



Arrêt

**n° 257 363 du 29 juin 2021
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. VANCRAEYNEST
Avenue de Fidevoye 9
5530 YVOIR**

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**

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

Vu la requête introduite le 23 novembre 2017 , en leur nom personnel par X et X et au nom de leur enfant mineur, qui déclarent être de nationalité arménienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et des ordres de quitter le territoire, pris le 12 octobre 2017.

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 25 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 16 avril 2021.

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

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

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Les parties requérantes sont arrivées en Belgique le 29 avril 2012. Le 3 mai 2012, elles ont, chacune, introduit, une demande de protection internationale auprès des autorités belges.

Le 10 octobre 2012, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de reconnaissance de la qualité de réfugié et d'octroi du statut de protection subsidiaire, à l'encontre de chacune des parties requérantes.

1.2. Le 30 octobre 2012, les parties requérantes ont introduit une 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.

Le 4 février 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire à l'égard de chacune des parties requérantes, décisions qui ont été notifiées, le 26 février 2013.

Le recours, introduit à l'encontre de ces décisions, a été rejeté par un arrêt du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n° 184 530 du 28 mars 2017.

1.3. Le 11 juin 2013, 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.

Le 31 juillet 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée à l'égard de chacune des parties requérantes. Ces décisions, qui leur ont été notifiées, le 12 août 2013, n'ont fait l'objet d'aucun recours.

1.4. Le 24 décembre 2013, les parties requérantes ont introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la même base.

Le 4 février 2014, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire à l'égard de chacune des parties requérantes. Ces décisions, qui leur ont été notifiées, le 5 mars 2014, n'ont fait l'objet d'aucun recours.

1.5. Le 2 avril 2014, les parties requérantes ont introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la même base.

Le 28 avril 2014, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire ainsi qu'une interdiction d'entrée à l'égard de chacune des parties requérantes. Ces décisions, qui leur ont été notifiées, le 19 mai 2014, n'ont fait l'objet d'aucun recours.

1.6. Le 15 mai 2014, la seconde partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la même base, laquelle a été déclarée irrecevable, le 29 octobre 2014. Cette décision, qui lui a été notifiée, le 1^{er} décembre 2014, n'a fait l'objet d'aucun recours.

1.7. Le 24 octobre 2014, les parties requérantes ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la même base.

Le 20 novembre 2014, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Cette décision, qui a été notifiée à la seconde partie requérante, le 1^{er} décembre 2014, n'a fait l'objet d'aucun recours.

1.8. Le 17 novembre 2014, les parties requérantes ont, chacune introduit, une seconde demande de protection internationale auprès des autorités belges et ont, chacune, été mise en possession d'un document conforme à l'annexe 26^{quinquies} de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : l'arrêté royal du 8 octobre 1981).

Le 21 novembre 2014, le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides a décidé de prendre ces demandes de protection internationale en considération.

Le 27 novembre 2014, la partie défenderesse a donné instruction au bourgmestre compétent de délivrer une attestation d'immatriculation à chacune des parties requérantes, en application de l'article 75 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981.

Le 10 février 2015, le Commissaire adjoint aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de reconnaissance de la qualité de réfugié et d'octroi du statut de protection subsidiaire, à l'encontre de chacune des parties requérantes. Cette procédure s'est clôturée, le 29 juin 2015, aux termes d'un arrêt n° 148 752, par lequel le Conseil a refusé de reconnaître la qualité de réfugié et d'octroyer le statut de protection subsidiaire aux parties requérantes.

1.9. Le 3 mars 2015, les parties requérantes ont introduit une 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.

1.10. Le 8 juillet et le 30 septembre 2015, les parties requérantes ont introduit deux nouvelles demandes d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

1.11. Le 18 décembre 2015, par deux décisions distinctes se prononçant, d'une part, uniquement quant à la pathologie de l'enfant des parties requérantes, et d'autre part, quant aux pathologies de la seconde partie requérante et de l'enfant des parties requérantes, la partie défenderesse a déclaré ces demandes irrecevables.

Ces décisions, qui ont été notifiées le 7 janvier 2016, ont été retirées à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer. Par un arrêt n° 166 470, prononcé le 26 avril 2016, le Conseil a, dès lors, rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.12. Le 27 janvier 2016, la demande visée au point 1.9. a été déclarée sans objet, décision qui a été notifiée aux parties requérantes, le 3 février 2016.

