



Arrêt

n° 267 423 du 27 janvier 2022
dans l'affaire X / III

En cause : X

**Ayant élu domicile : chez Maître E. BERTHE, avocat,
Rue de Joie 56,
4000 LIEGE,**

Contre :

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

LE PRESIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 février 2018 par X et X, toutes deux de nationalité kosovare, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision adoptée par Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration le 5 janvier 2018 déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite le 20 octobre 2015 par les requérantes sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et des ordres de quitter le territoire adoptés dans la foulée. Les décisions litigieuses leur ont été notifiées le 29 janvier 2018 et portent les références [...] ».*

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 25 novembre 2021 convoquant les parties à comparaître le 21 décembre 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me M. GREGOIRE *loco* Me E. BERTHE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Les requérantes sont arrivées sur le territoire belge à une date indéterminée.

1.2. Le 21 septembre 2008, elles ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable en date du 16 décembre 2008. Le 15 février 2010, elles ont été autorisées au séjour temporaire pour une durée d'un an, lequel a été prorogé pour une durée d'une année le 27 mars 2012.

1.3. Les 22 février 2013 et 15 mars 2013, elles ont transmis des documents en vue du renouvellement de leur titre de séjour obtenu sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980.

1.4. Le 29 mai 2013, elles ont sollicité la prorogation dudit titre de séjour, ce qui a donné lieu à une décision de refus de prolongation dudit titre ainsi qu'un ordre de quitter le territoire en date du 24 juillet 2013. Cette décision reprenant une ancienne adresse, la partie défenderesse a repris une décision identique le 13 août 2013, laquelle mentionne la nouvelle adresse et est assortie d'un ordre de quitter le territoire.

1.5. Le 15 juillet 2013, elles ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 6 novembre 2014.

1.6. Par un courrier du 27 février 2014, la seconde requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980 auprès de la commune d'Ans, laquelle a été déclarée irrecevable le 5 septembre 2014. Le recours contre cette décision a été accueilli par l'arrêt n° 187 476 du 23 mai 2017. Une nouvelle décision d'irrecevabilité a été prise à l'encontre de la première requérante en date du 2 octobre 2017 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours contre cette décision a été accueilli en ce qu'il était dirigé contre la mesure d'éloignement par l'arrêt n° 267 424 du 27 janvier 2022.

1.7. Le 9 juillet 2014, elles ont introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 13 avril 2015.

1.8. Le 16 septembre 2015, elles ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable en date du 24 septembre 2015.

1.9. Le 20 octobre 2015, elles ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable en date du 25 janvier 2016. Cette décision a été retirée le 25 novembre 2016. La demande a été complétée le 28 novembre 2016. Le 27 juillet 2017, une nouvelle décision de rejet assortie d'un ordre de quitter le territoire a été prise à l'encontre des requérantes, laquelle a été retirée le 27 octobre 2017 en sorte que le recours contre ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 197 617 du 9 janvier 2018. Un complément à la demande a été envoyé le 3 novembre 2017.

1.10. En date du 5 janvier 2018, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour du 20 octobre 2015, notifiée le 29 janvier 2018.

Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, 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 9ter 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.

Madame Z., F., de nationalité Kosovo, invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée 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 le Kosovo, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 21.12.2017 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée,

Madame Z., F., âgée de 53 ans, origine du Kosovo, souffre actuellement d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

Du point de vue médical, il conclut que les affections dont souffre l'intéressée n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement et le suivi sont disponibles et accessibles au Kosovo.

Selon le médecin de l'OE, il n'y a donc pas, du point de vue médical, de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Kosovo

Vu que le traitement et le suivi sont disponibles et accessibles au Kosovo,

- 1) Il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou on intégrité physique ou*
- 2) Il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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 elle séjourne.*

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/38/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Par ailleurs, l'intéressée invoque la situation au Kosovo, en s'appuyant sur l'avis du 14.2.2014 du Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides, et le rapport publié le 08.10.2014 de la Commission européenne, qui mettent en évidence l'isolation sociale et économique des femmes, et sur le rapport du 14.08.2014 de Landinfo qui souligne le nombre de travailleurs de la santé qualifiés dans les services de santé mentale est faible. Remarquons 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 il 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, CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatklov en Askararov/Turquie, §73 ; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, §68).

Arrêt n° 74.290 du 31 janvier 2012. Cependant, la requérante n'apporte aucun élément probant ni un tant soit peu circonstancié pour étayer ses assertions. Or, il incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001, n° 97.866). Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement la requérante (CCE n° 23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle d'autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Kosovo. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons enfin 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 le territoire (Cfr. Cour Eur. D.H., arrêt N.c.c. Royaume-Uni, §44, www.echr.coe.int).

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier les intéressés du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour ».

A la même date, la partie défenderesse a pris des ordres de quitter le territoire, lesquels constituent les deuxième et troisième actes attaqués qui sont motivés comme suit :

« Il est enjoint à Madame :

[...]

De quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des Etats qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen, sauf si elle 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 :

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

« Il est enjoint à Madame :

[...]

De quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des Etats qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen, sauf si elle 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 :

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

2. Exposé de la deuxième branche du moyen d'annulation.

1.1. Les requérantes prennent un moyen unique de « la violation des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 9^{ter} et 62§2 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe général de droit imposant à l'administration de statuer en prenant en considération tous les éléments de la cause et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, du principe de prudence ou de minutie ».

1.2. La deuxième branche du moyen est articulée comme suit :

« 9. A l'appui de leur demande d'autorisation de séjour, les requérantes ont fait valoir que les problèmes de santé de la première requérante étaient en lien avec un traumatisme dans le pays d'origine et qu'un retour au pays ne ferait qu'aggraver la pathologie dont elle souffre, à savoir un état anxiodépressif majeur chronique et un état de stress post-traumatique chronique, et comportait un réel risque de passage à l'acte.

C'est ainsi que les requérantes soutiennent que la première requérante est atteinte d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou pour son intégrité physique de telle sorte que « l'éloignement du malade vers le pays d'origine ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat ».

9.1. Les requérantes indiquaient ainsi dans leur courrier du 20 octobre 2015 qu'un retour de la première requérante au Kosovo ne pouvait être envisagé car il provoquerait « une nouvelle aggravation de son état de santé et ce compte tenu de la nature même de la pathologie grave dont elle (est) atteinte, un « trouble de stress post-traumatique particulièrement grave et chronique », qui fait suite « aux événements traumatiques dont Madame et sa famille ont été victimes dans leurs pays d'origine ». Les requérantes citaient ainsi le rapport de Madame K. du 11 décembre 2014.

Elles précisaient ensuite, toujours sur base de ce rapport :

« Un tel retour ferait revivre ces traumatismes dont elle souffre encore aujourd'hui malgré un suivi et un traitement médicamenteux. Comme l'indique Madame K. « Madame a perdu plusieurs membres de sa famille pendant ces événements et éprouve des difficultés importantes pour évoquer ces moments en consultation. Le testing a provoqué des larmes et des moments d'angoisse. Malgré la continuation du suivi à long terme l'état de Madame Z. reste stationnaire. Les symptômes du stress post-traumatique ainsi que du trouble anxio-dépressif décrits dans le rapport précédent (3/07/14) restent d'actualité ».

Enfin, les requérantes ajoutaient: «Se trouvent dans le dossier administratif plusieurs rapports médicaux, émanant de différents médecins, qui confirment qu'un retour au Kosovo peut précipiter/aggraver l'état psychiatrique de Madame Z. et comporte un risque réel de passage à l'acte auto-agressif ». Ainsi, en note subpaginale, les requérantes renvoyaient aux documents médicaux figurant en annexe 3 à 8 au courrier du 16 mars 2015, soit le rapport médical du Docteur M. G., du 19/9/2008, le rapport médical du Docteur A. C., du 22/9/2008, le rapport médical du Docteur A. C., du 06/03/2009, les rapports médicaux du Docteur K., du 19/02/2009, les rapports médicaux du Docteur M., du 22/02/2009 et le rapport médical du Docteur K., du 16/12/2010.

En outre, à l'appui de cette demande était joint le certificat médical type du Docteur A. du 14 octobre 2015 qui confirme que l'état anxio-dépressif majeur chronique dont souffre la requérante est en lien avec « des événements traumatisants survenus au Kosovo » (voy. « Historique médical » repris dans ce certificat).

Plusieurs pièces ont été déposées par les requérantes afin de compléter la demande de séjour du 20 octobre 2015 et confirment qu'un retour au Kosovo est inenvisageable en raison de la nature même de la pathologie dont souffre la requérante.

Ainsi, dans son rapport du 14 mars 2016, Madame M. K., psychologue au sein de l'Asbl T. ayant suivi la requérante, précisait : « Madame Z. a vécu plusieurs traumatismes pendant et après la période de guerre dans son pays d'origine. Durant nos entretiens psychologiques Madame nous a fait part de son vécu traumatique. Celui-ci inclut, entre autres, la perte de ses proches (ses parents, ainsi que les autres personnes du village ont été brûlés vifs devant ses yeux), le fait d'avoir été témoin de nombreux massacres, d'avoir perdu tous ses biens, d'avoir du fuir pour sauver sa propre vie et celle de sa petite soeur. Il semblerait que Madame Z. a été exposée aux traumatismes multiples, hétérogènes et prolongés dans le temps (traumas du type Z : « stain trauma »). Le vécu de guerre implique la violence politique, institutionnalisée et présuppose que la personne a souffert des traumatismes tant individuels que collectifs ce qui conduit au plus grand risque du développement de trouble de santé mentale chronique à long terme (Samy, 2003) » et encore « (...) l'envoi de Madame vers son pays d'origine nous semble[...] particulièrement inappropriés et pouvant entraîner des risques non-négligeables (passage à l'acte auto-agressif et/ou suicidaire, augmentation de la symptomatologie). En effet les auteurs qui ont effectué des recherches dans le domaine de la psychothérapie de traumatismes, soulignent que l'efficacité de la prise en charge dépend en grande partie de la création d'une situation sécuritaire, de la progressivité du programme du traitement, de l'accompagnement du thérapeute de confiance et du rôle actif du patient dans le traitement. Ils soulignent que le patient n'est jamais confronté à des événements traumatiques en soi; ni à des personnes traumatisantes, mais seulement à ses souvenirs (reminders) et à des situations qui rappellent les événements traumatiques (evoking situations...) (Foa, 2007). Or, le renvoi de la patiente vers son pays d'origine comporte les risques de retraumatisation (liés d'une part à la situation du retour non volontaire, et d'autre part, au fait de se retrouver à nouveau dans un endroit où les traumatismes ont eu lieu) » (rapport joint aux courriers du 4 octobre 2016).

Dans son rapport du 22 septembre 2016, Madame S. L., psychologue de la requérante, indique que « la raison du suivi de Madame résulte de la présence de symptômes relatifs au trouble de stress post-traumatique, symptômes qui peuvent facilement être mis en lien avec les scènes de violences auxquelles [la requérante] a été confrontée dans son pays d'origine » (rapport joint aux courriers du 4 octobre 2016).

Dans son rapport du 15 novembre 2017, Madame S. L. indique que : « Pour rappel, Mme Z. souffre d'un syndrome de stress post-traumatique consécutif aux événements qu'elle a vécu dans son pays d'origine ainsi que d'un syndrome anxio-dépressif associé. La symptomatologie est la suivante : reviviscences diurnes des événements vécus sous forme de souvenirs, flash-back répétitifs et envahissants ainsi que des hallucinations engendrant une détresse significative; reviviscences nocturnes de ces mêmes scènes (cauchemars quotidiens), sursauts incontrôlés à la vue de personnes ou lieux associés aux événements ce qui plonge Madame Z. dans un état dissociatif; tentatives désespérées et vaines de ne pas se laisser envahir par ces souvenirs, flash-back et hallucinations ; baisse de l'intérêt pour les activités du quotidien, sentiment d'avenir bouché augmenté par la situation sociojuridique et l'incertitude liée à la procédure d'asile ; attaques de panique hebdomadaires invalidantes; difficultés de concentration, de mémorisation et oublis fréquents ; tristesse ; pleurs et détresse immense" (rapport joint au courrier électronique du 16 novembre 2017).

9.2. Le médecin conseil de la partie adverse, généraliste²¹, se borne à indiquer, sans avoir examiné la requérante, « en ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la patiente, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces événements. Il s'agit d'affirmations non

étayées de la patiente» et précise que « dans le livre intitulé *Health, Migration and Return* », il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger ».

9.3. En considérant qu' « en ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la patiente, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces événements », la partie adverse démontre qu'elle n'a manifestement pas tenu compte du fait que comme l'indiquaient les requérantes dans leur courrier du 20 octobre 2015 en citant le rapport de Madame K. du 11 décembre 2014, la première requérante souffre d'« un « trouble de stress post-traumatique particulièrement grave et chronique », qui fait suite « aux événements traumatiques dont Madame et sa famille ont été victimes dans leurs pays d'origine », événements traumatiques dont Madame K. a précisé le contenu dans son rapport du 14 mars 2016 : « Durant nos entretiens psychologiques Madame nous a fait part de son vécu traumatique. Celui-ci inclut, entre autres, la perte de ses proches (ses parents, ainsi que les autres personnes du village ont été brûlés vifs devant ses yeux), le fait d'avoir été témoin de nombreux massacres, d'avoir perdu tous ses biens, d'avoir du fuir pour sauver sa propre vie et celle de sa petite soeur » (rapport joint aux courriers du 4 octobre 2016).

De plus, en considérant que l'origine de la pathologie de la première requérante serait « des affirmations non étayées de la patiente », la partie adverse démontre qu'elle n'a pas tenu compte des rapports médicaux et psychologiques précités au point 9.1 du présent recours et en particulier qu'elle n'a pas tenu compte du rapport de Madame K. du 11 décembre 2014 qui atteste avoir soumis la requérante à des tests psychologiques qui confirment le diagnostic posé de syndrome de stress post-traumatique.

Madame K. à cet égard indique : « La raison de cette prise en charge est l'existence d'un trouble de stress post-traumatique particulièrement grave et chronique.

Madame présente un score très élevé sur l'échelle IES (Horowitz, 1979), /ES; 69 sur 75; cutoff pour une réaction cliniquement significative étant le score de 43). On note l'importance des symptômes de l'intrusion et de l'évitement par rapport aux événements traumatiques dont Madame et sa famille ont été victimes dans leurs pays d'origine.

Madame a perdu plusieurs membres de sa famille pendant ces événements et éprouve des difficultés importantes pour évoquer ces moments en consultation. Le testing a provoqué des larmes et des moments d'angoisse. Malgré la continuation du suivi à long terme l'état de Madame Z. reste stationnaire. Les symptômes du stress post-traumatique ainsi que du trouble anxio-dépressif décrits dans le rapport précédent (3/07/14) restent d'actualité ».

9.4. Enfin, en affirmant 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 médecin conseil ne tient nullement compte des nombreux certificats médicaux et des rapports psychologiques précités qui indiquent clairement qu'un retour au Kosovo de la première requérante provoquerait une aggravation de son état psychiatrique avec un risque de passage à l'acte. Or ces rapports ont été rédigés par des professionnels spécialisés dans le traitement de la pathologie dont souffre la première requérante et la suivent depuis plusieurs années, alors que le médecin conseil de la partie adverse n'est pas spécialisé dans cette pathologie - étant médecin généraliste (cfr pièce 2ter) - et n'a même jamais rencontré la requérante.

De plus, le médecin conseil ne répond pas à l'argumentation développée par Madame K. dans son rapport du 14 mars 2016 sur base de la littérature scientifique qui contredit clairement l'affirmation selon laquelle « les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ». Pour rappel, Madame K. indiquait dans ce rapport que : « les auteurs qui ont effectué des recherches dans le domaine de la psychothérapie de traumatismes, soulignent que l'efficacité de la prise en charge dépend en grande partie de la création d'une situation sécuritaire, de la progressivité du programme du traitement; de l'accompagnement du thérapeute de confiance et du rôle actif du patient dans le traitement. Ils soulignent que le patient n'est jamais confronté à des événements traumatiques en soi, ni à des personnes traumatisantes, mais seulement à ses souvenirs (reminders) et à des situations qui rappellent les événements traumatiques (evoking situations...) (Foa, 2007). Or, le renvoi de la patiente vers son pays d'origine comporte les risques de retraumatisation (liés d'une part à la situation du retour non-volontaire, et d'autre part, au fait de se retrouver à nouveau dans un endroit où les traumas ont eu lieu) ».

La partie adverse a donc violé son obligation de motivation adéquate sur un point essentiel.

A l'analyse, il apparaît qu'en affirmant 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 médecin conseil adopte une

motivation totalement stéréotypée, fondée sur un ouvrage, un livre intitulé «Health, Migration and Return», dont la valeur scientifique a été mise en cause par de nombreux scientifiques.

Les requérantes joignent en annexe au présent recours des extraits du livre blanc sur l'autorisation de séjour pour raisons médicales (9ter) qui est « né du travail de différents acteurs des mondes médical, juridique et associatif du nord et du sud du pays inquiets de la situation de ces personnes ».

Comme le dénonce ce livre, « les médecins de l'OE ont pris pour habitude de se réfugier derrière la critiquable et critiquée « thérapie de l'exposition » sans procéder à un examen in concreto et global de la demande » et d'ajouter :

Voici ce qu'on peut trouver dans les rapports médicaux rédigés par les médecins de l'OE :

« En outre; dans le livre intitulé, « Health, Migration and Return » (note de bas de page : « Treatment sur place in « Health, Migration and Return », pp.310, Ed. Peter J. Van Krieken, T.M.C. Asser Press), il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger. En ce qui concerne une éventuelle psychothérapie à long terme, celle-ci n'a pas fait preuve de son efficacité (note de bas de page : Psychothérapie de longue durée : sensée ou douteuse ? Lindemans, Baro Mediter C.V.BA.) En effet, dans la littérature, elle n'est préconisée que pour une période de deux ans. Dans le cas présent, les entretiens psychologiques s'étalent sur une période de cinq ans. ... Par ailleurs, même si l'intéressée souffrait vraiment d'un PTSD, il est connu que cette problématique évolue spontanément dans le sens d'une résolution avec le temps... ».

« Le risque suicidaire théoriquement mentionné est inhérent à cette affection psychiatrique même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisée dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient »

Les passages surlignés par les requérantes dans cet extrait se retrouvent dans l'avis du médecin fonctionnaire du 21 décembre 2017.

Si certes des extraits de ce livre « Health, Migration and Return » se trouvent au dossier administratif, ils sont par contre illisibles et ne peuvent valablement fonder la décision attaquée. Il n'est en effet pas possible pour les requérantes et Votre Conseil de vérifier cette affirmation, dont la teneur est d'ailleurs particulièrement surprenante. En toute hypothèse, Votre Conseil avait déjà reproché à la partie adverse de se fonder sur cette seule publication, en ces termes « le médecin conseil de la partie défenderesse, généraliste, se fonde sur une seule publication dont le sérieux n'apparaît de surcroît pas manifeste et qui ne figure pas dans son entièreté au dossier administratif » (arrêt n°182 968 du 27 février 2017, d'annulation rendu en cette affaire).

En effet, affirmer que « les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays » est contraire aux nombreux rapports publiés concernant les syndromes de stress post-traumatique.

Les requérantes joignent à leur recours un extrait du livre blanc : « De nombreuses études scientifiques ont démontré que ce qui est opérant en psychothérapie, c'est la relation thérapeutique, c'est-à-dire la relation singulière entre un thérapeute particulier et un patient particulier, dans un contexte singulier. Cette relation n'est pas transposable, ni vers un autre thérapeute, ni dans un autre contexte, ce qui invalide l'argument développé en général par le médecin-fonctionnaire c'est-à-dire que le patient peut disposer de soins adéquats dans son pays d'origine.

La simple rupture brutale du lien thérapeutique qui découle d'un renvoi peut provoquer une aggravation majeure de l'état psychique du patient avec risques plus élevés de passage à l'acte suicidaire.

Lorsqu'il s'agit spécifiquement de personnes présentant des psycho-traumatismes, plus particulièrement ceux qui résultent de l'intervention d'une intention humaine de nuire, comme dans les cas de torture, massacres, viols, la littérature spécialisée montre qu'il y a consensus (toutes écoles confondues) en faveur d'une non confrontation (que ce soit in vivo ou en imaginaire) au contexte traumatique d'origine.

Un renvoi sur les lieux du trauma risque de provoquer une re-traumatisation et donc une aggravation significative de la symptomatologie du patient avec risques suicidaires importants.

D'autant plus lorsque les patients présentent des co-morbidités qui rendent les conséquences d'un arrêt de traitement encore plus lourdes.

La question du risque réel pour la vie et l'intégrité physique est donc bien posée dans ces situations. ».

Les requérantes ont joint à leur demande (par courrier électronique du 3 novembre 2017) une note rédigée par E. D., psychologue au SSM Ulysse, qui indique que : « même dans des approches cognitivo-comportementales strictes, le «flooding », c-à-d l'exposition massive et in vivo au lieu du trauma et la désensitivation systématique in vivo

(l'exposition graduelle), sont remplacées par l' « imaginaire exposition », c-à-d l'exposition imaginaire (sans confrontation directe au lieu du trauma) et graduelle en présence d'une présence sécurisante (...)

Une revue in extenso de la littérature du trauma validant l'importance cruciale du lien thérapeutique et la contre-indication d'un retour sur les lieux du trauma (que ce soit in vivo ou en imaginaire) dépasserait largement le cadre de ce texte. Nous nous contenterons de citer quelques autres auteurs de référence :

- Lebigot (2011) souligne le fait qu'un débriefing (assimilable selon nous à une exposition en imaginaire) est contre-indiqué dans les cas de syndrome post-traumatique chronique, lorsque le suivi débute longtemps après les traumatismes. « Contrairement aux prises en charges précoces, l'événement n'est pas décrit minutieusement, il est seulement évoqué comme à l'origine des troubles, et il n'est pas conseillé au thérapeute d'adopter le style debriefing » (Lebigot, 2011, p. 173).

- Dans un autre article, Lebigot (2006) souligne à nouveau l'importance du lien thérapeutique « Dans le cas d'une névrose traumatique, le transfert doit être maintenu dans son versant positif, au moins tant que persiste une symptomatologie créée par l'effraction traumatique ».

- Vitry (2007) souligne l'importance de la création d'un espace temps de parole et « la spécificité du lien garant de la confidentialité et de l'intime ainsi que la mise en place de personnes relais pour les temps d'absence ». (Vitry, p. 140). Il pointe également la longueur du processus thérapeutique (p. 143) et l'importance de la qualité de la relation thérapeutique, « ces psychothérapies post-traumatiques nécessitent un engagement profond du thérapeute dans le champ relationnel... C'est cette relation qui va permettre au patient d'avoir le courage de s'aventurer dans les zones archaïques comme dans un gouffre » (p.143).

- Nous retrouvons le même accent sur le lien thérapeutique chez Damiani (1997). « Elles peuvent aider les victimes (d'un psychotraumatisme) à reconstruire un espace psychique grâce à la continuité de la relation thérapeutique » (p.7).

- Cette spécificité du lien est également mise en avant par Vila (2007) comme étant cruciale dans la thérapie cognitivo-comportementale du trauma. « Il est essentiel d'être dans une alliance thérapeutique solide, sinon le sujet ne s'immergera que superficiellement dans ses souvenirs et la scène imaginée n'ayant aucune consistance, n'aura aucun effet » (p.151). Plus loin il écrit : « l'alliance thérapeutique tant mise en avant par Beck est de loin plus importante que les recettes appliquées rigidement et sans souci de l'interaction avec le patient » (p. 152).

La littérature citée ci-dessus concernant la psychothérapie du psychotraumatisme démontre à nouveau l'importance cruciale du lien thérapeutique de confiance dans la clinique du trauma et ce lien est singulier et donc non-transposable vers un autre thérapeute et/ou un autre contexte. La littérature contient par ailleurs un corpus d'évidence en faveur d'une nonconfrontation au contexte traumatique d'origine.

Comme mentionné en 1, nous estimons au contraire qu'un renvoi sur les lieux du trauma risque de provoquer une re-traumatisation et donc une aggravation significative de la symptomatologie du patient ». La partie adverse n'a nullement tenu compte de cette pièce et de l'argumentation qu'elle contient, violant les obligations qui lui incombent.

De plus, Votre Conseil a déjà sanctionné la théorie de l'exposition et l'examen partial et partiel d'un dossier.

Ainsi, dans un arrêt n° 93413 du 13 décembre 2012: « Le Conseil observe également, à l'examen du dossier administratif, que la décision entreprise renvoie à l'avis médical remis par le médecin conseil de la partie défenderesse, qui conclut, notamment, que « la littérature médicale préconisant, entre autre, les thérapies d'exposition en imagination ou in vivo une souffrance psychosomatique résultant de son vécu dans son pays d'origine ne contre-indique pas médicalement un retour vers ce pays ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que la partie défenderesse n'a pas analysé avec soin la pertinence de cette théorie dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence à la littérature médicale y relative ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse considère que ces thérapies d'exposition sont applicables au requérant Reposant, par conséquent, sur un avis incomplet, voire stéréotypé, le motif de l'acte attaqué portant qu' « une souffrance psychosomatique résultant de son vécu dans son pays d'origine ne contre indique pas médicalement un retour vers ce pays » ne peut être considéré comme adéquat Il en est d'autant plus ainsi que, comme le relève la partie requérante, le médecin conseil de la partie défenderesse ayant rédigé un avis en l'espèce, est un médecin généraliste ».

Les conclusions de Votre Conseil dans cette affaire doivent s'appliquer au cas d'espèce.

9.5. Ainsi, force est donc de constater en l'espèce le caractère totalement stéréotypé de l'avis du médecin fonctionnaire puisqu'il reprend quasi mot pour mot la motivation adoptée dans bon nombre de

décisions, sans tenir compte de la situation individuelle de la première requérante pourtant étayée par de nombreux rapports médicaux et psychologiques.

En fondant sa décision sur un tel avis, la partie adverse a violé son obligation de motivation adéquate ainsi que l'article 9ter et l'article 3 de la CEDH. De plus, en affirmant que « il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine (...) soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE ni à l'article 3 CEDH », sans avoir procédé à un examen rigoureux des conséquences d'un tel retour liées à l'origine post-traumatique de la pathologie psychiatrique dont elle souffre, la partie adverse a violé l'article 3 de la CEDH.

Les requérantes estiment que compte tenu de l'état de stress post-traumatique majeur et chronique dont la première requérante souffre, pathologie ayant entraîné au moins une tentative de suicide et de l'aggravation de son état qui risque de découler d'un retour sur les lieux du traumatisme, éléments étayés par de très nombreux documents médicaux et

psychologiques, un retour mettrait en danger l'intégrité physique de la première requérante et est contraire à l'article 3 de la CEDH et ce, en raison de la pathologie même dont elle souffre.

Ainsi, en se fondant sur l'avis médical qui affirme que « les pathologies invoquées ne constituent pas des contre-indications médicales à voyager vers le pays d'origine » ou en affirmant qu'il n'y a donc « pas de contre-indication à un retour au pays d'origine » et qu'« Il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un

risque réel pour sa vie ou son intégrité physique », la partie adverse a violé l'article 3 de la CEDH, son obligation de motivation adéquate et a commis une erreur manifeste d'appréciation.

Il en est d'autant plus ainsi qu'à l'appui de leur demande de séjour du 20 octobre 2015, les requérantes indiquaient également « De plus, un tel retour serait synonyme de bouleversement pour Madame Z. et ce alors que selon Madame K. « tout changement devient source d'angoisse et des craintes et s'accompagnent par le renforcement des troubles (angoisses; difficultés d'endormissement, moments de désorientation, troubles de mémoire, irritabilité), ainsi que des plaintes somatiques » et que « La continuation du suivi ainsi que l'installation d'un cadre de vie stable restent importantes afin de pouvoir aborder les événements traumatiques et d'éviter une décompensation ». Un tel retour ne peut donc être envisagé », autant d'éléments auxquels ne répond pas la partie adverse.

Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée ».

3. Examen de la deuxième branche du moyen d'annulation.

3.1. S'agissant du moyen unique, en sa deuxième branche, aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, « l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe, portent que « L'étranger transmet 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 ». Le cinquième alinéa indique que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie 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 estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, 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.

Par ailleurs, l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. 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 n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2. En termes de requête, les requérantes rappellent que les problèmes de santé de la première requérante auraient un lien avec un traumatisme vécu au pays d'origine et que son retour entraînerait une aggravation de son état de santé. Elles font état de différents documents médicaux afin d'appuyer leurs dires et estiment que le médecin conseil, en déclarant que les chances de récupération sont meilleures dans le pays d'origine, n'aurait pas tenu compte des certificats médicaux faisant état d'une aggravation de son état de santé. Elles estiment que la motivation du premier acte entrepris n'est pas adéquate.

3.3. En l'espèce, la partie requérante a déclaré dans sa demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales du 20 octobre 2015 qu'un retour au pays d'origine ne pouvait être envisagé pour la première requérante et que cela aggraverait son état de santé. Il y était également mentionné que son état de stress post-traumatique est grave et chronique et cela, suite aux événements traumatiques vécus dans le pays d'origine. En outre, il ressort des différents certificats médicaux contenus au dossier administratif qu'un retour au pays d'origine pour la première requérante est plus que déconseillé. En effet, le certificat médical du 14 octobre 2015 indique qu'« *un retour au pays d'origine serait néfaste car la victime serait en situation précaire* », l'attestation de la psychologue [L.] du 15 novembre 2016 met en évidence le fait qu'un retour au pays d'origine est impensable, l'attestation de cette même psychologue du 15 novembre 2017 prétend qu'un retour au pays d'origine serait perçu comme une mise à mort de la part des institutions belges, que la situation de la première requérante est inquiétante, et qu'il existe une crainte de passage à l'acte.

Au vu de ces éléments, les requérantes ont fait état de l'existence d'un risque en cas de retour de la première requérante au pays d'origine en raison des événements traumatiques vécus au pays d'origine.

Dans son avis médical du 21 décembre 2017, le médecin conseil de la partie défenderesse a déclaré que « *Les pathologies invoquées ne constituent pas des contre-indications médicales à voyager vers le pays d'origine. Concernant le caractère néfaste d'un retour au pays d'origine parce que la victime serait en situation précaire, cette motivation n'a pas de caractère médical. La recherche d'accessibilité démontrera que même en cas de situation difficile, le traitement est toujours possible au pays d'origine* » mais également qu'« *En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie de la patiente, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces événements. Il s'agit d'affirmations non étayées de la patiente. En outre, dans le livre intitulé « Health, Migration and Return », il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger.*

Notons 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 que « *Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier (la mention de la tentative de suicide évoquée par l'avocate de la requérante ne s'appuie sur aucune preuve concrète comme indiqué supra), ni relié à la situation spécifique et individuelle de cette patiente. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La*

mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Pour rappel le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV préférence mondiale dans le domaine psychiatrique) un série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, plan précis de passage à l'acte, idées suicidaires récentes, au cours du mois écoulé) ».

Ainsi, le syndrome post-traumatique en tant que tel n'est pas réellement remis en cause par le médecin conseil de la partie défenderesse, celui-ci s'étant seulement limité à indiquer dans un premier temps que le dossier ne permet pas d'identifier les événements qui en sont à l'origine et qu'il s'agit d'affirmations de la patiente. En remettant en cause l'origine de la pathologie, la partie défenderesse n'invalide en rien le fait que la première requérante souffrirait effectivement d'un grave PTSD.

Le même médecin conseil indique ce qui suit : « *En outre, dans le livre intitulé 'Health, Migration and Return (1) ' ; il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger. [...]* ».

Ainsi que le relèvent les requérantes, il n'a pas été procédé à un examen complet des éléments de la cause, dès lors que la seule référence à cette littérature médicale ne permet pas de s'assurer que la pertinence de la « *théorie d'exposition* » qui y est relatée, a été vérifiée en l'espèce, le médecin conseil de la partie défenderesse n'ayant au demeurant pas examiné la première requérante et se référant à cette théorie comme s'il s'agissait d'un principe absolu.

En outre, s'agissant de la motivation reprise dans l'avis médical sous l'onglet « *Capacité de voyager* », le médecin conseil se contente de reprendre les termes du médecin mentionnés dans le certificat médical du 14 octobre 2015 mais ne tient nullement compte des autres documents médicaux produits par les requérantes préalablement à la prise de l'acte attaqué, lesquels mentionnaient également une impossibilité de retour au pays d'origine. Le fait que cette impossibilité de retour soit soulignée par des psychologues et non par des « *médecins* » ne saurait dispenser le médecin conseil de prendre cet élément en considération et de motiver les raisons pour lesquelles il n'en tient aucunement compte.

Dès lors, à la lumière des informations issues des certificats médicaux produits par les requérantes et de la demande d'autorisation de séjour, le Conseil n'aperçoit pas les raisons pour lesquelles le médecin conseil tire la conclusion qu'il n'existe pas de contre-indication à un retour au pays d'origine pour la première requérante. En effet, les propos du médecin conseil de la partie défenderesse sont en contradiction totale avec les propos tenus par le médecin traitant de la requérante, en telle sorte qu'il appartenait à la partie défenderesse de préciser, concrètement et de manière plus appropriée, les raisons pour lesquelles elle entendait s'écarter de cet élément. A cet égard, le médecin conseil ne pouvait se limiter à renvoyer à une théorie générale controversée (la théorie dite d'exposition) sans démontrer sa pertinence dans le cas personnel de la première requérante alors que les certificats médicaux déposés par celle-ci sont de nature à invalider son applicabilité au cas d'espèce.

En outre, les déclarations tenues par le médecin traitant de la première requérante dans les différents certificats médicaux produits auraient dû, à tout le moins, être prises en considération au vu des conséquences et complications qu'un retour au pays d'origine pourrait provoquer dans le chef de la première requérante, à savoir un syndrome post-traumatique, des troubles anxio-dépressifs graves ou encore la crainte d'un passage à l'acte (suicide).

Par conséquent, la motivation adoptée par la partie défenderesse sur le fait qu'il n'existe aucune contre-indication à un retour au pays d'origine n'est pas adéquate au vu des éléments contenus dans les différents documents médicaux présentés par les requérantes et figurant au dossier administratif.

Dans le cadre de sa note d'observations, la partie défenderesse ne fournit aucune explication pertinente permettant de renverser les constats posés *supra*.

Il résulte de ce qui précède que cet aspect du moyen unique, en sa deuxième branche, est fondé et suffit à l'annulation du premier acte entrepris. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects de cette branche ou encore les autres branches du moyen unique, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.4. S'agissant des ordres de quitter le territoire, second et troisième actes attaqués dans le cadre du présent recours, il y a des indications en l'espèce que l'éloignement des requérantes vers leur pays d'origine pourrait donner lieu à une violation de l'article 3 de la Convention européenne précitée, tel que ce dernier est invoqué dans la présente requête, dans la mesure où il existe une contre-indication à un retour au pays d'origine. 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 la première requérante 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 les deuxième et troisième actes querellés, lesquels ont 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 leur légalité au moment où ils ont été pris.

4. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ainsi que les ordres de quitter le territoire, pris le 5 janvier 2018, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-sept janvier deux mille vingt-deux par :

M. P. HARMEL,
M. A. IGREK,

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

Le greffier,

Le président,

A. IGREK.

P. HARMEL.