



Arrêt

**n° 196 866 du 20 décembre 2017
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. de VIRON
Rue des Coteaux 41
1210 BRUXELLES**

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 DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 2 juillet 2012, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, prise le 30 mai 2012.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 27 octobre 2017 convoquant les parties à l'audience du 23 novembre 2017.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, président de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me H. GAMMAR *loco* Me I. de VIRON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 28 janvier 2008, le requérant a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges. Le 19 mai 2008, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire. Cette procédure s'est clôturée négativement, aux termes d'un arrêt n° 16 385, rendu le 26 septembre 2008.

1.2. Le 22 juin 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter 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). Cette demande a été déclarée recevable, le 6 juillet 2009.

1.3. Le 9 décembre 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été rejetée, le 3 avril 2010.

1.4. Le 30 mai 2012, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2., non fondée. Cette décision, qui a été notifiée au requérant, le 2 juin 2012, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« 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 [...], introduit par l'article 5 de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980.

Le médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a donc été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour en Guinée.

Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 23/05/2012, (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 au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager. Le médecin de l'OE conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Les soins sont donc disponibles et accessibles en Guinée.

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.

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 existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

2. Examen des moyens d'annulation.

2.1. La partie requérante prend, notamment, un premier moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 124, 126, § 2, et 141 du Code de déontologie médicale, des articles 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, du « principe général de bonne administration », et de l'« obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause », ainsi que de l'« erreur dans l'appréciation des faits » et de l'excès de pouvoir.

A l'appui d'une première branche, elle critique notamment l'avis du médecin fonctionnaire en ce qu'il « conteste le diagnostic émis par le médecin traitant de la requérante », faisant valoir à cet égard qu'« Il en tire comme conséquence que le requérant n'est pas si gravement atteint et qu'il peut retourner dans son pays d'origine pour bénéficier des soins requis. Il estime en outre que sur base des informations données par le requérant dans le cadre de sa demande d'asile, sa famille présente au pays peut être un soutien thérapeutique pour la maladie dont il souffre. Il précise en effet que : « un état de dépression sévère avec hallucinations visuelles et auditives doit être interprété avec prudence car le discours du requérant peut être influencé par son vécu culturel et donner l'impression d'une «dérive psychotique alors qu'il s'agit d'une imprégnation ethnique faisant référence à des convictions religieuses et animistes profondément ancrées dans l'histoire du requérant » « ...Quant aux causes réelles de sa dépression, il est évident que le déracinement [du requérant] et la rupture avec la famille sont probablement les principales raisons de son État dépressif. Un article sur l'épidémiologie, la clinique et les facteurs étiologiques des bouffées délirantes et du au Togo, à partir d'une enquête hospitalière, rapportent clairement que, concernant l'existence des bouffées délirantes aiguës en Afrique sont favorisées par l'urbanisation, l'acculturation, la migration et les facteurs de développement ; et qu'aux affectives, organiques, toxicomaniaque, et iatrogènes seraient souvent difficiles à mettre d'emblée en évidence. » ». Reprochant audit médecin fonctionnaire de ne pas avoir examiné le requérant, elle ajoute que « Les conséquences tirées par le médecin conseiller s'appuyant sur des hypothèses théoriques d'un diagnostic, non confrontées à l'état de santé concret du requérant après avoir réalisé une anamnèse précise, ne peuvent être qu'aléatoires et très incertaines ; Les assertions qu'il fait sur la santé psychique du patient ne peuvent qu'être hypothétiques puisqu'il ne l'a pas vu. Comment peut-il affirmer : « dérive psychotique alors qu'il s'agit d'une imprégnation ethnique faisant référence à des convictions religieuses et animistes profondément ancrées dans l'histoire du requérant » Il n'est nullement établi par le dossier médical fourni par le médecin traitant que le requérant est animiste ou a des convictions religieuses qui ont une incidence sur sa pathologie. [...] ».

