



Arrêt

n° 150 500 du 7 août 2015
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : X

Contre :

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

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

Vu la requête introduite le 21 décembre 2012, par X, qui déclare être de nationalité algérienne, tendant à l'annulation la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, prise le 18 septembre 2012, ainsi que de l'ordre de quitter le territoire consécutif, notifiés ensemble le 21 novembre 2012.

Vu le titre 1^{er} bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu le mémoire de synthèse.

Vu l'ordonnance du 24 février 2015 convoquant les parties à l'audience du 20 mars 2015.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P. ROBERT *loco* Me I. THOMAS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me D. STEINIER *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Selon ses déclarations, la partie requérante est arrivée en Belgique en 2006. Elle a sollicité l'asile auprès des autorités belges le 17 octobre 2006. Sa demande d'asile s'est clôturée négativement par l'arrêt n° 4456 rendu par le Conseil de céans le 4 décembre 2007.

1.2. Le 3 janvier 2008, la partie requérante a introduit une seconde demande d'asile. Par une décision du 21 janvier 2008, la partie défenderesse a refusé de prendre en considération cette demande d'asile.

1.3. Par un courrier daté du 28 janvier 2009, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée recevable le 4 mai 2009.

Le 24 août 2012, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu son rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la partie requérante.

Par une décision du 18 septembre 2012, la partie défenderesse a déclaré la demande d'autorisation de séjour non-fondée.

Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« *Motifs :*

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

Le requérant invoque l'application de l'article 9 ter en raison d'un problème de santé empêchant tout retour au pays d'origine.

Le Médecin 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 l'Algérie, pays de reprise.

*Dans son avis médical remis le 24.08.2012, (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 à un retour au pays d'origine, **l'Algérie.***

Dès lors,

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

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH. »

1.4. Le même jour, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante.

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

« *En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 précitée,:*

2° il demeure dans le Royaume au-delà du délai fixé conformément à l'article 6, ou ne peut apporter la preuve que ce délai n'est pas dépassé: L'intéressé n'est pas autorisé au séjour; une décision de refus de séjour (rejet 9ter) a été prise en date du 18.09.2012. »

2. Objets du recours

La partie requérante soutient dans son mémoire de synthèse, en réponse à la note d'observations déposée par la partie défenderesse, avoir visé dans son recours tant l'ordre de quitter le territoire que la décision rejetant la demande d'autorisation de séjour pris le même jour, soit le 18 septembre 2012.

Le Conseil observe que si la requête n'est pas dénuée d'ambiguïté à cet égard, s'il l'on examine la requête dans son ensemble, il n'en demeure pas moins que la partie défenderesse indique elle-même à la page 2 de sa note, sous l'intitulé « *objet du recours* », que la requête de la partie requérante sollicite

l'annulation de « la décision déclarant recevable mais non-fondée sa demande de régularisation de séjour [...] ainsi que l'ordre de quitter le territoire (annexe 13) notifié le 21.11.2012 », reprenant à cet égard les termes employés par la partie requérante à la première page de sa requête.

Il résulte de ce qui précède que, malgré quelques maladresses commises par la partie requérante dans l'identification des décisions attaquées et qui contraignent le Conseil à une clarification, la partie défenderesse ne s'est pas méprise sur les objets de la requête qui consistent en la décision et l'ordre de quitter le territoire pris tous deux le 18 septembre 2012 et que l'organisation de sa défense n'a pu en être gênée.

3. Exposé du moyen d'annulation

La partie requérante prend un moyen unique, libellé comme suit :

« Violation de l'article 62 (motivation matérielle) et 9ter de la loi du 15.12.80 sur l'accès au territoire, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ainsi que de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

III. DEVELOPPEMENT DU MOYEN

Le requérant se réfère au n°109 de la Revue du Droit des Etrangers 2000, p. 323 et suivantes, reprenant la Jurisprudence du Conseil d'Etat concernant l'article 9, alinéa 3 de la loi du 15/12/1980 (1998-2000) dont l'extrait suivant :

« Lorsque des motifs d'ordre médicaux sont avancés à l'appui d'une demande, l'office des étrangers ne peut la rejeter sans violer l'obligation de motivation qu'en contredisant valablement les éléments d'ordre médical avancés par l'étranger. C'est-à-dire en produisant une contre argumentation en rapport avec le caractère précis et circonstancié des expertises, rapports de spécialistes et certificats fournis par celui-ci ainsi qu'en établissant que la capacité financière de l'étranger lui permet d'assumer les soins médicaux que son état requiert dans son pays d'origine. » (Frédéric Bernard, La régularisation des personnes en situation irrégulière, le cas de la Belgique », in actes du colloque odysseus. La régularisation des immigrés clandestins dans l'Union Européenne, Bruxelles, Bruylant, 2000).