Par un arrêt n° 184 532 du 28 mars 2017, le Conseil a annulé cette décision.

1.13. Le 13 avril 2016, la partie défenderesse a pris deux décisions distinctes déclarant irrecevables les demandes visées au point 1.10. concernant respectivement, d'une part, quant à la pathologie de la seconde partie requérante, et d'autre part, quant à la pathologie de l'enfant mineur des parties requérantes. Elle a également pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de chacune des parties requérantes. Par un arrêt n° 184 531 du 28 mars 2017, le Conseil a annulé la décision d'irrecevabilité relative à l'état de santé de la seconde partie requérante ainsi que les ordres de quitter le territoire.

1.14. La 11 mai 2017, la demande d'autorisation de séjour du 8 juillet 2015 visée au point 1.10. a été déclarée recevable.

Le 28 juin 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande non-fondée. Cette décision a toutefois été retirée en date du 29 septembre 2017. Par un arrêt n° 197 067 du 21 décembre 2017, le Conseil a constaté ce retrait et rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.15. Le 13 juillet 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant irrecevable la demande visée au point 1.9. et a pris deux ordres de quitter le territoire à l'encontre des parties requérantes. Par un arrêt n° 257 362 du 29 juin 2021, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre des seuls ordres de quitter le territoire.

1.16. Le 12 octobre 2017, la partie défenderesse a rejeté la demande du 8 juillet 2015 visée au point 1.10. et a pris deux ordres de quitter le territoire à l'encontre des parties requérantes. Ces décisions, qui leur ont été notifiées le 25 octobre 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué)

« 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.

Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée (Madame [N.N.]) 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 l'Arménie, pays d'origine des requérants.

Dans son avis médical remis le 09.10.2017, (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 des demandeurs, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, qu'il n'y a pas de contre-indication à voyager et à un retour de l'intéressée au pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en Arménie.

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'intéressée souffre actuellement d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique

2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Arménie.

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 est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération ».

- En ce qui concerne les ordres de quitter le territoire (ci-après : les deuxième et troisième actes attaqués) motivés de manière similaire

« 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 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

L'intéressé n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. Les parties requérantes prennent un premier moyen de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 119 et 124 du Code de déontologie.

2.1.1. Après avoir reproduit les termes des articles 119 et 124 du code de déontologie médicale, les parties requérantes soutiennent que les compétences du fonctionnaire médecin entrent dans le champ d'application de ces dispositions et reprochent à celui-ci de ne pas l'avoir interrogée personnellement avant de rendre son avis.

Elles ajoutent que les dispositions dudit code ont été rendues obligatoires par l'arrêté Royal du 26 mars 2014 relatif aux conditions générales applicables à l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles disposant que « *Les praticiens qui sont médecins doivent respecter le code de déontologie médicale* ». Reprochant au fonctionnaire médecin de ne pas avoir respecté le code de déontologie médicale, elles citent un extrait d'une jurisprudence du Conseil dont elles déduisent que celui-ci ne conteste pas que ledit code puisse servir de fondement pour justifier l'annulation de l'acte attaqué, mais mentionne uniquement que le code ne s'applique qu'au médecin dispensant des soins de santé. Elles contestent cette interprétation en citant à nouveau les termes de l'article 119 du Code de déontologie médicale ainsi que ceux de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980. Elles soutiennent dès lors que le fonctionnaire médecin s'est abstenu d'examiner la seconde partie requérante ou de demander l'avis complémentaire d'experts, l'acte attaqué ne peut être motivé adéquatement. Elles ajoutent qu'un tel examen était d'autant plus indispensable que la partie défenderesse remet en cause la gravité de la pathologie ainsi que le diagnostic posé par un médecin psychiatre.

Elles poursuivent en se référant à « l'arrêt de la *CJUE ABDIBA* [qui] impose l'effectivité dans le traitement des demandes d'autorisation de séjour 9^{ter} » et estiment qu'aucun élément de l'acte attaqué ne permet de connaître les motifs justifiant que la seconde partie requérante n'a pas été entendue par le fonctionnaire médecin. Elles concluent en soutenant que l'acte attaqué est fondé sur une décision illégale.

2.2. Les parties requérantes prennent un second moyen de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

2.2.1. A l'appui d'une première branche intitulée « la situation médicale de la requérante », elles reprochent au fonctionnaire médecin de remettre en cause la gravité de la pathologie de la seconde partie requérante .

Contestant le motif par lequel le fonctionnaire médecin estime que le degré de gravité n'est pas démontré par une hospitalisation préventive ou une autre mesure de protection et que le risque de suicide est inhérent à toute dépression, elles soutiennent que ce seul élément ne permet pas d'écarter le degré de gravité établi par un psychiatre. Elles indiquent en effet que ce dernier a pu mettre en place une lourde médication ainsi que des consultations permettant d'éviter toute hospitalisation « préventive », mais que la pathologie de la seconde partie requérante n'en demeure pas moins extrêmement grave. Elles font valoir sur ce point que la seconde partie requérante se rend chez le psychologue deux fois par mois, une fois par mois chez son psychiatre ainsi que chez un second psychologue avec son fils et indiquent qu'elle suit un traitement médicamenteux extrêmement lourd. Elles reprochent en outre au fonctionnaire médecin de se fonder sur un certificat médical du 20 juin 2015 sans prendre la peine de s'assurer que la seconde partie requérante n'avait pas été hospitalisée depuis lors. Elles qualifient également de « manifestement erronée » l'affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle toute dépression s'accompagne d'un risque de suicide et affirment que seules les dépressions graves sont accompagnées d'un tel risque.

Elles soutiennent ensuite que l'affirmation selon laquelle « les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine » va manifestement à l'encontre des constatations opérées par son psychiatre dès lors que celui-ci indique que les conséquences en cas d'arrêt de traitement seront encore plus désastreuses en cas de retour dans le pays d'origine.

Se référant à l'avis médical joint à la décision attaquée, elles font valoir qu'un lien de confiance indispensable à la guérison de la seconde partie requérante a pu naître entre elle et ses thérapeutes. Elles indiquent également que le lien de causalité entre son pays d'origine et ses pathologies est mis en évidence de manière flagrante et en déduisent qu'elle est absolument inacceptable d'envisager un retour dans son pays d'origine, retour dont elles estiment qu'il entraînerait sans conteste son décès.

Citant un extrait d'une jurisprudence du Conseil sanctionnant une motivation par laquelle la partie défenderesse ne s'était pas prononcée quant au « lien de cause à effet » invoqué, elles soutiennent que la partie défenderesse viole les dispositions visées au moyen en considérant que la pathologie n'est pas grave.

Elles précisent encore que la partie défenderesse a déjà retiré sa décision à trois reprises et en déduisent que « cela atteste en soi du sérieux du dossier » et « interpelle quant au traitement réservé aux dossiers » en relevant que les décisions sont presque identiques malgré de « nombreux points particulièrement interpellant [sic] et le temps écoulé entre l'introduction de la demande et la décision finale ». Elles en déduisent que « cela pose question quant à la réelle motivation de la décision et le recours excessif aux décisions stéréotypées ».

2.2.2. A l'appui d'une deuxième branche intitulée « la disponibilité des soins dans le pays d'origine des requérants », les parties requérantes reprochent au fonctionnaire médecin de n'avoir manifestement pas tenu compte du fait que le médecin traitant de la seconde partie requérante avait expressément insisté sur le lien de confiance qui l'unissait à sa thérapeute, lien dont elles soutiennent qu'il est indispensable à sa guérison. Elles font valoir sur ce point que le suivi psychologique et psychiatrique se déroule depuis 2012 avec les mêmes médecins.

Estimant qu'il est indéniable que la seconde partie requérante ne pourra plus bénéficier de l'encadrement de ses médecins dans son pays d'origine, elles soutiennent qu'il est erroné d'affirmer que son traitement y est disponible.

Elles citent ensuite un extrait d'un rapport de « l'European Observatory on Health Systems and Policies » témoignant des difficultés rencontrées par l'Arménie en matière de soins de santé ainsi qu'un

extrait d'un rapport de l'OSAR selon lequel les médicaments ne sont pas disponibles en permanence en Arménie et n'y ont pas la qualité habituelle des pays de l'Union européenne.

Elles en déduisent que, s'agissant de contrefaçons, ces médicaments ne produisent pas les effets escomptés et peuvent mettre en danger la vie de la seconde partie requérante directement ou indirectement, que les médicaments de qualité sont revendus à un prix élevé et que cela lui rend difficile de se les procurer.

Elles citent encore deux extraits d'un document dont elles n'indiquent que le numéro de page relatif, d'une part, à un manque de personnel en Arménie et, d'autre part, à la circonstance selon laquelle le personnel qualifié déserte le pays.

Elles en concluent que les soins ne sont manifestement pas disponibles dans son pays d'origine.

2.2.3. A l'appui d'une troisième branche intitulée « l'accessibilité des soins dans les pays d'origine des requérants », les parties requérantes soutiennent – citant des extraits du site internet « <https://rm.coe.int/16805991a6> » – que les sources documentaires du fonctionnaire médecin démontrent que seule une petite partie des médicaments (ceux figurant sur la liste officielle des traitements remboursés) sont gratuits, qu'il n'existe aucune exemption permettant d'obtenir la gratuité de ceux-ci et font grief au fonctionnaire médecin de ne pas démontrer que la seconde partie requérante appartient à un groupe socialement vulnérable pouvant bénéficier d'une prise en charge partielle de ses frais médicaux. Elles ajoutent que c'est à tort que le fonctionnaire médecin parle de la gratuité des soins pour les personnes handicapées dès lors que ladite source ne vise que les soins dentaires.

Elles en déduisent que c'est de manière erronée que le fonctionnaire médecin affirme que la seconde partie requérante pourra obtenir gratuitement les soins et traitements nécessaires.

Elles poursuivent en citant un extrait d'un rapport du 13 avril 2016 relatif au nombre de personnes bénéficiant d'une assurance en Arménie et à l'existence de systèmes de paiement informels. Indiquant que ce système est également constaté par l'OMS, elles soutiennent que la seconde partie requérante sera obligée de payer un supplément afin d'avoir accès à un traitement minimal. Elles citent ensuite des extraits d'un document de l'OMS qu'elles n'identifient pas relatif aux conséquences de la crise financière sur l'accès aux soins de santé et reprochent au fonctionnaire médecin de ne pas avoir démontré que « cela soit [son] cas ».

Elles citent ensuite un extrait d'« un rapport de l'OSAR » selon lequel les médicaments ne sont pas disponibles en permanence en Arménie et n'y ont pas la qualité habituelle des pays de l'Union européenne et indiquent que la Commission européenne dans « son rapport de 2011 » considère l'importation illégale de médicaments en Arménie comme l'un des problèmes les plus préoccupants. Elles font valoir qu'une importation illégale implique que ces médicaments ne font l'objet d'aucun contrôle de qualité et que rien ne prouve que ces médicaments ne sont pas des faux mettant en danger sa santé. Elles reprochent au fonctionnaire médecin de ne pas le remettre en cause et de se contenter de dire qu'il peut y avoir des indisponibilités temporaires, argumentation dont elles estiment qu'elle ne remet pas en cause les considérations qu'elles exposent.

Elles ajoutent que, s'agissant de contrefaçons, ces médicaments ne produisent pas les effets escomptés et peuvent mettre en danger la vie de la seconde partie requérante directement ou indirectement, que les médicaments de qualité sont revendus à un prix élevé et que cela leur rend difficile de se les procurer.

Elles citent encore deux extraits d'un document dont elles n'indiquent que les numéros de page relatifs, d'une part, à un manque de personnel en Arménie et, d'autre part, à la circonstance selon laquelle le personnel qualifié déserte le pays.

Elles soutiennent dès lors que le fait qu'il existe quelques spécialistes en Arménie ne permet pas d'affirmer que ceux-ci leur seront accessibles en cas de retour dans le pays d'origine et qu'il est nécessaire que ces médecins soient présents en nombres suffisants.

Elles rappellent ensuite que le lien de confiance développé par la seconde partie requérante avec son thérapeute est indispensable et que ce lien sera nécessairement rompu en cas de retour en Arménie.

Elles poursuivent en faisant valoir que la concentration de spécialistes dans la capitale est de nature à restreindre l'accès à ceux-ci alors que l'état de santé de la seconde partie requérante nécessite une prise en charge par des spécialistes fréquente et régulière. Elles estiment que le fait que les médecins ne sont pas en nombre suffisant ne permet pas une prise en charge effective.

Citant des extraits d'un document dont elles n'identifient que les numéros de pages, elles soutiennent que la situation générale en Arménie est problématique en ce qu'elle présente un manque de fonds financier ainsi qu'un coût trop élevé des hospitalisations et soins de santé.

Réitérant l'argumentation selon laquelle elles seront obligées de payer un supplément afin d'avoir accès à un traitement minimal, elles font valoir que la prise en charge de la seconde partie requérante est composée de consultations régulières de divers spécialistes et de nombreux médicaments en sorte qu'elles devront déboursier une somme importante pour y avoir accès.

Elles soutiennent ensuite ne plus disposer d'un réseau en Arménie susceptible de leur procurer les ressources nécessaires et que le motif de l'avis médical selon lequel elles pourraient faire appel à un tel réseau démontre que les soins ne sont pas accessibles.

Elles poursuivent en faisant valoir que la Commission européenne a constaté l'impossibilité de trouver une assurance privée fournissant une couverture adéquate en Arménie, que celle-ci et l'Assemblée générale des Nations Unies en concluent que « l'utilisation du système de santé en Arménie est faible et ce particulièrement chez la population pauvre et la population rurale ». Elles citent à cet égard un extrait d'un document qu'elles n'identifient pas selon lequel la situation ne s'améliore pas. Elles citent également un extrait d'un « rapport des Nations Unies, du 12 avril 2017 » relatif à l'application de la Convention des droits des personnes handicapées. Elles indiquent que ce rapport met en avant le manque de disponibilité et de personnel soignant en Arménie ainsi que les discriminations dont sont victimes les handicapés et qu'il met en évidence le manque d'accessibilité des médecins.

Elles ajoutent que ce manque d'accessibilité et de disponibilité des soins de santé est également mis en évidence par la Commission européenne et citent un extrait d'un document qu'elles n'identifient pas ainsi qu'un extrait d'« un rapport de mars 2015 » de la Commission européenne.

Elles en concluent que l'on ne peut les renvoyer dans un pays où le système médical « pose véritablement problème » alors que les suivis et le traitement médical dont la seconde partie requérante bénéficie doivent se poursuivre sans interruption et que, par conséquent, la partie défenderesse « n'applique pas de manière concrète les informations dont il dispose à la situation du requérant [sic] ».

3. Discussion

3.1.1. Sur les deux moyens réunis, 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 le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 9 octobre 2017 lequel indique, en substance, que la seconde partie requérante souffre d'un « [é]tat antidépressif sévère avec agoraphobie, idées suicidaires, crise élastique sur état de stress posttraumatique » nécessitant un traitement par « *Dipiperon (Pipamperone), Seroquel (Quetiapine), Sipralexa (Escitalopram), Alprazolam, Lormetazepam* » ainsi que des « consultations chez psychologue (2/mois) et psychiatre (1/mois) depuis 2012 ». Le fonctionnaire médecin a considéré que ce traitement est disponible et accessible en Arménie et a conclu que « [l]e médical fourni ne permet pas d'établir que [la seconde partie requérante] originaire d'Arménie, souffre actuellement d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ».

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

3.2. En particulier, sur le premier moyen, en ce que la seconde partie requérante reproche au fonctionnaire médecin d'avoir violé le Code de déontologie médicale en ne l'examinant pas préalablement à la prise de l'acte attaqué, il convient de relever 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 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* ». En outre, les dispositions du Code de déontologie ne constituent pas des normes légales susceptibles de fonder un moyen de droit devant lui, aucun arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres n'ayant donné force obligatoire au Code de déontologie et aux adaptations élaborées par le Conseil national de l'Ordre des médecins conformément à l'article 15 de l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins. Sur ce point, le Conseil relève que l'arrêté royal du 26 mars 2014 relatif aux conditions générales applicables à l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles n'a pour effet que de rappeler que les praticiens de pratiques non conventionnelles qui sont aussi médecins doivent respecter le code de déontologie médicale. Il ne ressort pas davantage de l'arrêt n° 139 150 du 26 février 2015 que le Conseil aurait estimé que ledit code pouvait servir de fondement à une annulation. C'est donc en vain que les parties requérantes invoquent dans leur moyen une violation des articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, les éventuels manquements au Code de déontologie étant uniquement sanctionnés par les autorités ordinales dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

En tout état de cause, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a donné un avis sur l'état de santé de la seconde partie requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de sa demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer ou d'examiner l'étranger. Contrairement à ce que tente de faire accroire la seconde partie requérante, il n'existe, par conséquent, aucune obligation spécifique dans le chef du médecin-conseil d'examiner systématiquement le demandeur ou de requérir plus d'informations sur son état de santé. Imposer une telle obligation serait conférer à la loi une portée que le législateur n'a pas entendu lui donner.

Enfin, s'il apparaît de la section de l'avis médical 9 octobre 2017 intitulée « Pathologies actives actuelles » que le fonctionnaire médecin a considéré que « *Le caractère de gravité de l'anxiodépression n'est pas démontré par une hospitalisation préventive ou par toute autre mesure de protection* », celui-ci n'en a cependant tiré aucune conclusion de nature à remettre en cause le diagnostic posé par le médecin traitant de la seconde partie requérante. Il ressort de la suite dudit avis médical que le fonctionnaire médecin s'est attaché à établir la disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des soins prescrits en sorte que les parties requérantes n'ont pas intérêt à leur argumentation relative au degré de gravité des pathologies invoquées.

3.3.1. Sur le second moyen, en sa première branche, contrairement à ce qui est soutenu en termes de requête, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin n'a pas écarté le degré de gravité de la pathologie invoquée, mais s'est contenté de constater que celui-ci n'était pas « [...] *démontré par une hospitalisation préventive ou par toute autre mesure de protection* » sans en tirer la moindre conclusion. Il ressort en effet de la suite de l'avis médical que le fonctionnaire médecin n'a nullement écarté le diagnostic d'« *anxiodépression* », mais s'est, au contraire, attaché à démontrer la disponibilité et l'accessibilité du traitement de cette pathologie en Arménie.

Quant au reproche fait au fonctionnaire médecin de se fonder sur le certificat médical type du 20 juin 2015 sans s'assurer que la seconde partie requérante n'a pas été hospitalisée depuis lors, le Conseil rappelle tout d'abord que, selon une jurisprudence constante, c'est au demandeur qui se prévaut d'une situation susceptible d'avoir une influence sur l'examen de sa situation administrative qu'il incombe d'en informer l'administration qui, pour sa part, ne saurait être tenue de procéder à des investigations, ce sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 109.684, 7 août 2002). Le Conseil observe au demeurant que la seconde partie requérante ne prétend nullement avoir effectivement été hospitalisée entre le 20 juin 2015 et le 9 octobre 2017.

En ce qui concerne le motif par lequel le fonctionnaire médecin a considéré 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 Conseil constate que la seconde partie requérante entend y opposer les constatations de son médecin traitant. A suivre cette dernière, son médecin traitant a fait état de conséquences « *encore plus désastreuse* » d'un arrêt de traitement en cas de retour dans son pays d'origine. Or, il convient de constater que l'ensemble du raisonnement exposé dans l'avis médical du 9 octobre 2017 consiste à démontrer que le traitement ne sera pas interrompu en cas de retour en Arménie. Dès lors, à moins de contester utilement l'examen de l'accessibilité et de la disponibilité des soins dans ce pays, l'argumentation de la seconde partie requérante concernant le motif contesté ne peut être suivie.

S'agissant du lien de confiance entre la seconde partie requérante et son thérapeute, le Conseil observe tout d'abord que le fonctionnaire médecin en a tenu compte et s'est prononcé sur cette question. Il a ainsi notamment considéré que « *Le lien thérapeutique est absolument indispensable à toute relation thérapeutique qu'elle concerne le physique ou le psychique : sans cette relation élémentaire de confiance, l'impact sur le patient sera vraisemblablement nul ou faible* » qu'« *Il est recommandable de limiter ce lien à la durée du traitement* » qu'« *Il est transmissible à un autre confrère* », qu'« *Il est bien évident que le lien thérapeutique est essentiel* », que « *Cela est vrai pour tous les thérapeutes, qu'ils exercent en Belgique ou au pays d'origine* », mais qu'« [...] *il est tout autant essentiel que ce lien puisse être interrompu un jour ou en cas de nécessité (arrêt de la pratique ou décès du thérapeute, déménagement du patient...)* », que « *si cette interruption est impossible, il pourrait alors bien s'agir d'un lien affectif qui n'est pas transmissible et qui crée un état de dépendance, d'aliénation extrêmement préjudiciable au patient* », ce qui « [...] *n'est jamais recommandable quel que soit la durée du traitement* ». La seconde partie requérante ne critique cette motivation qu'en affirmant qu'un retour entraînerait « *sans conteste* » son décès sans toutefois formuler d'argument concret à l'encontre du raisonnement du fonctionnaire médecin. Il en est d'autant plus ainsi que le certificat médical type du 20 juin 2015 établi par le médecin traitant de la seconde partie requérante ne fait nullement mention de conséquence fatale qui découlerait uniquement d'un retour en Arménie ou d'une rupture du lien de confiance, mais n'envisage cette possibilité qu'en cas d'arrêt du traitement. De même s'il est vrai que le médecin traitant de la seconde partie requérante a mentionné, parmi les « *besoins spécifiques en matière de suivi médical* », la « *poursuite des consultations chez psychologue et psychiatre [...] dans notre centre où une relation de confiance s'est établi [sic]* », l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement que le traitement et le suivi médical requis soient de niveau équivalent au pays d'origine et en Belgique, il suffit qu'un traitement et un suivi appropriés soient possibles au pays

d'origine. Or, en se prononçant quant à l'établissement d'un lien de confiance entre la seconde partie requérante et ses thérapeutes, la partie défenderesse a examiné la possibilité de bénéficier, en Arménie, d'un traitement approprié, quand bien même il ne serait pas équivalent à celui suivi en Belgique.

Enfin, en ce que la seconde partie requérante reproche au fonctionnaire médecin de ne pas s'être prononcé quant au lien entre sa pathologie et son pays d'origine, le Conseil observe que cette argumentation manque en fait. Le fonctionnaire médecin a, en effet, indiqué qu' « *[e]n ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la patiente, il s'agit d'affirmations non étayées de la patiente* », qu' « *[...] un médecin ou un psychologue ne peuvent pas établir avec certitude les circonstances factuelles dans lesquelles ce traumatisme ou séquelles ont été occasionnés* » et qu' « *[i]l est d'ailleurs toujours possible d'éviter de fréquenter le lieu précis concerné par l'évènement* » en précisant que « *[l]a superficie de l'Arménie étant sensiblement la même que la superficie de la Belgique (30 000 km²), il paraît peu vraisemblable qu'il n'existe dans ce pays aucun endroit qui ne lui rappelle le trauma qu'elle y aurait connu dans un lieu forcément circonscrit* ». Cette motivation n'est en outre pas utilement contestée par la seconde partie requérante qui se borne invoquer le caractère flagrant du « lien de cause à effet » entre son pays d'origine et sa pathologie.

3.3.2. Sur la deuxième branche du second moyen, s'agissant de la disponibilité des soins au pays d'origine, le Conseil souligne tout d'abord - ainsi que relevé au point 3.3.1. du présent arrêt - que le fonctionnaire médecin a tenu compte de la mention de l'existence d'un lien de confiance entre la seconde partie requérante et ses thérapeutes, a motivé son avis médical quant à ce et s'est attaché à établir la disponibilité et l'accessibilité, non pas du traitement suivi en Belgique, mais d'un traitement adéquat au sens de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Cette dernière notion ne doit pas être interprétée comme imposant la poursuite du suivi par les mêmes médecins que ceux dispensant le traitement entamé en Belgique. Dans la mesure où la seconde partie requérante n'apporte aucun élément de nature à remettre en doute la position du fonctionnaire médecin selon laquelle un lien de confiance peut s'établir à l'égard de médecins exerçant en Arménie, il ne saurait être considéré - ainsi que soutenu en termes de requête - que le traitement ne pourrait être poursuivi en Arménie.

Quant aux informations issues d'un rapport de « l'European Observatory on Health Systems and Policies » ainsi que d'un rapport de l'OSAR, le Conseil constate que la seconde partie requérante reste en défaut d'identifier précisément les sources auxquelles elle se réfère, mais se contente de références vagues ne correspondant pas aux documents cités dans l'inventaire du dossier de pièces annexé à la requête. En tout état de cause, ces documents et les informations qui en sont tirées sont invoqués pour la première fois en termes de requête. A cet égard, le Conseil rappelle que le fait d'apporter une pièce pour la première fois à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de telles pièces est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande.

Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits (cf. également en ce sens : CE 8 août 1997, n° 67.691 ; CCE 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'eu égard aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la seconde partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de sa situation, qu'elle peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays. La seconde partie requérante ne peut, dès lors, reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'informations dont elle s'était gardée de faire valoir la pertinence au regard de sa situation individuelle dans la demande de séjour introduite ou à tout le moins avant la prise de l'acte attaqué.

Par conséquent, l'argumentation selon laquelle les soins ne seraient manifestement pas disponibles en Arménie ne peut être suivie.

3.3.3. Sur la troisième branche du second moyen, s'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins, le Conseil observe que la seconde partie requérante se fonde sur de nombreuses sources afin de mettre en évidence l'existence d'éléments de nature à faire obstacle à l'accès aux soins de santé dans son pays d'origine.

Toutefois, le Conseil constate qu'en ce qui concerne le site internet « <https://rm.coe.int/16805991a6> », il ne ressort nullement de l'avis médical du 9 octobre 2017, que le fonctionnaire se serait fondé sur cette source qui ne trouve, au demeurant, aucun écho au dossier administratif. Il s'ensuit que l'argument par lequel il est reproché au fonctionnaire médecin de ne pas avoir indiqué si les médicaments prescrits figurent ou non sur la liste des traitements remboursés ainsi que de ne pas démontrer que la seconde partie requérante appartiendrait à un groupe vulnérable bénéficiant d'une prise en charge, est invoqué pour la première fois en termes de requête. Sur ce point, le Conseil relève en outre que la seconde partie requérante ne soutient pas concrètement que ses traitements seraient exclus de ladite liste ou qu'elle n'appartiendrait à aucune des catégories dites « vulnérables ».

Il en va de même en ce qui concerne l'argumentation par laquelle la seconde partie requérante a invoqué l'existence de systèmes de paiements informels dans les soins de santé arméniens, les conséquences de la crise financière dans ce pays, le manque de personnel qualifié, le manque de financement et le coût des soins de santé ainsi que la concentration des médecins spécialistes dans la capitale. Ces éléments, ainsi que les sources sur lesquelles ils se fondent, sont invoqués pour la première fois en termes de requête. Dès lors, dans la mesure où il ne peut être considéré que la seconde partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de sa demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de sa situation, qu'elle peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays, il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de ces éléments, dont il apparaît qu'elle s'était gardée de faire valoir la pertinence au regard de sa situation individuelle dans la demande de séjour introduite ou à tout le moins avant la prise de l'acte attaqué.

Ensuite, le Conseil observe que - contrairement à ce qui est soutenu dans la requête - le fonctionnaire médecin ne s'est nullement fondé sur des considérations liées à la gratuité des soins pour les personnes handicapées afin d'estimer que la seconde partie requérante pourra obtenir des soins gratuitement en Arménie. Celui-ci a en effet indiqué que « [l]es consultations et le suivi par un psychiatre sont gratuits dans les hôpitaux publics et coûtent environ 9 euros pour une consultation chez un psychologue dans un hôpital public », que « [t]ous les hôpitaux psychiatriques et les dispensaires neuropsychiatriques sont publics », en précisant que « [l]a gratuité ne dépend pas du statut social de la personne ou si elle appartient ou non à un groupe spécial ou vulnérable », que « [l]es services psychiatriques sont couverts par le Ministère de la santé dans le cadre du « Basic Benefit Package (BBP) » », que « [s]i la personne est un citoyen arménien, elle a accès au BBP même si elle est au chômage, est un ex-détenu ou dépendante aux drogues », que « [s]i le patient veut un médicament psychotrope coûteux qui n'est pas sur la liste « National Essential Drug List (NEDL) », celui-ci ne sera pas garanti par le BBP » et que « [l]e BBP détermine les soins et services médicaux gratuits pour la population d'Arménie ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la seconde partie requérante qui ne soutient pas ne pas se trouver dans l'une des catégories bénéficiant du « BPP » ni que les médicaments requis par son état de santé ne figureraient pas sur la liste « NEDL ».

Quant au financement de ses soins de santé, le Conseil relève qu'en tout état de cause, la seconde partie requérante ne formule aucune critique à l'encontre de la motivation selon laquelle « [...] rien ne démontre au dossier qu'aucun élément médical au dossier n'indique que l'intéressée ou son mari, [la première partie requérante], seraient dans l'incapacité de travailler, qu'ils sont en âge de travailler et que rien ne démontre qu'ils seraient exclus du marché de l'emploi au pays d'origine, nous considérons qu'ils peuvent trouver un emploi au pays d'origine », constats desquels le fonctionnaire médecin a déduit que « [...] rien ne permet de conclure que [la partie requérante] ne peut pas subvenir elle-même aux frais nécessaires de sa maladie ». Le seconde partie requérante se borne en effet à critiquer un motif qui ne se trouve pas dans l'avis médical du 9 octobre 2017, relatif à l'existence d'un réseau social en Arménie susceptible de lui apporter une aide financière.

3.4. 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. 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.

4.2. 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 requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-neuf juin deux mille vingt et un par :

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

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT