Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 268 033 du 9 février 2022
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. WOLSEY
Avenue de la Jonction, 27
1060 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 mars 2017, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 10 novembre 2016.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 décembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 12 janvier 2022.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me J. WOLSEY, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 Le 14 janvier 2014, le requérant a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée par l'arrêt n° 132 535 du 30 octobre 2014 du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) qui a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2 Le 3 juin 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13*quinquies*) à l'encontre du requérant, dont le délai a été prorogé jusqu'au 22 mars 2015.

1.3 Le 29 juin 2015, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980). Le 10 juillet 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant.

1.4 Le 27 août 2015, le requérant a 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 18 février 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Le Conseil a annulé ces décisions dans son arrêt n° 174 212 du 6 septembre 2016.

1.5 Le 18 octobre 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.4 recevable.

1.6 Le 10 novembre 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.4 non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 9 février 2017, constituent les actes attaquées et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois (ci-après : la première décision attaquée) :

« 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 [d]écembre 2010 portant des dispositions diverses.

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

Dans son avis médical remis le 09.11.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, la Guinée.

Notons que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock locale des médications, le requérant peut décider de vivre dans une autre région où il peut être soigné (CCE n°57372 du 04.03.2011).

Notons que l'OMS a annoncé la fin de l'épidémie d'Ebola en Guinée fin 2015 .

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

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : la seconde décision attaquée) :

« 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 1er, 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 visa valable ».

1.7 Le 18 décembre 2018, le requérant a introduit une troisième 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. Le 29 août 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre du requérant. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions est enrôlé sous le numéro 243 299.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1 La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 9*ter* et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 35 et 124 du Code de déontologie médicale, de l'avis n°65 du 9 mai 2016 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux, y compris psychiatriques, graves (ci-après : l'avis n°65), de l'article 8*bis* de l'arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967 (ci-après : l'arrêté royal n°78), et des « principes généraux de bonne administration, notamment de son principe de préparation avec soin d'une décision administrative », ainsi que de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs, et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2 Dans ce qui peut être considéré comme une première branche, elle fait valoir que « [l]e médecin-conseiller de [la partie défenderesse] qui a rendu l'avis médical du 9.11.2016, le Docteur [L.], est médecin généraliste, tandis que le médecin qui a diagnostiqué et qui suit le requérant, le Docteur [B.], est médecin spécialiste en psychiatrie. L'expertise du médecin spécialiste est sans comparaison avec celle d'un médecin généraliste qui n'a jamais examiné [le requérant]. A ce sujet, il convient de relever que l'article 9ter, §1er, al.5 de la loi du 15 décembre 1980 prévoit expressément que le médecin-conseiller « peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». Cette possibilité prévue par la loi du 15 décembre 1980 doit être lue en combinaison avec l'article 124 du code de déontologie médicale, qui s'inscrit dans le chapitre IV du Titre III dudit code (« Chapitre IV : Médecin-conseil, contrôleur, expert ou fonctionnaire ») : « Ces médecins, lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic, ne peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont fait procéder à des examens spécialisés ou ont disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins ». En l'espèce, force est de constater que le Docteur [L.], médecin-conseiller de la partie adverse, n'a pas vu ni interrogé personnellement [le requérant] avant de critiquer le diagnostic du psychiatre du requérant. Dès lors, l'article 124 du code de déontologie médicale a été violé. Il faut insister sur [l'avis n°65] […] : […]. Le médecin fonctionnaire a adopté un avis divergent de celui du Docteur [B.]. Le Docteur [L.] n'a cependant pas contacté son confrère lors de l'adoption de l'acte médical du 9.11.2016. En effet, le médecin conseil de la partie adverse affirme qu'« il n'y a donc aucun caractère de gravité démontré à ce trouble psychique », au contraire du Docteur [B.], qui affirme que la maladie dont souffre [le requérant] est caractérisée de « grave avec risque vital avéré ». Le médecin conseil affirme que le risque de passage à l'acte suicidaire est hypothétique, théorique et général tandis que le Docteur [B.] diagnostique, chez [le requérant], des « idéations suicidaires » et affirme qu'« un passage à l'acte suicidaire n'est pas exclu ». Il importe de souligner que le psychiatre du requérant a réagi à l'adoption de la décision attaquée en ces termes : « […] je constate une relativisation importante de la gravité du diagnostic, dans le chef d'un confrère dont je ne connais pas la spécialité sur base unique d'une impression et non confortée ni par la rencontre avec le patient, ni avec d'autres sources […] j'ai donc fait état d'un diagnostic et […] ne peux en supporter une remise en question sans rencontre avec le patient ou expertise contradictoire » […]. Dès lors, le médecin-conseiller de [la partie défenderesse] a outrepassé sa compétence en ne tenant pas compte de l'avis d'un spécialiste et a violé l'article 35 du code de déontologie médicale ainsi que l'avis n°65 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique ».

2.3 Dans ce qui peut être considéré comme une deuxième branche, elle soutient que « [l]'avis médical du 9.11.2016, auquel la décision du 10.11.2016 fait référence et qui, étant considéré comme intégré à la décision attaquée, est également attaqué, indique : […]. La gravité du trouble psychotique dont souffre [le requérant] est en l'espèce questionnée. Le requérant ne comprend pas le sens de cette remise en question de la gravité de la maladie dans la mesure où la partie adverse admet qu'il s'agit « 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 », bien qu'en l'espèce la partie adverse estime qu'un traitement adéquat existe en Guinée. La partie adverse motive l'absence de « caractère de gravité démontré » du « trouble psychotique » dont souffre [le requérant] par l'absence d'hospitalisation en psychiatrie, d'autre mesure de protection, d'épisode aigu, de trouble psychotique et de passage à l'acte. Tout d'abord, il y a une contradiction dans les motifs de la décision : le médecin conseil reconnait d'une part le trouble

psychotique du requérant – tout en mettant en cause le caractère grave -, et d'autre part affirme qu'il n'y a aucun trouble psychotique – ce qui justifierait l'absence de caractère de gravité de ce même trouble. Cette contrariété des motifs constitue une violation de l'obligation de motivation, sanctionnée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée. Ensuite, le médecin conseil ne justifie pas la pertinence des critères qu'il choisit pour définir le caractère grave du trouble psychotique dont souffre le requérant. Aucune référence médicale n'est indiquée dans la décision qui permette de comprendre pourquoi la partie adverse retient en particulier ces critères (hospitalisation en psychiatrie, autre mesure de protection, épisode aigu et passage à l'acte) pour qualifier la gravité du trouble dont souffre [le requérant]. […] En l'espèce, le requérant ne comprend pas la pertinence des critères retenus par la partie adverse pour évaluer la gravité de sa maladie. Le psychiatre du requérant s'interroge également : « depuis quand le fait qu'il n'y ait pas eu d'hospitalisation est-elle significative d'une non-dangerosité en psychiatrie ? » […]. La partie adverse ne justifie pas non plus en quoi les mesures de protection urgente prises à la demande du service médical du centre d'accueil à l'égard [du requérant] (instauration d'un suivi psycho-médical intensif et régulier au SSM Ulysse) ne pourraient être considérées comme des mesures de protection et satisfaire ainsi à l'un des critères retenus pour qualifier la gravité du trouble psychotique du requérant. Le médecin conseil ne semble même pas tenir compte de cette mesure de protection urgente dans l'évaluation de la gravité de la maladie. Ce faisant, la partie adverse a violé son obligation de motivation - sanctionnée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée - et le principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause, à l'occasion d'un examen minutieux et d'autre part de ne pas commettre d'erreur manifeste d'appréciation. Enfin, la partie adverse se réfère au DSM IV pour justifier de l'absence de risque suicidaire dans le chef [du requérant], alors que le DSM IV a été remplacé par le DSM V (depuis 2013 déjà…). Le DSM V et le DSM IV sont par ailleurs des manuels à usage épidémiologique et statistique, et non des manuels à usage diagnostique […]. Dès lors la motivation par référence au DSM IV est obsolète et non pertinente. La motivation de la décision ne permet pas au requérant de comprendre la remise en question de la réalité du risque suicidaire qui existe dans son chef. Ce faisant, la partie adverse a violé son obligation de motivation sanctionnée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 ».

2.4 Dans ce qui peut être considéré comme une troisième branche, elle estime que « [l]a partie adverse affirme : […]. La partie adverse modifie donc le traitement du requérant en se référant à une source qui n'est pas versée au dossier administratif. Or, le psychiatre du requérant considère que l'ouvrage auquel le médecin conseil de la partie adverse fait référence est une « source non-médicale et très politiquement orientée » […]. Dès lors que le requérant n'a pas accès à l'ouvrage auquel il est fait référence, il ne peut valablement contester la décision administrative. Ses droits de la défense sont donc violés. En effet, il ne s'agit pas de connaitre les motifs des motifs de la décision, il s'agit uniquement d'avoir accès aux sources qui permettent à la partie adverse d'établir qu'un retour au pays d'origine n'exposerait pas le requérant à un traitement inhumain et dégradant. La partie adverse, en motivant la possibilité d'un retour en Guinée [du requérant] par une référence à un ouvrage non versé au dossier administratif, viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et le principe de respect des droits de la défense. Le requérant avait fait valoir dans sa demande d'autorisation de séjour du 27 août 2015 que « L'idée du renvoi au pays, avec la remise en contexte forcée que cela implique, est maintenue à distance et cette mise à distance fait intégralement partie du traitement proposé ». L'aspect contraignant du retour au pays avait été invoqué par le requérant et son psychiatre pour justifier le caractère négatif d'un point de vue médical d'un tel retour. Le psychiatre [du requérant] a d'ailleurs réagi à la décision de la partie adverse : « […] mon collègue n'a certainement pas compris la distinction fondamentale entre les nécessités médicales au libre choix du patient et celles sous contrainte (et non pas « sans » contrainte) et leurs effets différents […] si je peux reconnaitre dans certains cas l'intérêt d'un retour au pays pour certains patients, ce sera évidemment sur base volontaire. Toute modification de soins sous contrainte, en Belgique ou au pays d'origine se verra inopérante » […]. La partie adverse ne motive pas sa décision quant au caractère inopérant d'un retour sous la contrainte et viole en ce sens les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 précités ».

2.5 Dans ce qui peut être considéré comme une quatrième branche, elle allègue que « [l]e médecin conseil de la partie adverse affirme que […]. […] D'une part, le suivi médical est jugé disponible sur la seule base de données MedCOI, que la partie adverse qualifie elle-même de « non publique ». […] Le site internet www.medcoi.eu n'est accessible qu'avec un mot de passe : il est dès lors impossible d'aller

vérifier et confronter les informations sur la base desquelles le médecin conseil affirme que les soins nécessaires au requérant sont disponibles en Guinée. […] Il convient de souligner qu'il est indiqué sur les deux requêtes auxquelles se réfère le médecin conseil de la partie adverse « uniquement à usage interne » et que l'avis du médecin conseil mentionne une «clause de non responsabilité : les informations délivrées concernent uniquement le disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine […] Aucuns droits comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu ». […] Le requérant insiste : il ne s'agit pas de connaitre les motifs des motifs de la décision, il s'agit uniquement d'avoir accès aux sources qui permettent à la partie adverse d'établir que les soins nécessaires sont disponibles. La partie adverse, en motivant la disponibilité des soins requis par [le requérant] en Guinée par de simples références à la base de données MedCOI, viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et le principe de respect des droits de la défense. […] D'autre part, il convient de soulever que la requête MedCOI du 16.09.2016 à laquelle se réfère la partie adverse indique que la quetiapine est uniquement disponible dans un établissement privé (« private facility ») et la requête MedCOI du 5.05.2016 indique que le lorazépam est également uniquement disponible dans un établissement privé. Il n'est donc pas démontré que le traitement médicamenteux actif actuel est disponible dans un établissement public. Le seul suivi psychiatrique indiqué comme disponible par les requêtes MedCOI dans un établissement public en Guinée est au CHU Donka de Conakry. Or, la requête MedCOI du 16.09.2016 indique que le CHU Donka est en complète rénovation, mais que le service psychiatrique fonctionne toujours avec le Pr Doukoure (« CHU Donka is in complete renovation, but the psychiatric service is still working with Pr Doukoure »). Il y a plus de trois millions d'habitants à Conakry et plus de onze millions en Guinée. La partie adverse affirme que le suivi psychiatrique y est disponible alors que les documents probants ne renseignent qu'un seul psychiatre dans un seul hôpital public dans la capitale. Le Professeur Doukoure a d'ailleurs lui-même affirmé lors d'un entretien à la presse guinéenne : « Imaginez-vous que dans toute la République de Guinée, c'est le seul service de psychiatrie. Et, nous sommes à peu près dix millions d'habitants » . Il a ajouté que « sur 64 lits qu'il n'y a que 30 lits fonctionnels », ce qui explique, dit-il, la supériorité de la demande par rapport à l'offre. La demande d'autorisation de séjour initiale mentionnait d'ailleurs que : « Le suivi psychiatrique en Guinée n'est possible qu'à l'hôpital de Donka, qui est dans un état déplorable (pièce 7). Ces constations sont confirmées par un rapport de l'Organisation Suisse d'aide aux réfugiés, daté de 2010, selon lequel les soins psychiatriques ne sont pas disponibles, ni en Guinée, ni plus précisément à l'hôpital de Donka (pièce 8) ». La partie adverse ne fait pas la démonstration de la disponibilité du traitement nécessaire à l'état de santé du requérant et ne motive pas sa décision quant aux considérations initiales du requérant relatives au CHU Donka. En se référant à une requête MedCOI selon laquelle il y a un psychiatre dans un hôpital public à Conakry et sans répondre aux considérations faites par le requérant quant à cet hôpital, la partie adverse viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 en déduisant qu'il existe, en Guinée, un traitement adéquat pour le requérant. La décision attaquée viole également l'article 3 de la [CEDH], puisque [le requérant] 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.

2.6 Dans ce qui peut être considéré comme une cinquième branche, elle fait valoir que « [l]a demande d'autorisation de séjour du requérant précisait : « Le lien thérapeutique de son choix, soit au Centre de santé mentale Ulysse, doit être maintenu. Ce lien n'est pas transférable sous contrainte ». La partie adverse, à ce sujet, écrit : […]. La partie adverse expose donc la différence théorique entre un lien thérapeutique et un lien affectif, sans motiver sa décision quant à l'impossibilité de transfert thérapeutique sous contrainte. Il semble que la partie adverse ait mal analysé la demande d'autorisation de séjour qui faisait en effet référence à un transfert « sous contrainte » et non « sans contrainte », comme l'a écrit le médecin conseil dans son avis médical. Le psychiatre [du requérant], le Docteur [B.], écrit d'ailleurs en réaction à la décision attaquée : « si j'atteste que monsieur doit nécessiter à l'avenir d'un suivi psychomédicosocial spécialisé de son choix, cela implique qu'il puisse se faire à Ulysse ou ailleurs et qu'un transfert du lien puisse se faire, mais n'être opérante [sic] qu'uniquement sur une personne de son choix » […]. En faisant référence à un transfert sans contrainte, la partie adverse a violé le principe de bonne administration qui impose à l'administration la préparation avec soin d'une décision administrative au terme d'un examen minutieux de l'ensemble des éléments soumis à son appréciation. De la même manière, la partie adverse ne motive pas sa décision quant à l'impossibilité de transférer le lien thérapeutique sous la contrainte et viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 précités. En outre, la partie adverse distingue de manière

théorique le lien thérapeutique du lien affectif (sans aucune référence scientifique) mais ne se prononce pas en l'espèce sur la possible continuité des soins psychiatriques du requérant en Guinée. L'article 8bis, §1er, de l'[arrêté royal n° 78] établit que « Les praticiens visés aux articles 2, § 1er, 3, 21*bis*, 21*quater* et 21*noviesdecies* ne peuvent sciemment et sans motif légitime dans leur chef, interrompre un traitement d'un patient en cours sans avoir pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins ». La partie adverse fait sienne la position de son médecin conseil en motivant sa décision administrative par référence à l'avis du docteur [L.] du 9.11.2016. La partie adverse ne se prononce pas sur la continuité des soins en Guinée dès lors qu'elle ne se prononce pas sur le transfert du lien thérapeutique sous contrainte. En qualité de médecin, le médecin conseil de la partie adverse n'a donc d'autre choix que d'avoir égard à cette obligation de continuité des soins et doit examiner si la continuité des soins sera respectée dans le cadre de la décision entreprise. Rappelons que cette obligation de continuité de soins n'est pas un vain mot puisque l'article 38 de ce même arrêté royal prévoit des sanctions pénales dans l'hypothèse d'une violation de cette obligation. Partant, exiger de motiver sur cette question relève tant de l'article 8 bis précité que de l'obligation de motivation formelle ou encore de l'article 3 de la CEDH ou l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 : en l'absence de continuité de soins le requérant est exposé à un traitement contraire auxdits articles 3 de la CEDH et 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette absence de motivation au sujet de la continuité des soins révèle aussi une violation de l'obligation formelle des actes administratifs telle que sanctionnée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 ».

2.7 Dans ce qui peut être considéré comme une sixième branche, elle soutient que « [d]ans sa demande d'autorisation de séjour du 27.08.2015, le conseil du requérant précisait : « Dans une annexe à ce certificat-médical type, datée du même jour, le Dr [B.] précise encore que le requérant est incapable de travailler et qu'en outre la maladie dont il souffre rend les aptitudes à l'apprentissage limitées ». Le médecin conseil de la partie adverse écrit dans son avis du 9.11.2016 que […]. Le médecin écrit également que […]. La partie adverse affirme donc d'une part qu'il manque certaines mentions de durée sur le certificat d'incapacité de travail soumise par le requérant et d'autre part qu'il n'y a aucune attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler. Notons que la partie adverse déduit de cette dernière affirmation que les soins seraient accessibles financièrement au requérant en Guinée. Il y a une contradiction majeure dans les motifs de la décision. Cette contrariété des motifs constitue une violation de l'obligation de motivation, sanctionnée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée ».

2.8 Dans ce qui peut être considéré comme une septième branche, elle estime que « [l]a décision de refus de séjour présentement attaquée établit que […]. La décision de refus de séjour établit également que […]. Premièrement, l'article 9ter de la [loi du 15 décembre 1980], en son troisième alinéa, établit que : « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ». Cela signifie que pour qu'un traitement soit « adéquat » au sens de l'article 9ter, le traitement de la maladie doit être « possible » et « accessible » dans son pays d'origine ou le pays dans lequel il réside. En faisant référence à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme [(ci-après : la Cour EDH)] concernant l'article 3 de la Convention du même nom, la partie adverse viole l'article 9ter de la loi précitée en ce qu'il réduit son champ d'application à celui dudit article 3. […] En considérant qu'il convient de faire application de la jurisprudence de la CEDH en l'espèce et donc de ne pas tenir compte de l'accessibilité des soins, la décision attaquée viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Deuxièmement, la décision attaquée se réfère à un arrêt du Conseil d'Etat pour justifier son affirmation selon laquelle si les soins sont disponibles mais pas accessibles, l'article 3 de la [CEDH] n'est pas violé. Cependant, le Conseil d'Etat n'a pas rendu d'arrêt n° 81 574 le 23 mai 2013, mais il s'agirait éventuellement d'un arrêt rendu par [le] Conseil, ayant effectivement cette numérotation, mais ayant été rendu le 23 mai 2012. Lorsqu'une telle affirmation se base sur une jurisprudence antérieure, il est nécessaire que la référence soit correcte afin que les droits de la défense soient respectés. En s'abstenant de référencer correctement ses affirmations, la partie adverse viole son devoir de minutie. Troisièmement, il faut noter que la partie adverse affirme que […]. Néanmoins, la partie adverse a justifié sa décision au regard de la soi-disant accessibilité des soins par le requérant en Guinée. En effet, la partie adverse développe, dans la décision attaquée que les soins requis par [le requérant] lui sont accessibles. La partie adverse mentionne en effet le soi-disant soutien que le requérant aurait de sa famille, sa possibilité de travailler pour payer ses soins et l'existence d'un système de sécurité sociale performant. La partie adverse se contredit : d'une part, elle tente de démontrer que les soins

requis sont accessibles et d'autre part, elle affirme que l'accessibilité des soins n'est pas un critère de violation de l'article 3 de la [CEDH] – et en fait un motif de refus de séjour. Cette contrariété des motifs constitue une violation de l'obligation de motivation, sanctionnée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée ».

3. Discussion

3.1 Sur le moyen unique, en ses branches réunies, s'agissant de la première décision attaquée, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9*ter*, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « 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 et récents 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, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, 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 modifiant 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 septembre 2006), ayant inséré l'article 9*ter* 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 térritoire [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *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* de la loi du 15 décembre 1980, les traitements existants 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.

Le Conseil rappelle également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où le requérant – qui a été assisté d'un conseil lors de l'introduction de sa demande – doit être tenu pour complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application, il lui incombait de transmettre à l'appui de la demande tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales 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'expliciter 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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2.1 En l'espèce, la motivation de la première décision attaquée est fondée sur un rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 9 novembre 2016, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'un *« [é]pisode dépressif en aggravation depuis le décès de sa mère en mai 2015* », pathologie pour laquelle le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles dans son pays d'origine.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.2.2 Sur la première branche du moyen unique, s'agissant des différents griefs émis à l'encontre du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas être spécialisé en psychiatrie, de ne pas avoir rencontré le requérant ni le corps médical spécialisé de ce dernier et de ne pas avoir sollicité l'avis d'un expert, le Conseil précise que le fonctionnaire médecin donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la 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 à son fonctionnaire médecin de rencontrer ou d'examiner l'étranger, de demander un complément d'informations au médecin traitant de celui-ci ou de recourir à un expert. Le Conseil souligne également qu'il importe peu que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse soit un spécialiste ou non dès lors qu'il a justifié en détail sa position.

De plus, le Conseil rappelle que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse n'intervient pas, dans la procédure particulière de l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980, comme prestataire de soins à l'égard du requérant dont le rôle est de poser un diagnostic, mais comme expert chargé de rendre un avis sur « l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical » (article 9*ter*, § 1er, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980).

Au surplus, le Conseil constate que le requérant ne démontre pas en quoi le Code de déontologie constituerait un moyen de droit pertinent applicable en l'espèce. En effet, 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. C'est donc en vain que la partie requérante invoque dans son moyen une violation des articles 35 et 124 du Code de déontologie applicable lors de la prise de la première décision attaquée, les éventuels manquements au Code de déontologie étant uniquement sanctionnés par les autorités ordinales dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

L'avis n°65 qui, selon ses propres termes, constitue un avis, ne permet pas de renverser les constats qui précèdent.

En outre, s'agissant des contradictions relevées par la partie requérante qui auraient dû, selon la partie requérante, amener le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse à contacter le médecin traitant du requérant, le Conseil estime que le grief de la partie requérante n'est pas fondé. En effet, le certificat

médical destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers, établi par le docteur [B.R.] le 23 juin 2015, indique notamment, sous la rubrique « B/ Diagnostic : description détaillée de la nature et du degré de gravité des affections sur base desquelles la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'[a]rticle 9ter est introduite », « maladie grave, à risque vital avéré et incapacité à se gérer seul [-] épisode dépressif majeur sévère [-] idéations suicidaires », et sous la rubrique « D/ Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement ? », « Isolement, retrait sur soi, perte d'espoir, passage à l'acte suicidaire non exclu ». L'annexe à ce certificat médical mentionne en outre, à la question « 5. Estimez-vous que l'intéressé(e) souffre de maladies qui comportent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de subir un traitement inhumain et dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays », « Oui, absolument. Risque suicidaire non inhérent à la maladie mais personnalisé ». Le Conseil rappelle que, concrètement, l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. C.E., 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073). À la lecture des documents médicaux établis par le docteur [B.R.], la partie requérante conteste le fait que le fonctionnaire médecin estime que la pathologie dont souffre le requérant ne représente pas un « *risque vital avéré* » et, par conséquent, le fait qu'il a estimé que le requérant ne souffre pas actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique. Le Conseil ne peut suivre la partie requérante quant à ce et estime que le fonctionnaire médecin a valablement pu considérer que « *Concernant le risque vital avéré donc établi suite au risque de passage à l'acte suicidaire « non exclu ». Il n'y a jamais eu d'hospitalisation en psychiatrie ni d'autre mesure de protection. Aucun épisode aigu n'est rapporté, aucun trouble psychotique, aucun passage à l'acte. Il n'y a donc aucun caractère de gravité démontré à ce trouble psychique. Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aigüe. La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'[a]rticle 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Pour rappel le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV (référence mondiale dans le domaine psychiatrique) une série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, plan précis de passage à l'acte, idées suicidaires récentes, au cours du mois écouté)* » (le Conseil souligne), prenant ainsi en compte les informations médicales communiquées. Le fonctionnaire médecin a ainsi justifié les raisons pour lesquelles il estime que la pathologie dont souffre le requérant n'est pas une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour la vie du requérant ou son intégrité physique. L'argumentation développée par la partie requérante tend, en réalité à amener le Conseil à substituer sa propre appréciation à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis, au vu de ce qui a été exposé *supra*.

Enfin, s'agissant du document annexé à la requête, rédigé le 18 février 2017 par le docteur [B.R.], psychiatre du requérant, le Conseil constate que cet élément est invoqué pour la première fois en termes de requête.

Il rappelle que les éléments qui n'avaient pas été invoqués par la partie requérante en temps utile, c'est-à-dire avant que l'autorité administrative ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris » (en ce sens, notamment : C.E., 23 septembre 2002, n° 110.548).

Par ailleurs, il rappelle que le fait d'apporter de nouveaux éléments dans une requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte.

La prise en considération dans les débats de pièces qui sont pour la première fois jointes à la requête 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 : C.E., 8 août 1997, n° 67.691 ; C.C.E., 17 février 2011, n° 56 201).

En l'occurrence, le Conseil estime toutefois qu'eu égard aux termes de l'article 9*ter*, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de la demande, que la partie défenderesse pourrait lui refuser l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de la situation du requérant, que celui-ci peut bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays, et qu'elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'une information dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de la situation individuelle du requérant, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou, à tout le moins, avant la prise de la première décision attaquée. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre en considération les éléments susmentionnés en l'espèce.

3.2.3 Le Conseil estime que la deuxième branche du moyen unique n'est pas fondée. En effet, il résulte de la lecture de l'avis du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse que celui-ci n'a pas remis en question la gravité de la pathologie dont souffre le requérant, mais a justifié les raisons pour lesquelles il estime que cette pathologie n'est pas une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour la vie du requérant ou son intégrité physique.

En tout état de cause, à considérer que le fonctionnaire médecin aurait effectivement remis en cause la gravité de la dépression dont souffre le requérant, le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à son argumentation dès lors qu'il a néanmoins analysé la disponibilité et l'accessibilité du traitement et suivi que nécessite cette dépression au pays d'origine.

3.2.4 Sur la troisième branche du moyen unique, s'agissant du retour au pays d'origine du requérant, le fonctionnaire médecin a indiqué dans son avis que « *Concernant le retour psychiquement contre-indiqué en contexte traumatique donc au pays d'origine et les évènements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'identifier ces évènements. Il s'agit d'affirmations non étayées du patient. 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* ».

Le Conseil observe que l'extrait de l'ouvrage mentionné par le fonctionnaire médecin est présent en version imprimée au dossier administratif. Le grief de la partie requérante n'est donc pas établi.

Pour le surplus, la partie requérante se contente de faire référence à l'argumentation avancée par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4, sans rencontrer le fait que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a remis en cause les évènements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient, dans son pays d'origine.

S'agissant du document annexé à la requête, rédigé le 18 février 2017 par le docteur [B.R.], psychiatre du requérant, le Conseil renvoie *supra*, au point 3.2.2.

3.2.5 Le Conseil estime que les critiques de la partie requérante quant à la disponibilité du traitement et du suivi nécessaires au requérant, développées dans la quatrième branche du moyen unique, ne sont pas fondées.

Tout d'abord, en ce que la partie requérante souligne le fait que la base de données MedCOI n'est pas publique, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les deux « requêtes MEDCOI », portant les numéros BMA-8614 dont la réponse date du 16 septembre 2016 et BMA-8074 dont la réponse date du 5 mai 2016, et de les ajouter au dossier administratif, de telle sorte que la partie requérante est en mesure d'y avoir accès.

Ensuite, en ce que la partie requérante critique le fait que les informations relatives à la disponibilité du traitement médicamenteux du requérant ne concernent que des établissements privés, et non publics, le Conseil rappelle que la disponibilité de certains médicaments dans des établissements privés, telle que renseignée dans l'avis du fonctionnaire médecin, n'implique pas que leur disponibilité ne soit pas établie, ainsi que le fait valoir la partie requérante dans sa requête. Cette dernière n'avance d'ailleurs aucun commencement de preuve pour établir ses dires.

Enfin, en ce que la partie requérante soutient qu'un seul hôpital, en rénovation, est référencé, ce qui ne saurait nullement prouver la disponibilité du suivi nécessaire au requérant en Guinée, dans la mesure où « Il y a plus de trois millions d'habitants à Conakry et plus de onze millions en Guinée. La partie adverse affirme que le suivi psychiatrique y est disponible alors que les documents probants ne renseignent qu'un seul psychiatre dans un seul hôpital public dans la capitale », ce qui avait été invoqué par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4, le Conseil observe, à la lecture du rapport du fonctionnaire médecin, qu'une réserve est libellée comme suit : *« Clause de non-responsabilité : les informations délivrés concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucun droit comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu »* (le Conseil souligne). Cette réserve entend préciser que cette base de données ne concerne que la disponibilité du traitement et non son accessibilité sans pour autant signifier que ledit traitement n'est disponible que dans un seul hôpital. La critique de la partie requérante à ce sujet est par conséquence inopérante. Il en va de même s'agissant du fait que le CHU Donka soit en travaux, dès lors que la « requête MEDCOI », portant le numéro BMA-8614, précise bien que « CHU Donka is in complete renovation, but the psychiatric service is still working with Pr Doukoure or relocated to CHU Ignace Deen » (traduction libre : le CHU Donka est en pleine rénovation, mais le service psychiatrique continue de travailler avec le Pr Doukoure ou a été transféré au CHU Ignace Deen).

3.2.6 Sur la cinquième branche du moyen unique, le Conseil estime que le fait que le fonctionnaire médecin ait indiqué « *Concernant l'ancrage thérapeutique qui serait non transférable sans contrainte* » (le Conseil souligne), alors que le requérant avait fait valoir, dans sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.4, que « Le lien thérapeutique de son choix, soit au Centre de santé mentale Ulysse, doit être maintenu. Ce lien n'est pas transférable sous contrainte » (le Conseil souligne), résulte à l'évidence d'une erreur matérielle.

Le Conseil observe en outre que le fonctionnaire médecin s'est bien prononcé, au contraire de ce que le prétend la partie requérante, sur « le transfert du lien thérapeutique sous contrainte ». Il a en effet indiqué que « *Concernant l'ancrage thérapeutique qui serait non transférable sans contrainte. Il convient de distinguer le lien proprement thérapeutique du lien affectif. 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. Il est recommandable de limiter ce lien à la durée du traitement. Il est transmissible à un autre confrère. Il est bien évident que le lien thérapeutique est essentiel. Cela est vrai pour tous les thérapeutes, qu'ils exercent en Belgique ou au pays d'origine. Mais 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...) Si cette interruption est impossible, il pourrait alors bien s'agir d'un lien affectif qui crée un état de dépendance, d'aliénation extrêmement préjudiciable au patient. Il n'est jamais recommandable quel que soit la durée du traitement. Il n'est pas transmissible* ». Ce constat n'est pas contesté par la partie requérante.

S'agissant du document annexé à la requête, rédigé le 18 février 2017 par le docteur [B.R.], psychiatre du requérant, le Conseil renvoie *supra*, au point 3.2.2.

En outre, s'agissant de l'argumentation aux termes de laquelle la partie requérante fait valoir que la « continuité des soins » n'a pas été analysée par la partie défenderesse, le Conseil rappelle que cette dernière a démontré la disponibilité et l'accessibilité du traitement et du suivi requis par le requérant dans son pays d'origine, ce qui implique que ce dernier ne risque pas d'interruption de son traitement en cas de retour en Guinée. Dès lors, l'argumentation de la partie requérante ne peut être suivie sur ce point.

3.2.7 Sur la sixième branche du moyen unique, le Conseil n'aperçoit pas la contradiction alléguée par la partie requérante. En effet, ayant précisé que « *Concernant l'incapacité actuelle à travailler, il n'y a aucune précision concernant sa durée. Or la durée d'une incapacité de travail doit être déterminée avec exactitude avec un début et une fin précisés sur le certificat. Il s'agirait autrement d'une incapacité définitive qui doit être reconnue par organisme adéquat (SPF santé publique INAMI ou SPF sécurité sociale DG personnes handicapées), ce qui n'est pas présentement le cas. Une dépression traitée depuis 6 mois n'est plus une cause de contre-indication au travail. Au contraire la reprise du travail est conseillée au plus tôt pour éviter une chronicisation préjudiciable au patient* » (le Conseil souligne), le fonctionnaire médecin a considéré qu'au moment de la rédaction de son avis, la pathologie du requérant n'était plus une contre-indication au travail dans le chef du requérant.

3.2.8 Sur la septième branche du moyen unique, le Conseil estime que les critiques de la partie requérante quant à l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires au requérant ne sont pas fondées.

Tout d'abord, le Conseil constate que la partie requérante n'a pas intérêt à l'argumentation développée dès lors qu'il ressort clairement de l'avis du fonctionnaire médecin, précité, que celui-ci a examiné le fait de savoir si l'affection dont souffre le requérant pourrait entraîner un risque réel d'un traitement inhumain ou dégradant ou pour l'intégrité physique en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine. Il n'a donc pas en l'espèce limité la portée de l'article 9*ter*, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 à l'article 3 de la CEDH, contrairement aux affirmations de la partie requérante à cet égard. De même, la première décision attaquée est fondée valablement et sans ambigüité aucune sur l'article 9*ter* de la loi du 15 décembre 1980 dès lors qu'elle mentionne clairement qu'« *en application de l'article 9ter de la [loi du 15 décembre 1980] cette demande […] est non-fondée* ». Au vu de la motivation de la première décision attaquée, la mention « *[p]ar conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive [e]uropéenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH* » est en tout état de cause surabondante.

S'agissant du grief fait au fonctionnaire médecin d'avoir conclu la recherche sur l'accessibilité du traitement nécessaire au requérant par l'affirmation que « *[c]oncernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CE [lire : CCE] n° 81574 du 23 mai 2013 [lire : 2012])* », le Conseil ne peut que s'interroger sur l'intérêt de la partie requérante à un tel argument. En effet, cette affirmation du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse apparaît surabondante dans la mesure où il ressort de l'avis précité que ce dernier a effectué une recherche concrète concernant l'accessibilité du traitement nécessaire au requérant et ne s'est pas limité au seul constat précité. Dès lors, le fait que le médecin conseil ait estimé qu'« *il ne peut y avoir violation de l'article 3 de la CEDH* » n'est pas de nature à justifier l'annulation de la première décision attaquée. La soi-disant contradiction relevée par la partie requérante à ce sujet ne l'est pas davantage.

En outre, la partie requérante ne peut être sérieusement suivie quand elle allègue une violation de ses droits de la défense suite à une erreur de référence jurisprudentielle. Si cette erreur est établie, le Conseil observe que la partie requérante s'abstient par contre de toute critique de la teneur de l'avis du fonctionnaire médecin quant à l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires au requérant.

3.2.9 S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour EDH a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, *N. contre Royaume-Uni*, §§ 42 et 44).

L'arrêt *Paposhvili contre Belgique* (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*) a clarifié et étendu l'enseignement de l'arrêt *N. contre Royaume-Uni*, précité, à d'autres « cas très exceptionnels » afin de rendre les garanties prévues par la CEDH « concrètes et effectives » (*Paposhvili contre Belgique*, *op. cit*, §§ 181 à 193) et en redéfinissant le seuil de gravité de l'article 3 de la CEDH.

En l'espèce, la partie défenderesse a adéquatement vérifié et conclu que la pathologie dont souffre le requérant n'est pas une maladie exposant ce dernier à un risque de traitement inhumain ou dégradant. Il en résulte que la partie requérante reste en défaut d'établir que le requérant se trouve dans un des cas très exceptionnels visés.

Partant, le moyen est inopérant, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

3.3 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

3.4 Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard du requérant, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue la seconde décision attaquée par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen pertinent à son encontre.

Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que, d'autre part, la motivation de la seconde décision attaquée n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cette décision.

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 neuf février deux mille vingt-deux par :

Mme S. GOBERT, présidente f. f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS S. GOBERT