En outre, selon la même jurisprudence du Conseil d'Etat, l'Office des Etrangers doit examiner la possibilité d'un suivi médical dans le pays d'origine en étant particulièrement attentif sur les aspects d'accessibilité économique concrète.

En l'espèce, la partie adverse ne conteste pas que le requérant souffre de syndrome dépressif sur stress post traumatique clinique, dont la sévérité sur l'échelle CGI est de 5/7.

Il est par ailleurs reconnu que le requérant suit un traitement médicamenteux (Sipralexa, Deanxit, Dominai, Mirtazapine) et qu'il est en thérapie psychiatrique et psychologique.

On relèvera tout d'abord que, ainsi que le Docteur [S.] en atteste le 28/11/2012 :

« Etant donné l'importance de la relation thérapeutique dans ce cas tout particulièrement (pour éviter les réactions disproportionnées déjà mentionnées), il faut éviter les changements de thérapeute. Il faut d'ailleurs admettre qu'une relation de confiance avec un thérapeute serait impossible en Algérie. Le cas de Monsieur [la partie requérante] se situe dans le contexte particulier des persécutions subies depuis des générations par sa communauté mozabite, et depuis moins de temps par sa propre famille ».

La nécessité d'un traitement continu se pose donc avec une acuité particulière dans le cadre d'une psychothérapie, impliquant une régularité absolument nécessaire.

Jugé à cet égard :

« Une interruption dans le traitement médical et psychothérapeutique suivi de façon soutenue par l'ensemble de la cellule familiale auprès de l'équipe sociale, médicale et psychiatrique précitée risquerait d'entraîner un traumatisme supplémentaire à chacun de ses membres qui ont déjà souffert, que ce soit sur le plan psychologique ou sur le plan physique en raison de brûlures, au-delà de ce qui est imaginable. Leur éloignement du territoire pour un nouvel exil comporterait, selon les

rapports médicaux et psychiatriques, des risques particulièrement importants et graves pour la santé psychique, voire même la vie des membres de la famille » (Tribunal du Travail de Bruxelles, 06.01.2006, RG 17.207/2005).

Se posent, pour le surplus, les questions relatives à l'accessibilité et à la disponibilité des soins psychiatriques en Algérie dont le requérant a besoin.

La partie adverse a mandaté son médecin-conseiller, le Docteur Thierry COSTE, qui a émis son évaluation du dossier médical du requérant en date du 24.08.2012.

Dans l'acte attaqué, la partie adverse fait état d'une part de la possibilité de recevoir, en Algérie, un traitement adéquat dans le chef du requérant et d'autre part, d'un système d'assurance maladie couvrant les soins médicaux pour les affiliés et la dispense de soins gratuits « dans le secteur public » ainsi que la gratuité des médicaments pour les personnes pauvres atteintes d'une maladie chronique ou handicapées.

Il convient donc d'examiner successivement ces points qui doivent être rencontrés, on le rappelle, de manière cumulative

1. Disponibilité du traitement requis

En ce qui concerne les médicaments prescrits au requérant, l'on constatait que seuls le Sipraléxa et le Mirtazapine semblent actuellement disponibles sur le marché algérien.

Les autres médications du requérant, à savoir le Deanxit et le Dominal, ne sont pas disponibles, mais pourraient, d'après le médecin-conseiller de l'Office des Etrangers, être utilement remplacés par la Quiétapine, l'Olanzapine ou le Risperdal.

Or, d'après le site <http://www.santemaghreb.com/medicaments>, aucun de ces trois médicaments précités ne figure pas sur les listes des médicaments disponibles en Algérie !

Rien ne permet donc de conclure que les médicaments dont a besoin le requérant seraient disponibles en Algérie.

Il en est de même de la référence dans l'acte attaqué à la disponibilité de l'hôpital Drid-Hocine en tant que structure sanitaire.

Ainsi, la lecture de l'article « Enquête sur la prise en charge des malades mentaux » publié sur le site Internet Algérie360 (<http://www.algerie360.com/algerie/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-malades-mentaux>) renseigne qu'il y a trop de malades, peu de lits, beaucoup d'espace disponible et de très nombreux patients renvoyés chez eux faute de place :

« Ainsi, ce qui apparaît pour tout observateur comme une véritable pléthore du personnel, est au contraire considéré comme insuffisant par les responsables chargés de l'établissement.

Jugeons-en : 4 médecins spécialistes en psychiatrie, 72 résidents, 19 hospitalo-universitaires, 4 psychologues orthophonistes, 1 pharmacienne, 1 médecin généraliste, 1 dentiste, 104 paramédicaux, 197 ouvriers professionnels toutes catégories, pour un établissement de 216 malades ».

Dans un pays où quasiment 10% de la population nécessiterait une prise en charge psychologique, le domaine de la santé mentale reste le parent pauvre de la santé en Algérie, comme le constate le Professeur Farid KACHA, chef de service à l'hôpital psychiatrique de Chéraga, dans un article intitulé « La maladie mentale parent pauvre de la santé en Algérie » sur le site <http://www.algerie-dz.com>:

« Seuls deux hôpitaux existent dans la capitale, celui de Chéraga et de Drid- Hocine, ce qui est insuffisant. Si Alger comptait à l'indépendance 600.000 d'habitants, on en est à quatre millions aujourd'hui, soit six fois plus d'habitants. Aucun hôpital psychiatrique n'a été construit à Alger, ni avant ni après l'indépendance. Si l'on compte les deux hôpitaux d'Alger, on se retrouve avec une capacité d'accueil de 240 lits seulement pour tout le wilaya. 13 hôpitaux sont programmés à Alger,

aucun d'entre eux n'est destiné aux maladies mentales. Pourtant, les troubles mentaux touchent de plus en plus d'Algériens, en raison d'un certain nombre de facteurs ».

2. Accessibilité du traitement requis

Concernant la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques en Algérie, il ressort de diverses articles internet que seuls deux établissements psychiatriques existent donc à Alger et ce, d'une capacité négligeable d'à peine 215 lits alors que d'après l'OMS, 5% de la population algérienne nécessiterait un traitement psychologique.

Toujours d'après une interview du Psychiatre Farid KACHA (<http://www.algerie-dz.com/article757.html>) :

« La côté social se pose avec acuité. Les malades qui sont dans la rue ne sont plus intégrés dans leur famille. Ils ont largué les amarres. Et là, la responsabilité de la famille n'est pas entièrement engagée dans la mesure où les temps sont durs et que la précarité s'installe. Avec la baisse du pouvoir d'achat et la cherté du médicament, il y a comme une espèce d'abandon forcé de la part de la famille du malade. Les prix du médicament ont augmenté de 10 fois, voire 15 fois en seulement une décennie. D'où l'incapacité de la famille de prendre en charge son malade, ou ses malades dans certains cas. Cela dit, un travail énorme devra être fait en direction de cette population (de malades) par le biais de la société civile. L'Etat est certes présent, mais il ne faut pas trop compter sur lui. On ne peut pas lui demander de résoudre tout. L'Etat, c'est lent. C'est le budget, c'est l'introduction de telle dépense pour tel chapitre». (pièce 5)

Dans une société où le suicide devient un véritable problème de santé public (voir à cet égard <http://www.santemaghreb.com/algerie/abid1112.htm>), les professionnels en la matière tirent la sonnette d'alarme puisque, en 1998, il était recensé 140.000 personnes à soigner pour 190 psychiatres dans le secteur public et 163 dans le secteur privé, 10 établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie, 8 services de psychiatrie dans les centres hospitaliers universitaires et 20 secteurs sanitaires disposant d'un service ou de consultations de psychiatrie (<http://www.algeria-watch.org/mrv/mrvrepr/troubles.htm>).

Plus récemment, à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale de la Santé Mentale en 2008, il a été établi qu'on enregistrait moins de 300 lits dans les deux services de psychiatrie que compte Alger pour les près de 80.000 patients (<http://www.algerie-dz.com/article15682.html>).

Trois ans plus tard, en 2011, le constat reste désolément le même : *« les ressources humains et financières allouées à la santé mentale restent insuffisantes, surtout dans les pays en voie de développement comme l'Algérie où les souffrances psychiques passent au second plan »* (<http://fr.allafrica.com/stories/201110241393.html>).

Aucun doute n'existe donc quant au fait qu'un grand nombre de patients restent donc en défaut de soins.

De surcroît, dans la société algérienne, évoquer une personne malade mentale reste un tabou, la convalescence et la guérison n'étant pas favorisées par un contexte d'exclusion sociales et/ou familiale du malade.

La partie adverse invoque une allocation forfaitaire de solidarité or le site <https://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/africa/algeria.pdf> nous informe que :

« Pour bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie, comme des prestations en espèces pendant les six premiers mois, l'assuré doit avoir travaillé au moins 15 jours ou 100 heures au cours du trimestre civil précédant la date des soins ou 60 jours ou 400 heures au cours des 12 mois précédant la date des soins.

Par ailleurs, le titulaire d'un avantage de sécurité sociale soumis à cotisation ou non [pension de retraite, pension d'invalidité, pension de réversion, rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité de travail d'au moins égale à 50 %, allocation de retraite, indemnité de l'assurance chômage..., les moudjahidines (pensionnés au titre de la législation des moudjahidines et victimes de guerre n'exerçant aucune activité professionnelle), les

personnes handicapées n'exerçant aucune activité dont le handicap a été reconnu par les services compétents de la wilaya] bénéficie des prestations en nature.

Pour pouvoir prétendre aux indemnités journalières au delà des six premiers mois l'assuré doit avoir travaillé pendant au moins 60 jours ou 400 heures de travail au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou pendant au moins 180 jours au cours des trois années qui ont précédé l'arrêt de travail.»

Le requérant ne pourrait donc bénéficier de ce système de régime social qui ne profite qu'aux travailleurs salariés.

La CNAS, renseignée par la partie adverse, est une caisse d'assurances sociales à laquelle cotisent les travailleurs salariés, et dont ne pourrait donc pas profiter le requérant.

Quant à un emploi éventuel, il y a lieu d'insister sur le fait que l'état de santé du requérant ne peut permettre que celui-ci prenne le risque de ne pas recevoir de médicaments dans l'hypothèse où il ne trouverait pas d'emploi.

Le requérant est en outre frappé de cécité quasi-totale, ce qui rend impossible toute recherche d'emploi. Il y a lieu de rappeler que le requérant a quitté l'Algérie en 2006, soit il y a plus de 6 ans, et n'y a plus ni père ni contact avec sa famille décimée.

Ce n'est donc que par pure clause de style que la partie adverse a envisagé la question de l'accessibilité aux soins car il est raisonnable de considérer qu'en cas de retour en Algérie, le requérant ne trouvera pas, dès son arrivée un travail ni par la suite un psychiatre et/ou les médicaments requis. Il sera donc privé de soins médicaux continus.

Si la partie adverse invoque enfin un rapport du mois de mai 2009 du Country sheet Algeria, d'après lequel « ces dernières années, la qualité des soins de santé s'est fortement améliorée en Algérie », il y a lieu de constater que ce rapport est antérieur aux pièces jointes à l'appui de la requête et développées supra.

De plus, ce rapport est rédigé en langue anglaise qui n'est pas la langue de la procédure et n'est pas traduit conformément à l'art. 8 de l'A.R. du 21.12.2006 fixant la procédure devant Votre Conseil.

Enfin, l'acte attaqué, en ce qu'il impose l'éloignement du requérant alors qu'il ne pourrait avoir accès aux soins nécessités dans son pays et en assumer les frais, ne respecte pas l'article 3 de la CEDH.

Que la vie du requérant serait mise en danger, ce qui s'apparenterait à un traitement inhumain et dégradant.

IV. SYNTHÈSE DES MOYENS INVOQUÉS ET RÉPONSES SUCCINCTES AUX ARGUMENTS DE LA PARTIE ADVERSE

a) Violation de l'article 62 (motivation matérielle) et 9 ter de la loi du 15.12.80 sur l'accès au territoire, l'établissement et l'éloignement des étrangers,

À la lecture du mémoire de la partie adverse, le requérant tient en outre à attirer l'attention de Votre Conseil sur les points suivants :

1) la partie adverse considère qu'il n'y a pas lieu de tenir compte du rapport médicale circonstancié du 28/11/2012 produit par le requérant, dès lors qu'il est ultérieur à la décision attaquée.

Il y a lieu, toutefois, d'y avoir égard, en ce qu'il confirme la nécessité d'un traitement ininterrompu et d'un suivi médical et thérapeutique du requérant, sans quoi celui-ci connaîtrait des dégâts psychiques incontestables.

2) La partie adverse fait grand cas de la gratuité des soins de santé dans le pays d'origine, sans tenir compte du fait que cette gratuité n'est acquise qu'aux travailleurs.

La partie adverse cite de la jurisprudence au terme de laquelle il conviendrait de tenir compte de la capacité à travailler, alors qu'il ressort que dans le cas d'espèce, la maladie des yeux dont est affecté le

requérant (en plus de ses problèmes psychiatriques sur lesquels s'est fondée sa demande d'autorisation de séjour) lui interdira certainement de trouver un emploi.

b) Violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Le requérant considère qu'il serait contraire à la dignité humaine de lui imposer son éloignement dans son pays d'origine, et, surabondamment, qu'un tel retour mettrait en péril sa santé et sa sécurité.

Contrairement à ce qui est prétendu par la partie adverse dans le cadre de son mémoire, le requérant a bien également visé l'ordre de quitter le territoire comme acte attaqué dans le cadre de son recours en annulation, au même titre que la décision de refus d'autorisation de séjour.

Dans le cadre de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme citée par la partie adverse, celle-ci ne tient pas compte des spécificités de la présente cause à savoir que :

- La stabilité de l'état du requérant dépend intégralement de la régularité de son traitement et du suivi thérapeutique dont il fait l'objet ;
- Le requérant représente actuellement un danger pour lui-même (idées noires et suicidaires)
- Le requérant ne peut plus compter sur l'aide et le soutien familial dans son pays d'origine, sa famille y ayant été décimée.
- Le requérant ne souffre pas seulement d'un choc post-traumatique, mais également de troubles cognitifs, d'anxiété invalidante, de dépression et de troubles du comportement, et ce depuis plusieurs années. »

4. Discussion

4.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire, que l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.* »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (cf. CE 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la loi 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. CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et

n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

4.2. En l'espèce, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante a fourni un certificat médical établi le 11 mars 2008 par le médecin psychiatre [S.], selon lequel le requérant souffre de troubles anxio-dépressifs d'origine psycho-traumatique. La partie requérante a par la suite complété son dossier avec d'autres certificats médicaux établis par le même médecin relatifs à l'évolution de la pathologie psychiatrique, un certificat d'examen oculaire réalisé par le médecin ophtalmologue [T.] à une date que le dossier administratif ne permet pas de connaître, qui constate que le requérant présente une myopie maligne avec choroïdose myopique atrophique bilatérale et la cicatrice d'une opération de décollement de la rétine de l'œil gauche, ainsi qu'une attestation du Service public fédéral Sécurité sociale datée du 16 novembre 2011 évaluant la réduction de capacité de gain du requérant à 1/3 d'une personne valide et une réduction de 11 points sur l'échelle de l'autonomie.

Dans son avis médical du 24 août 2012, le médecin conseil de la partie défenderesse indique que la pathologie active actuelle dont souffre le requérant est un syndrome dépressif sur stress post traumatique chronique, d'une sévérité de 5/7 sur l'échelle CGI (Clinical Global impression severity scale), qui nécessite un traitement médicamenteux spécifique et un suivi psychiatrique et psychologique, sous lesquels « *il n'y a pas de contre indication au voyage* ». Le médecin conseil examine ensuite la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi en Algérie :

« **Disponibilité des soins et du suivi en Algérie**

Sipralaxa, Deanxit, Dominai, Mirtazapine

Sipralaxa escitalopram antidépresseur est disponible en Algérie

Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) : information de la base de données MedCOI¹ : International SOS² *date de réponse 18.07.2011* avec le numéro de référence unique BMA-3522.

Deanxit : flupentixol + mélitracène, n'est pas disponible en Algérie. Mais de nombreux antipsychotiques sont disponibles en Algérie comme la Quiétapine, l'Olanzapine ou le Risperdal qui peuvent être substitué au Deanxit sans nuire à la sécurité médicale du requérant.

Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) : Information de la base de données MedCOI³ : International SOS⁴ *date de réponse 21.02.2011* avec le numéro de référence unique BMA-3330

Dominal, prothipendyl chlorhydrate : antipsychotique non disponible en Algérie. Cependant, de nombreux antipsychotiques sont disponibles en Algérie comme la Quiétapine, l'Olanzapine ou le Risperdal qui peuvent être substitué au Dominal sans nuire à la sécurité médicale du requérant

Ou encore : le Trifluoperazine, la Lévipromazine ou la Chlorpromazine

Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) :

Information de la base de données MedCOI⁵ :

International SOS⁶ *date de réponse 15.11.2011* avec le numéro de référence unique BMA-3700

Mirtazapine : antidépresseur est disponible en Algérie.

Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) :

Information de la base de données MedCOI⁷ :

International SOS⁸ *date de réponse 02.01.2012* avec le numéro de référence unique BMA-3778

Structure sanitaire, médecins psychiatres et psychologues

1. Le traitement et le suivi psychiatrique peuvent être assuré en ambulatoire

2. Le traitement en hospitalisation par un psychiatre est disponible
3. La psychothérapie cognitive comportementale est disponible en Algérie

Les sources suivants ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) :

Information de la base de données MedCOI⁹ :

International SOS¹⁰ *date de réponse 02.012011* avec le numéro de référence unique *BMA-3778*

Les structures sanitaires sont disponibles en Algérie :

L'hôpital Psychiatrique Drid-Hocine à Alger est disponible

Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) :

Information de la base de données MedCOI¹¹ :

International SOS¹² *date de réponse 03.01.2011* avec le numéro de référence unique *BMA-3274*.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Concernant accessibilité des soins, un système d'assurance maladie prenant en charge les coûts des consultations, les hospitalisations et les traitements. La législation met également à la charge de l'Etat les dépenses de soins aux démunis non assurés sociaux. Les soins sont ainsi gratuits dans le secteur public et rémunérés dans le secteur privé selon un barème des coûts des consultations et des interventions chirurgicales.

Le coût des médicaments, quant à lui, est remboursé par les caisses de sécurité sociale à hauteur de 80% du prix total et 20% par les mutuelles professionnelles.

Les personnes entrant dans la catégorie des malades chroniques, se voient, après avis et contrôle médical des services de la sécurité sociale, pris en charge totalement par la Caisse Nationale d'Assurances Sociales (C N A S). Pour les non-assurés sociaux, une demande doit être introduite auprès du bureau de la CNAS¹³. Ajoutons que le site Internet Social Security¹⁴ nous apprend que l'Algérie dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, maternité, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles, le chômage et les prestations familiales.

Notons à cet égard que Monsieur [la partie requérante] est en âge de travailler, que d'une part, son médecin traitant n'exclut pas qu'il puisse reprendre une activité professionnelle et d'autre part, son désir de vouloir travailler l'a amené d'introduire une demande de permis-de travail auprès du Service Public de Wallonie, une décision de refus a été prise le 12.10.2009. Dès lors, aucun élément ne nous permet de déduire qu'il serait dans l'incapacité de s'intégrer dans le monde du travail algérien et ainsi de subvenir à ses besoins en matière de santé.

Les soins sont donc disponibles et accessibles en Algérie.

3 Le projet Med-COI est un projet sur l'échange d'information existant, meilleures pratiques et développement d'une approche commune pour la collection et l'utilisation de COI médicale (country of origin information); le projet Med-COI est basé sur une initiative de la Service d'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, l'Office "Bureau Medische Advisering", compte 17 partenaires (16 pays Européens et International Centre for Migration Policy Development) et est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés).

Clause de non-responsabilité: Les informations fournies se limitent à la disponibilité des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'informations fournies au sujet de l'accessibilité aux soins."

⁴ International SOS est un groupe international proposant soins de santé, assistance médicale et services de sécurité. Il possède des cliniques dans plus de 70 pays et compte un réseau mondial de centrales d'urgence. International SOS s'engage par contrat à fournir des informations relatives à la disponibilité de soins médicaux dans des pays à travers le monde. De plus amples informations sur l'organisation se trouvent sur le site Internet d'International SOS <http://www.internationalsos.com/en>.

⁵

⁶ International SOS est un groupe international proposant soins de santé, assistance médicale et service

⁷ Le projet Med-COI est un projet sur l'échange d'information existant, meilleures pratiques et développement d'une approche commune pour la collection et l'utilisation de COI médicale (country of origin information); le projet Med-COI est basé sur une initiative de la Service d'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, l'Office "Bureau Medische Advisering", compte 17 partenaires (16 pays Européens et International Centre for Migration Policy Development) et est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés).

Clause de non-responsabilité: Les informations fournies se limitent à la disponibilité des soins médicaux, normalement dans une clinique donnée ou un institut de santé donné, dans le pays d'origine ; il n'y a pas d'informations fournies au sujet de l'accessibilité aux soins."