A l'appui d'une quatrième branche, contestant le constat de la disponibilité des soins au pays d'origine, la partie requérante fait valoir que « Dans les soins à poursuivre, le médecin conseiller reconnaît avec le médecin traitant la nécessité de pouvoir bénéficier d'une consultation psychiatrique bi mensuelle. Nulle part dans l'avis du médecin conseiller, n'est vérifié la possibilité de pouvoir bénéficier d'une consultation chez un psychiatre de manière bi mensuelle. Le rapport produit par le requérant laisse apparaître qu'en 2010, il n'y avait qu'un seul psychiatre pour tout le pays, le rapport précise « qu'il n'existe actuellement aucune possibilité de prise en charge psychiatrique ou psychologique dans le pays » [...] Le médecin conseiller fait donc l'impasse sur cette véritable carence d'offre de psychiatre et estime donc que le requérant peut être

valablement soigné par un médecin traditionnel traitement nullement mis en place et nullement préconisé par le médecin traitant du requérant. Le médecin conseiller n'a donc pas vérifié concrètement que les soins indispensables au requérant pouvaient être poursuivis dans son pays d'origine, fait formellement contredit par le rapport déposé par le requérant auquel le médecin conseiller ne daigne même pas répondre. [...] ».

2.2. Sur ces aspects du premier moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1, 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 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements 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.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une

motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

2.3.1. En l'occurrence, à la lecture des pièces versées au dossier administratif, le Conseil constate qu'à l'appui de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2. du présent arrêt, et notamment dans un complément du 14 décembre 2010, le requérant a fait valoir les éléments suivants : « Il y a quatre mois, les médecins ont diagnostiqué chez le requérant une dépression majeure avec caractéristiques psychotiques pour laquelle un traitement et une prise en charge spécialisés se sont mis en place progressivement à Bruxelles. [...] [Le requérant] souffre de problèmes médicaux sérieux qui rendent impossible tout retour dans son pays d'origine. En effet, les médecins lui ont diagnostiqué une dépression majeure avec caractéristiques psychotiques sévères qui nécessite un traitement et un suivi médical spécialisés. [Le requérant] ne peut donc envisager un retour en Guinée puisqu'il suit actuellement ce traitement à Bruxelles. Le certificat médical établi par le Dr [N.], assistante en psychiatrie au Centre de Santé Mentale Chapelle-aux-Champ, atteste qu'un retour vers son pays d'origine est difficile à envisager car le traitement ne peut être interrompu, les soins ne peuvent être poursuivis dans le pays d'origine étant donné qu'il est permis de douter de la pertinence des soins psychiatriques en Guinée au vu de la situation politique actuelle. De plus, un rapport de l'« Organisation Suisse D'Aide aux Réfugiés », publié le 14.10.2010, que vous trouverez ci-joint, pointe que dans le domaine de la santé en général, aucun lit n'est prévu pour les patients présentant des troubles mentaux en Guinée et qu'un seul hôpital national public possède un service de psychiatrie, Dans les hôpitaux (privés) où un service psychiatrique est présent, l'OMS estime que le nombre de lits est de 0,05 pour 10.000 habitants. Il est à noter également qu'il n'existe dans le pays qu'un seul psychiatre, qu'aucune formation dans le domaine de la santé mentale n'est dispensée à ce jour et qu'aucun budget n'est alloué par l'Etat aux soins de santé mentale. En ce qui concerne les médicaments psychotropes, le rapport mentionne que ces médicaments ne sont pas toujours disponibles dans le pays et sont extrêmement coûteux, ce que confirme un rapport de l'OIM. [...] En vertu des éléments précités, il serait extrêmement préjudiciable [au requérant] d'être contraint de retourner en Guinée. En effet, comme vous pourrez le constater sur le certificat médical joint, le requérant nécessite des soins psychiatriques réguliers et le pronostic vital dépend de l'évolution du traitement [du requérant]. Par contre, les risques de suicide ou de passage à l'acte auto-agressif sont élevés en cas d'arrêt du traitement médical. Si [le requérant] retourne dans son pays d'origine et qu'il n'a pas de traitement adéquat, l'évolution de sa maladie pourrait avoir des conséquences dramatiques. Ainsi, étant donné que [le requérant] a besoin de soins médicaux spécifiques, que ces soins doivent être prodigués en Belgique, que tout retour vers son pays d'origine serait susceptible de nuire à son état de santé physique et psychique, je vous serais extrêmement reconnaissante d'examiner cette demande avec indulgence et de déclarer la présente fondée. [...] ».

A l'appui de cette demande, le requérant a produit, notamment, un certificat médical type établi le 17 novembre 2010, par l'assistante en psychiatrie assurant son suivi médical, qui indique que ce dernier présente un « tableau d'allure psychotique sévère depuis 4 mois sur fond d'état dépressif majeur. (état dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques », pathologie pour laquelle il suit un traitement médicamenteux et nécessite un suivi psychiatrique régulier. Un certificat médical type établi par le même praticien le 22 juillet 2011, précise que le requérant présente un « tableau évocateur d'un trouble schizophrénique actuellement non décompensé sur le plan des symptômes positifs mais avec présence de symptômes négatifs à minima », qu' « au vu du caractère chronique du trouble schizophrénique, un traitement chronique est nécessaire et ce d'autant plus de la stabilisation obtenue avec la médication actuelle », et qu'un arrêt du traitement entraînerait une « rechute du tableau hallucinatoire avec risque de passages à l'acte auto-agressif au vu du type [mot illisible] suicidaire, des hallucinations auditives » et un « risque de passage à l'acte [mot illisible] non exclu au vu des éléments paranoïdes à certains

moments ». Le requérant a également consulté un psychiatre, lequel a indiqué dans un certificat médical du 24 avril 2012, que le ce dernier souffre d'une « trouble psychotique caractérisé par de la méfiance et des hallucinations auditives et visuelles. Cette symptomatologie génère de l'anxiété et des effets dépressifs », que le traitement sera nécessaire pendant plusieurs mois voire plusieurs années en fonction de l'évolution des symptômes, qu'un arrêt du traitement entraînerait une « décompensation psychotique aigüe » et un « risque de suicide sous injonction hallucinatoire », et que « la pathologie semble se chroniciser et une disparition de la maladie semble peu probable ».

Le Conseil observe que le rapport établi par l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés, publié le 14 octobre 2010, intitulé « Guinée Conakry : possibilités de prise en charge psychiatrique et traitement des PTSD » (ci-après : le rapport OSAR), auquel renvoie la demande d'autorisation de séjour du requérant, fait état des éléments suivants s'agissant de la disponibilité du suivi psychiatrique requis : « [...] les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, pourtant en augmentation dans le pays, sont sous-financées. Malgré la présence d'un programme national de santé mentale, aucun budget n'est alloué par l'Etat aux soins de santé mentale. Un seul hôpital national public possède un service de psychiatrie [...]. Dans les hôpitaux généraux ainsi que dans d'autres domaines de la santé, aucun lit n'est prévu pour les patients présentant des troubles mentaux. Dans les hôpitaux où un service psychiatrique est présent, l'OMS estime que le nombre de lits est de 0,05 pour 10 000 habitants. Les premières sources de financement pour ce type de soins sont les dépenses des patients ou de leurs familles. Il existe dans le pays 1 seul psychiatre et aucune formation dans le domaine de la santé mentale n'est dispensée. [...] Selon les informations récoltées auprès de personnes de contact en Guinée et d'ONG travaillant en Guinée dans le domaine de la santé, il n'existe actuellement aucune possibilité sérieuse de prise en charge psychiatrique ou psychologique dans le pays. Le centre hospitalier Donka à Conakry est le seul hôpital public qui possède un service de psychiatrie. Selon la responsable du service de psychiatrie, le Docteur [M.B.], une prise en charge individuelle peut être fournie à l'hôpital Donka. Toutefois, le Docteur [B.] estime que la situation sociopolitique et la pauvreté actuelle rendent très difficile toute forme de prise en charge dans le pays. Un rapport d'évaluation de la performance de ce CHU mené par la Direction des Etablissements Hospitaliers des Soins sous la direction du Ministère de la Santé en 2004 a en outre montré que le fonctionnement et les performances de l'hôpital Donka et notamment du service psychiatrique sont très faibles. Le service de psychiatrie et de réanimation en particulier ont été notés avec moins de 20 points sur un total de 69. Une organisation non gouvernementale travaillant en Guinée dans le domaine de la santé nous a confirmé que les soins disponibles à l'hôpital Donka étaient inadéquats. [...] Le Docteur [...] du service psychiatrique de l'hôpital Donka a affirmé que l'approche disponible au sein du service psychiatrique de l'hôpital Donka n'est pas soutenue par un suivi socio-éducatif ou social. [...] En Guinée il n'existe actuellement aucune possibilité sérieuse de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique. L'offre existante est très limitée et aucun suivi socio-éducatif n'est proposé. [...] ».

2.3.2. Relevant que le requérant souffre d'une dépression sévère avec tableau psychotique, pour laquelle il suit un traitement médicamenteux et bénéficie d'un suivi psychiatrique bimensuel, le fonctionnaire médecin relève dans son avis, établi le 23 mai 2012, et sur lequel repose l'acte attaqué, que : « *Un état de dépression sévère avec hallucinations visuelles et auditives doit être interprété avec prudence car le discours du requérant peut être influencé par son vécu culturel et donner l'impression d'une dérive psychotique alors qu'il s'agit d'une imprégnation ethnique faisant référence à des convictions religieuses et animistes profondément ancrées dans l'histoire du requérant* Compte-tenu de cette réalité, la sévérité de la pathologie peut être relativisée. Ajoutons que si la sévérité de la dérive psychotique avait été si importante, une hospitalisation aurait été nécessaire, ce qui n'a pas encore été le cas plus de quatre ans après son entrée en Belgique. Par ailleurs, l'avis d'une assistante en psychiatrie, sans mettre en doute les connaissances théoriques du médecin, devrait s'appuyer sur un 2e avis d'un psychiatre expérimenté en ethnopsychiatrie, avant de confirmer la prédominance d'une psychose dans la dépression [du requérant]. Quant aux causes réelles de sa dépression, il est évident que le déracinement [du requérant] et la rupture avec sa famille sont probablement les principales raisons de son éta[t] dépressif. Un article sur l'épidémiologie, la clinique et les facteurs étiologiques des bouffées délirantes aigües au Togo, à partir d'une enquête hospitalière, rapporte clairement que, concernant l'existence des bouffées délirantes aiguës en Afrique sont favorisées par l'urbanisation, l'acculturation, la migration et les facteurs

de développement ; les causes affectives, organiques, toxicomaniaques et iatrogènes seraient souvent difficiles à mettre d'emblée en évidence. J'estime les certificats médicaux produits de nature à rendre un examen clinique superflu ».

S'agissant de la disponibilité du suivi psychiatrique nécessaire au traitement de la pathologie du requérant, l'avis médical susmentionné fait également état des éléments suivants :

« [...] une consultation chez un psychiatre est disponible à Conakry.

Cette information a été reprise du site Medcoi à la référence : REQUEST NUMBER : GN -2378 - 2012.

Un article d'une communication présentée en 2011 en France sur les substances psychoactives à Conakry témoigne de l'activité de recherche du service de psychiatrie du CHU de Conakry http://www.globe-network.org/?-Communications-libres-&id_article=4028.

Un article très intéressant sur l'épidémiologie, la clinique et les facteurs étiologiques des bouffées délirantes aiguës au Togo, à partir d'une enquête hospitalière et qui montre l'intérêt et la profonde connaissance de ce problème en Afrique. L'article sur le plan thérapeutique souligne l'importance du rôle de la famille et des praticiens de la médecine traditionnelle dans les pays africains <http://www.revuemedecinetropicale.com/137-142 - ao - nubukpo.pdf>.

Un article démontrant l'existence d'un fonctionnement satisfaisant de l'hôpital National de Donka dans le traitement des affections mentales et l'usage des médicaments

http://www.conakryonline.com/index.php?id=7&tx_ttnews%5Btt_news%5D=45&cHash=c08abe59b3a4debb0065e65e9b4f8659.

Un article sur les journées de santé mentale en Guinée Conakry en 2010 montre l'implication de l'OMS dans l'amélioration de la prise en charge des affections mentales

www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task ».

Enfin, après avoir constaté que les soins et traitement requis sont également accessibles au pays d'origine du requérant, le fonctionnaire médecin a conclu que « Bien que la sévérité de la dépression [du requérant] puisse être mise en doute et si même elle était effectivement active, les médicaments et un service de psychiatrie sont disponibles à Conakry. Par ailleurs, il est évident que c'est dans son pays que l'intéressé pourra le mieux échanger et exprimer ses angoisses avec sa famille et les praticiens de la médecine traditionnelle. Le requérant, étant au point de vue médical, capable de voyager, il n'y a donc pas de contr[e]-indication [à son] retour [...] en Guinée Conakry. L'intéressé ne souffre pas 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 en Guinée. Du point de vue médical, nous pouvons conclure que la dépression, bien qu'elle puisse être considérée comme une pathologie entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique si celle-ci n'est pas traitée de manière adéquate, n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Guinée D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Guinée ».

2.3.3. A cet égard, le Conseil observe qu'en vue d'établir la disponibilité des soins, le fonctionnaire médecin s'est fondé, notamment, sur une information figurant dans la réponse à une requête MedCOI du 23 février 2012, portant le numéro de référence GN-2378-2012, dans laquelle le Professeur [D.] du CHU Donka, affirme que le psychiatre de l'hôpital peut dispenser un suivi psychiatrique au sein de l'hôpital et en ambulatoire, ainsi qu'un suivi psychothérapeutique. Or, force est de constater que cette seule réponse ne peut suffire à énerver le constat découlant des informations relevées dans le rapport OSAR, produit par le requérant, selon lequel « En Guinée il n'existe actuellement aucune possibilité sérieuse de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique. L'offre existante est très limitée et aucun suivi socio-éducatif n'est proposé ». En effet, compte tenu de la nécessité pour le requérant d'être suivi par un psychiatre deux fois par mois, ce qui n'est pas contesté par le fonctionnaire médecin, il ne peut être raisonnablement conclu, qu'en cas de retour en Guinée, ce dernier bénéficiera du suivi requis au traitement de la pathologie dont il souffre, dès lors qu'une telle prise en charge ne peut être assurée que par un seul psychiatre.

Sur ce point, le Conseil observe qu'il ressort de l'article publié sur le site « http://www.conakryonline.com/index.php?id=7&tx_ttnews%5Btt_news%5D=45&cHash=c08abe59b3a4debb0065e65e9b4f8659 », que « La responsable du service Psychiatrie de l'Hôpital National de Donka (HND) [...] a indiqué [...], que son service ne traite que des pathologie mentales et les problèmes liés aux troubles du comportement dû[s] à la consommation des substances actifs dont l'alcool et autres produits tels que les drogues. [...] [Elle] a précisé, qu'actuellement parmi les 52% des malades pensionnaires de ce service, se trouvent 15 femmes souffrantes de dépressions mentales dues aux problèmes liés à l'accouchement et aux différentes formes de violences qu'elles ont subi. [...] ». Partant, contrairement à la considération du fonctionnaire médecin selon laquelle cet article démontre « *l'existence d'un fonctionnement satisfaisant de l'hôpital National de Donka dans le traitement des affections mentales et l'usage des médicaments* », le Conseil estime qu'il ne peut raisonnablement en être déduit que la prise en charge de la pathologie du requérant, à savoir une dépression sévère avec tableau psychotique, pourra être correctement réalisée dans cet hôpital.

Par ailleurs, force est de relever que, d'une part, l'article publié sur le site « http://www.globe-network.org/?-Communications-libres-&id_article=4028 », qui selon le fonctionnaire médecin, témoigne « *de l'activité de recherche du service de psychiatrie du CHU de Conakry* », et d'autre part, l'article publié sur le site « www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task », montrant selon lui « *l'implication de l'OMS dans l'amélioration de la prise en charge des affections mentales* », portent tous deux sur la problématique des problèmes de santé mentale causés par l'usage de substances psychoactives. Dès lors, le Conseil considère que dans la mesure où il ne ressort nullement des éléments médicaux versés au dossier administratif que la pathologie du requérant résulte de la consommation de telles substances, ces éléments ne sont pas de nature à établir la disponibilité du suivi psychiatrique nécessaire au traitement de la pathologie du requérant.

Partant, la conclusion posée par le fonctionnaire médecin, dans son avis, selon laquelle « *Bien que la sévérité de la dépression [du requérant] puisse être mise en doute et si même elle était effectivement active, les médicaments et un service de psychiatrie sont disponibles à Conakry. Par ailleurs, il est évident que c'est dans son pays que l'intéressé pourra le mieux échanger et exprimer ses angoisses avec sa famille et les praticiens de la médecine traditionnelle. Le requérant, étant au point de vue médical, capable de voyager, il n'y a donc pas de contre-indication [à son] retour [...] en Guinée Conakry. L'intéressé ne souffre pas 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 en Guinée. Du point de vue médical, nous pouvons conclure que la dépression, bien qu'elle puisse être considérée comme une pathologie entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique si celle-ci n'est pas traitée de manière adéquate, n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Guinée D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, la Guinée* », ne peut être considéré comme suffisante et adéquate.

A titre surabondant, le Conseil estime utile d'observer, s'agissant du constat posé par le fonctionnaire médecin, dans son avis, selon lequel « *Un état de dépression sévère avec hallucinations visuelles et auditives doit être interprété avec prudence car le discours du requérant peut être influencé par son vécu culturel et donner l'impression d'une dérive psychotique alors qu'il s'agit d'une imprégnation ethnique faisant référence à des convictions religieuses et animistes profondément ancrées dans l'histoire du requérant Compte-tenu de cette réalité, la sévérité de la pathologie peut être relativisée* », que bien

qu'il ne s'agit pas d'un élément de motivation, apparaît, en tout état de cause, comme une simple hypothèse médicale et ce d'autant plus que ledit fonctionnaire médecin reste en défaut d'indiquer sur quelle littérature médicale il se fonde.

De surcroît, le Conseil observe, s'agissant de l'affirmation selon laquelle « *l'avis d'une assistante en psychiatrie [...] devrait s'appuyer sur un 2e avis d'un psychiatre expérimenté en ethnopsychiatrie, avant de confirmer la prédominance d'une psychose dans la dépression [du requérant]* », que le fonctionnaire médecin restant en défaut de démontrer, la nécessité de consulter un spécialiste en ethnopsychiatrie, en l'espèce, une telle affirmation relève dès lors de la pure hypothèse. Le Conseil estime en outre que le fonctionnaire médecin ne peut être suivi s'agissant de l'allégation selon laquelle il « *est évident que le déracinement [du requérant] et la rupture avec sa famille sont probablement les principales raisons de son éta[t] dépressif* ». Outre qu'une telle allégation revêt également un caractère hypothétique – le fonctionnaire médecin faisant d'ailleurs usage de l'adverbe « *probablement* » –, le Conseil s'interroge sur sa pertinence en ce qu'elle se fonde sur l'article intitulé « *Epidémiologie, clinique et facteurs étiologiques des bouffées délirantes aiguës (BDA) au Togo – à partir d'une enquête hospitalière* ». En effet, il découle de la lecture de cet article que les patients ayant participé à cette étude clinique avaient notamment tous en commun l'élément suivant : « *Evolution marquée par l'absence de chronicité : guérison le plus souvent subite, parfois progressive ; on peut observer des rechutes espacées sous la même forme. Les sujets retenus pour cette étude étaient totalement guéris sous traitement ou non à 1 mois et demi ; à noter que dans notre série tous ont été traités* ». Partant, alors que le fonctionnaire médecin reste en défaut d'établir que le requérant souffre de bouffées délirantes aiguës, force est de constater qu'il ne ressort nullement des éléments médicaux, susmentionnés, produits à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, qu'il puisse être raisonnablement considéré que celui-ci souffre d'une telle pathologie, les différents certificats médicaux produits faisant, au contraire, état du caractère chronique de sa pathologie. La circonstance que le requérant n'ait jamais été hospitalisé n'est pas de nature à énerver les considérations qui précèdent.

2.3.4. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon laquelle elle « *n'aperçoit pas en quoi l'avis de son médecin serait théorique ni en quoi le fait d'examiner la partie requérante l'aurait rendu moins théorique*. Elle estime en outre que la partie requérante qui ne conteste pas en termes de recours qu'elle est animiste et a des convictions religieuses qui ont une incidence sur sa pathologie n'a pas intérêt à critiquer les considérations de l'avis du médecin-fonctionnaire à ce propos », n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

2.4. Il résulte de ce qui précède que ces aspects susmentionnés du premier moyen étant fondés, il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects de ce moyen, ni le second moyen qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus

3. Débats succincts.

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

3.2. L'acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

