipsychotiques (comme la rispéridone ou l'olanzapine), des anti-épileptiques (comme la carbamazépine et de l'acide valproïque) sont disponibles en Algérie.*

Et si nécessaire des médecins spécialisés dans la prise en charge psychologique, des médecins psychiatres et des médecins spécialisés en Neurologie sont disponibles en Algérie.

Informations :

de la base de données MedCOI :

Requête Medcoi du 16.01.2015 portant le numéro de référence unique BMA-6342

Requête Medcoi du 04.11.2015 portant le numéro de référence unique BMA-7432

Requête Medcoi du 26.08.2015 portant le numéro de référence unique BMA-7179

Requête Medcoi du 04.05.2015 portant le numéro de référence unique BMA-6754

Il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des soins au pays d'origine ou pays de provenance, l'Algérie. Et par conséquent, il n'y a aucun risque d'arrêt du traitement des différentes pathologies du requérant, aussi bien sur le plan neurologique, psychiatrique / psychologique »

Or, il ressort du dossier administratif que les informations issues des requêtes MedCOI ne permettent nullement d'attester de la disponibilité du suivi par un psychologue requis pour la pathologie du requérant. En effet, la requête « *BMA-6342* » renseigne uniquement sur la présence de « *neurologist* » (traduction libre : neurologues).

La requête « *BMA-7432* » renseigne uniquement sur la présence de « *general practitioner* » (traduction libre : médecin généraliste).

La requête « *BMA-7179* » renseigne uniquement sur la présence de « *psychiatrist* » (traduction libre : psychiatres) et de « *general practitioner* » (traduction libre : médecin généraliste).

La requête « *BMA-6754* » renseigne uniquement sur la présence de « *neurologist* » (traduction libre : neurologues) et de « *psychiatric long terme clinical treatment (e.o. for chronic psychotic patient) by a psychiatrist* » (traduction libre : traitement clinique psychiatrique à long terme (par exemple, pour un patient psychotique chronique) par un psychiatre).

Dès lors, les informations contenues au dossier administratif ne permettent pas de considérer que le suivi par un psychologue, tel qu'indiqué dans le rapport médical du médecin fonctionnaire du 4 novembre 2016, est effectivement disponible au pays d'origine. Quant au fait qu'un suivi par un psychiatre pourrait remplacer le suivi par un psychologue, cela n'est ni soutenu ni étayé par le médecin conseil de la partie défenderesse. Dès lors, l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne la disponibilité du suivi nécessaire au requérant.

Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse ne pouvait valablement considérer, en se basant sur le rapport du médecin fonctionnaire, que l'ensemble du suivi requis est disponible au pays d'origine.

3.3.2. Les considérations émises dans la note d'observations ne sont pas de nature à énerver les conclusions qui précèdent. Par ailleurs, elles apparaissent, tout au plus, comme une motivation a posteriori, laquelle ne peut nullement être retenue.

3.4.1. A titre subsidiaire, le requérant fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir adéquatement motivé l'acte attaqué étant donné qu'elle omet d'exposer les motifs pour lesquels le médecin fonctionnaire s'est écarté des avis rendus par ses médecins traitants et n'a pas rencontré les arguments relatifs aux conséquences de son retour. A cet égard, il souligne, d'une part, que la partie défenderesse contredit l'avis de son médecin spécialiste en affirmant qu'il n'existe pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour au pays d'origine et, d'autre part, que son médecin considère qu'un retour au pays d'origine constitue un risque élevé au regard de son état de santé mental étant donné que « *ses menaces de passer à l'acte et de se suicider risqueraient fortement d'être mises à exécution* ». Dès lors, il souligne que « *En dehors donc de toute question relative à l'accès aux soins et à la disponibilité des soins, loin d'être acquise en Algérie, le médecin traitant estime qu'il y a risque que le requérant ne supporte pas cette mesure de rapatriement* ».

3.4.2. En l'espèce, bien que le médecin fonctionnaire a pris en considération l'ensemble des pièces du dossier administratif, il n'a cependant pris en compte le contenu des attestations et certificats médicaux délivrés par les médecins du requérant dans la mesure où il a décidé de s'écartier des recommandations émises par les médecins du requérant concernant sa capacité à voyager sans en justifier valablement les raisons.

En effet, le médecin fonctionnaire a indiqué dans la rubrique intitulée « *Histoire Clinique* » de son avis médical du 4 novembre 2016 que :

« 18.11.2010 : *Rapport de consultation de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale : infection sur plaque d'ostéosynthèse supérieure à droite ; curetage d'ostéite. Antibiotique et H2O2 ; Prévoir enlèvement du matériel d'ostéosynthèse si récidive.*

11.07.2011 : *Rapport de consultation du Dr I.V. : troubles mnésiques et de la concentration depuis un accident de voiture en 04/2010. Avis neurologue et/ou psychiatre.*

15.09.2011 : *Certificat médical (pour le CPAS) du Dr T.H.-Psychiatrie nécessite d'une hospitalisation. Demande en cours.*

27.10.2011 : *Attestation de consultation du M. A. P.- Psychologue clinicien.*

09.12.2011 : *(non signé) consultation invalide.*

14.12.2011 et 09.12.2011 : *demande d'avis du Dr A.P. - Médecine générale et rapport de consultation du Dr I.B.-Spécialiste en formation en Ophtalmologie : brûlure /vapeur avec 'triade' cornéenne ; vision floue ; AV a 10/10 (avec correction OG et sans correction OD) ; blépharite OG>OD. Traitement : Tobrex ; larmes artificielles ; Vit A Pos et soins des paupières avec des compresses chaudes.*

02.02.2012 : *Rapport d'hospitalisation du Département de Stomatologie : hospitalisation du 29.03.2010 au 02.04.2010 pour fracture de l'angle mandibulaire droit et para cymphysaire gauche. Intervention chirurgicale le 01.04.2010. Evolution : réduction satisfaisante des traits de fracture ; difficultés de la prise en charge à cause de sa toxicomanie. Traitement de sortie : Augmentin ; Ibuprofène ; Dafalgan ; alimentation normale et cold pack.*

21.03.2013: *Certificat médical du Dr D.B.D.- Spécialiste en formation en Psychiatrie : dépendances aux benzodiazépines ; trouble dépressif /trouble de l'adaptation.*

Pas de notion d'hospitalisation.

Traitements : Trazodone ; Redomex ; Rivotril ; Diazepam ; Loramet

Si arrêt du traitement : rechute dépressive : risque suicidaire.

Evolution : problématique dépressive stabilisée pour le moment ; sevrage benzodiazépines progressif.

Suivi ; traitement antidépresseur et hospitalisation si décompensation.

+ annexe au point B.

29.03.2013 : Attestation de consultation du Dr S. A.- Psychiatrie.

15.04.2013 : Certificat médical du Dr S.K- Pneumologie : remaniements fibro-dcatridelles

LSG ; emphysème ; bronchiectasies lobe supérieur gauche.

Traitements : arrêt du tabac ; Duovent.

Si arrêt du traitement : aggravation de la fonction respiratoire

Evolution : possibilité de dégradation de la fonction respiratoire dans des années et possibilité de surinfections bronchiques.

03.05.2013 : et du 08.02.2013 : attestations du David B. D.- Spécialiste en formation en

Psychiatrie :

suivi en consultation depuis la fin de l'année 2012 ; antécédent d'un accident de circulation et persistance de séquelles physiques ; suite à cela, dépendance à l'alcool et au cannabis, remplacée par une assuétude aux benzodiazépines. Echec d'un sevrage en ambulatoire ; idéation suicidaire, anxiété et problématique psychotique- proposition d'une hospitalisation.*

16.10.2013 : Rapport provisoire d'hospitalisation du Dr S. G.- Spécialise en formation en

Stomatologie.

Incapacité de travail du 16.10.2013 au 22.10.2013 suite à une hospitalisation en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.

24.01.2014 : Rapport de consultation du Dr S.K.- Pneumologie : multiples plaintes et

douleurs généralisées ; examen clinique cardio-pulmonaire sans particularité ; EFR non feinte ; hospitalisation en Psychiatrie prévue ;

Traitements : Duovent à poursuivre et faire EFR.

12.02.2014 : Attestation du Dr D.D.-Spécialité en formation en Psychiatrie : suivi régulier ;

aurait besoin d'être hospitalisé pour une prise en charge d'un état dépressif chronique et de sevrage de drogues.

13.02.2014 : (non signé) rapport d'examen psychiatrique d'entrée : dépression,

assuétudes et grosse problématique sociale.

Mise au point diagnostique et thérapeutique ; cure de sevrage benzodiazépines.

10.03.2014 : Attestation du Dr D.D. - Spécialiste en formation en Psychiatrie :

hospitalisation du 13.02.2014 au 10.03.2014 pour(??) - rapport d'hospitalisation non reçu)

17.06.2014 : Certificat médical du Dr D.D.- Spécialiste en formation en Psychiatrie :

trouble psychiatrique et épilepsie récidivante depuis un accident en juin 2010. Dernière hospitalisation pour mise au point thérapeutique début 2014 + dépression réactionnelle.

Traitements : Paroxetine ; Risperdal ; Tegretol ; Trazodone.

Pronostic avec traitement approprié : relativement favorable. pronostic sans traitement : péjoratif.

Suivi : Psychiatrie ; Neurologie.

18.06.2014 : Certificat médical du Dr A.E.V.- Médecine générale trouble psychiatrique et

épilepsie récidivante depuis un accident en juin 2010. Dernière hospitalisation pour mise au point thérapeutique début 2014.

Traitements : Paroxetine ; Risperdal ; Tegretol ; Trazodone ; Duovent.

Si arrêt du traitement, risque de décompensation psychotique avec nécessité d'une hospitalisation.

Evolution : traitement à vie.

Suivi : /

13.10.2014 : Attestation d'hospitalisation du Dr C.P.- Psychiatrie : hospitalisation du

19.09.2014 au 01.10.2014 pour (??) - rapport d'hospitalisation non reçu.

11.10.2014 : Rapport du service des Urgences : traumatisme de la cheville droite sur crise d'épilepsie probable ; arrachement de la malléole interne droite ; crise d'épilepsie 'sur*' sous dosage en Depakine (mauvaise compliance).
Traitement habituel : Depakine ; Risperdal ; Rivotril ; Paroxétine ; Duovent.
Traitement de sortie : Paracétamol ; Ibuprofène ; botte plâtrée +decharge, Clexane.
Suivi : Psychiatrie ; Neurologie ; Orthopédie.

26.09.2016 : et/ou 23.09.2016 : annexe au point B et/ou certificat médical du Dr S. B. –
Médecine générale (+ annexe au point B, rédigé par Dr C.S. - Médecine générale) : décompensation psychotique.
Antécédents : 2 hospitalisations à la clinique Sanatia (non étayées - pas de rapports d'hospitalisations reçus), avant ça, Brugmann et Fond'Roy (non étayées - pas de rapports d'hospitalisations reçus).
Traitement : Zyprexa ; Redomex ; Trazolan ; Depakine.
Evolution et pronostic : bonne évolution avec traitement.
Suivi : psychothérapie de soutien + prescription médicale régulière.
Annexe du 26.09.2016 :
Incapable pour une durée indéterminée d'exercer une activité professionnelle ; il ne peut pas travailler et ne peut donc pas, seul, subvenir à ses besoins ;
Il peut voyager vers son pays d'origine pour de courtes périodes (maximum 2 semaines) ; ne peut donc pas y retourner de façon permanente sous peine d'une décompensation de la situation de crises d'épilepsie.

27.09.2016 : Attestation de suivi psychologique de Mme B.L. - SAMPA : syndrome de stress post -traumatique devenu chronique ; crise d'épilepsie ; psychose (hallucinations auditives ; automutilations avec idées suicidaires envahissantes ; tentative de suicide ; symptômes anxiodepressifs ;
En cas d'arrêt de ses traitements neurologique, psychiatrique et psychologique, risque de décompensation au niveau psychiatrique et risque de violentes crises d'épilepsie.
Incapacité de travailler vu ses lourdes pathologies.

(Pour mémoire :

- Des rappels de rendez-vous ;
- Des copies de prescription médicale ;
- et des documents administratifs datés du 05.03.2013, du 16.05.2013, du 17.09.2013).

« J'estime les certificats médicaux produits de nature à rendre un examen clinique superflu ». »

Toutefois, le médecin fonctionnaire a considéré dans la rubrique « Capacité de voyager » que « Les pathologies du requérant ne sont pas une contre – indication médicale à voyager ; ce qui est confirmé dans les rapports médicaux de son médecin traitant (ct CMT du 23.09.2019).

Il n'y a donc pas de contre-indication médicale à voyager ».

Or, il ressort de l'annexe au certificat médical type tel que défini par l'arrêté royal du 24 janvier 2011 établi par le docteur S.C en date du 26 septembre 2016 que le requérant ne peut pas voyager pour une longue période dans la mesure où à la question « Le patient peut-il voyager vers son pays d'origine ? Si non, quels en sont les raisons ? », le médecin a répondu « Il peut voyager vers son pays d'origine pour de courtes périodes (maximum 2 semaines) ». Il a également indiqué que le requérant « ne peut être soigné dans son pays. Il ne peut donc pas y retourner de façon permanente sous peine d'une décompensation de la situation de crises d'épilepsie. Par ailleurs, il ne peut pas travailler et ne peut donc pas, seul, subvenir à ses besoins ».

Dès lors, le médecin fonctionnaire qui a pris en compte les certificats médicaux et attestations, ainsi que cela ressort de l'historique de l'avis médical, a pourtant, refusé de prendre en considération le contenu dudit document dans la mesure où il a considéré que « Les pathologies du requérant ne sont pas une contre – indication médicale à voyager ; ce qui est aussi confirmé dans les rapports médicaux de son médecin traitant (CMT du 23.09.2019).

Il n'y a donc pas de contre-indication médicale à voyager ».

En effet, le médecin fonctionnaire a, au contraire, considéré qu'il n'y a aucune contre-indication médicale à voyager sans toutefois prendre en compte la circonstance que le médecin du requérant avait indiqué dans un des documents médicaux produit qu'il émettait un avis négatif pour un retour au pays d'origine. Il en résulte que la partie défenderesse qui n'a pas abordé cet aspect dans l'acte attaqué, n'a pas permis au requérant de comprendre les motifs de la décision entreprise.

La circonstance que le médecin fonctionnaire a précisé dans son rapport du 4 novembre 2016 que « *Les pathologies du requérant ne sont pas une contre-indication médicale à voyager ; ce qui est aussi confirmé dans les rapports médicaux de son médecin traitant (CMT du 23.09.2019)* » ne permet nullement de renverser le constat qui précède dans la mesure où, d'une part, le dossier administratif ne contient nullement un tel certificat médical et, d'autre part, l'avis médical a été rédigé en date du 4 novembre 2016 et l'acte attaqué a été pris à la même date, en telle sorte que la référence à un certificat médical postérieur et non compris au dossier administratif n'est pas pertinente.

A toutes fins utiles, le médecin fonctionnaire est resté en défaut d'indiquer la raison pour laquelle il a estimé devoir s'écartier des recommandations du médecin du requérant se limitant à affirmer des considérations d'ordre général.

Par ailleurs, indépendamment de la valeur des informations contenues dans ce document, celui-ci constitue à tout le moins un élément avancé par le requérant afin de justifier que son traitement doit se poursuivre en Belgique en telle sorte qu'il appartenait à la partie défenderesse de préciser les raisons pour lesquelles elle entendait ne pas en tenir compte.

Partant, l'acte attaqué ne peut être considérée comme suffisamment et valablement motivée à l'égard de l'ensemble des éléments médicaux soumis par le requérant.

3.4.3. Les considérations émises dans la note d'observations ne sont pas de nature à énerver les conclusions qui précèdent. Par ailleurs, elles apparaissent, tout au plus, comme une motivation a posteriori, laquelle ne peut nullement être retenue.

4. Ces aspects de la première branche du troisième moyen ainsi que la cinquième branche du deuxième moyen sont fondées et suffisent à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects de ses branches, les autres branches du moyen et les autres moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

5. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire, second acte attaqué, ainsi qu'il a été relevé *supra*, il y a des indications en l'espèce que l'éloignement de la requérante vers son pays d'origine pourrait donner lieu à une violation de l'article 3 de la CEDH dans la mesure où tous les soins requis par son état de santé n'y seraient pas disponibles et qu'il ne peut voyager vers son pays d'origine que pour de courtes périodes. Or, l'article 7 de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne peut être appliqué si des dispositions plus favorables contenues dans un traité international y font obstacle. En l'espèce, il est établi que les problèmes médicaux invoqués par le requérant à l'appui de sa demande introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'ont pas été correctement évalués en telle sorte qu'il convient d'annuler le second acte attaqué, lequel a été pris, sinon en exécution de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour prise le même jour, en tout cas dans un lien de dépendance étroit et ce indépendamment de la question de la légalité de ce dernier au moment où il a été pris.

6. Débats succincts.

6.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

6.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, 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 décision rejetant la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, prise le 4 novembre 2016 et l'ordre de quitter le territoire pris le même jour sont annulés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente et un mars deux mille vingt et un par :

M. P. HARMEL, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, Le président,

A. D. NYEMECK. P. HARMEL.