⁸ International SOS est un groupe international proposant soins de santé, assistance médicale et services de sécurité. H possède des cliniques dans plus de 70 pays et compte un réseau mondial de centrales d'urgence. International SOS s'engage

¹³ Country of Return Information Project, COUNTRY SHEET ALGERIA (EL JAZÂ'IR), mai 2009

¹⁴ Social Security online, Algeria, www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/africa/algeria.pdf ».

Le médecin conseil considère ensuite que « *Le requérant âgé de 42 ans est en Belgique depuis octobre 2006 et consulte le Dr [S.] en juillet 2007. Il a vécu l'assassinat de son père alors qu'il était âgé de 19 ans et présente un stress post traumatique 23 ans après l'événement responsable. Il n'y a pas de doute sur la chronicité de la pathologie et sur les difficultés de traitement rencontré par le psychiatre, en témoigne l'évolution du traitement avec des hauts et des bas et le pronostic réservé. En dépit de cela l'hospitalisation n'est pas envisagée et les antécédents ne révèlent aucun épisode paranoïde sérieux, ni tentative d'automutilation ou de suicide. L'évocation d'une éventuelle issue fatale est pratiquement toujours relevée dans de telles situations et elle l'est même dans plus ou moins 20 % de la population à un moment ou à un autre de la vie. S'il faut rester attentif, cette affirmation est le plus souvent spéculative. Certes, la durée de la procédure d'asile n'a pas amélioré la situation, l'intéressé ne s'intègre pas et son état psychique non plus.*

Pour notre part nous estimons donc que M. [la partie requérante], s'il est indispensable qu'il poursuive le traitement largement entamé en Belgique, ne présente pas un état de gravité telle que sa pathologie nécessite absolument une prolongation de son séjour en Belgique. Les médicaments, médecins et structures sanitaires sont disponibles en Algérie et rien, d'un point de vue médical, ne contre indique un retour en Algérie. »

Il conclut que « *le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine* », que « *le syndrome dépressif sur un stress post-traumatique chronique n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible en Algérie* » et que « *[d]u point de vue médical, il n'y a donc pas de contre indication à retour au pays d'origine.* »

4.3. Il ressort des termes de l'avis médical susmentionné qu'en relevant que le requérant souffre d'un syndrome dépressif sur stress post traumatique chronique dont la sévérité est évaluée à 5/7 sur l'échelle CGI, puis en examinant la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi en Algérie, le médecin conseil de la partie défenderesse ne conteste pas que la pathologie invoquée présente un certain degré de gravité et que le traitement médicamenteux et thérapeutique doit être poursuivi.

Dans un premier grief, la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte du certificat médical établi le 28 novembre 2012, qu'elle reconnaît être postérieur à la décision attaquée. A cet égard, le Conseil entend rappeler la jurisprudence administrative constante en vertu de laquelle les éléments qui n'avaient pas été portés par la partie requérante à la connaissance de l'autorité administrative en temps utile, c'est-à-dire avant que celle-ci ne prenne sa décision, ne peuvent 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. Le certificat médical précité étant ultérieur à la prise de décision, la partie défenderesse ne pouvait pas en tenir compte.

S'agissant de la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical, la partie requérante se borne à affirmer de manière péremptoire que ni les médicaments susceptibles de remplacer le Deanxit et le Dominal ni l'hôpital Drid-Hocine ne seraient existants en Algérie, sans étayer son allégation ou joindre à la requête une copie du site internet <http://www.santemaghreb.com/medicaments> auquel elle se réfère. Il convient de rappeler à cet égard que le Conseil est une juridiction administrative, dépourvue de pouvoir d'instruction, exerçant son contrôle de légalité de la décision sur la base du dossier de procédure et du dossier administratif.

Il ressort du dossier administratif et des sources documentaires y déposées par la partie défenderesse que s'ils ne sont pas disponibles en Algérie, les médicaments Deanxit et Dominal prescrits dans le traitement dont a besoin le requérant peuvent être remplacés par différents autres médicaments qui sont disponibles en Algérie, et qu'il existe un hôpital psychiatrique, l'hôpital Drid – Hocine, à Alger. L'avis médical du médecin conseil de la partie défenderesse apparaît donc adéquatement motivé sur ce point.

Quant au grief pris de l'insuffisance de l'offre de soins propres aux pathologies psychiatriques, le Conseil observe que la partie requérante confirme, documents à l'appui, que des établissements

spécialisés en psychiatrie existent à Alger, comme la présence de médecins psychiatres, de services de psychiatrie dans les centres hospitaliers universitaires et de secteurs sanitaires disposant d'un service ou de consultations de psychiatrie sur le territoire algérien, mais elle estime que leur nombre est insuffisant au regard du pourcentage de la population algérienne nécessitant un traitement psychologique. À cet égard, le Conseil entend rappeler que l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'une offre de traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison du niveau d'offre et de qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique.

S'agissant de l'argument suivant lequel la Caisse nationale d'assurances sociales (CNAS) renseignée par la partie défenderesse étant une assurance à laquelle cotisent les travailleurs salariés, la gratuité des soins de santé dans le pays d'origine ne serait acquise qu'à ceux-ci, le Conseil constate que dans son avis médical, le médecin conseil de la partie défenderesse a également mentionné que « [I]a législation met également à charge de l'Etat les dépenses de soins aux démunis non assurés sociaux » et « [I]es soins sont ainsi gratuits dans le secteur public ». Ce motif se vérifie à l'examen du dossier administratif.

A cet égard, la partie requérante sollicite l'écartement du rapport issu du site Country Sheet Algeria, au motif qu'il est rédigé en anglais, et dès lors non dans la langue de la procédure.

En vertu de l'article 8 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers, « *Les pièces que les parties veulent faire valoir sont communiquées en original ou en copie et doivent être accompagnées d'une traduction certifiée conforme si elles sont établies dans une langue différente de celle de la procédure.* » ; l'alinéa 2 de cette disposition précise qu'« *A défaut d'une telle traduction, le Conseil n'est pas tenu de prendre ces documents en considération* ».

Si le Conseil déplore le dépôt par la partie défenderesse de documents produits par son service de documentation en langue anglaise alors que la langue de la procédure dans la présente espèce est le français, il se rallie toutefois à la jurisprudence du Conseil d'Etat selon laquelle : « *si le français est la langue de la procédure, [...] il n'est pas interdit qu'un dossier contienne des informations établies dans une autre langue, [...] pour autant qu'il s'agisse d'une langue dont la connaissance, au moins passive, peut être présumée dans le chef de toute personne ayant un niveau d'instruction requis pour accéder au dossier où elle figure* » (Conseil d'Etat, arrêt n°178.960 du 25 janvier 2008).

En l'occurrence, le document litigieux est rédigé en anglais, soit dans une langue dont la connaissance, à tout le moins passive, peut être présumée dans le chef du conseil de la partie requérante, qui procède au demeurant à une traduction libre d'un passage dudit rapport et dépose également des documents rédigés en anglais. Les droits de la défense de la partie défenderesse ne peuvent dès lors avoir été méconnus et le Conseil décide de ne pas écarter ledit document.

Quant à l'allégation selon laquelle toute recherche d'emploi serait rendue impossible pour le requérant parce que ce dernier est frappé de cécité quasi-totale, le Conseil relève, à l'instar de la partie défenderesse dans sa note d'observations, qu'« [e]n tout état de cause, aucun document médical n'indiquait expressément que le requérant serait inapte à 100% au travail notamment en raison de « sa cécité quasi-totale » » et que « *la circonstance que le requérant ne pourrait trouver du travail ne permet pas de dire qu'il ne pourrait, dans ce cas là, bénéficier de la gratuité des soins dans le secteur public.* »

Par conséquent, outre que la partie requérante ne démontre pas qu'elle ne pourrait bénéficier de la gratuité des soins de santé dans son pays d'origine, il n'est pas davantage établi qu'elle ne pourrait accéder auxdits soins dans l'hypothèse où elle travaillerait.

4.4. S'agissant de la violation de l'article 3 de la CEDH invoquée, il résulte des développements qui précèdent que la partie requérante est en défaut de démontrer que la partie défenderesse n'aurait pas, en l'espèce, procédé à un examen aussi rigoureux que possible des risques, au regard de l'article 3 de la CEDH, d'un retour de la partie requérante dans son pays d'origine.

Il convient toutefois de rappeler que la partie défenderesse ne pourra procéder à l'éloignement forcé de la partie requérante si son état de santé est sérieux au point que cet éloignement constituerait une violation de l'article 3 de la CEDH (en ce sens, arrêt CE, n° 207.909 du 5 octobre 2010).

4.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen n'est pas fondé.

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

Article unique

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le sept août deux mille quinze par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY