



Arrêt

**n° 204 363 du 25 mai 2018
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. GARDEUR
Rue Lieutenant Lozet 3/1
6840 NEUFCHATEAU**

contre:

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

LA PRÉSIDENTE DE LA VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 14 décembre 2017, en son nom et au nom de ses enfants mineurs, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 9 novembre 2017.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 2 mars 2018 convoquant les parties à l'audience du 29 mars 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me S. JANSSENS *loco* Me A. GARDEUR, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *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. Le 23 juillet 2012 et le 16 septembre 2013, la requérante a introduit, successivement, une demande d'asile auprès des autorités belges.

Ces procédures se sont clôturées, négativement, aux termes, respectivement, d'un arrêt n° 103 280, prononcé le 22 mai 2013, par lequel le Conseil de céans a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire, et d'un arrêt n°150 986, prononcé le 18 août 2015, par lequel le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre d'une décision de refus de prise en considération d'une demande d'asile, prise le 13 juillet 2015, par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides.

Le 19 septembre 2015, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, à l'encontre de la requérante.

Le 28 juin 2016, aux termes d'un arrêt n°170 723, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre de cet ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile.

1.2. Le 22 septembre 2015, la requérante 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 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Le 3 octobre 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante.

Le 23 mars 2017, aux termes d'un arrêt n°184 257, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour.

1.3. Le 14 janvier 2017, la requérante 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.

Cette demande a été déclarée recevable, le 20 avril 2017.

1.4. Le 9 novembre 2017, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point précédent, non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées, le 16 novembre 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée (ci-après le premier acte attaqué) :

« Les intéressés invoquent un problème de santé chez [l'enfant mineur de la requérante] à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour justifiant, selon eux, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 le Congo (R.D.), pays d'origine des requérants.

Dans son avis médical remis le 07.11.2017, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît 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 ou 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 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 de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

« 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'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Question préalable.

2.1.1. Dans sa note d'observations la partie défenderesse soulève une première exception d'irrecevabilité, « en ce [que le recours] est introduit au nom des enfants mineurs de la requérante. En effet, les enfants sont représentés exclusivement par leur mère et cette dernière n'a pas indiqué les raisons, en droit ou en fait, pour lesquelles le père de ces enfants, [...] ne pouvait intervenir à la cause en cette même qualité. Or, aux termes de l'article 376 du Code civil, les père et mère, exerçant conjointement leur autorité parentale, représentent ensemble leurs enfants mineurs. [...] ».

2.1.2. Le Conseil observe qu'il n'est pas contesté que les enfants mineurs de la requérante, au nom desquels elle agit en sa qualité de représentante légale, n'ont pas, compte tenu de leur jeune âge, le discernement ni la capacité d'agir requis pour former seuls un recours en annulation devant le Conseil de céans.

D'autre part, le Conseil rappelle que l'article 35, § 1er, alinéa 2, du Code de droit international privé dispose comme suit: « [...] l'exercice de l'autorité parentale ou de la tutelle est régi par le droit de l'Etat sur le territoire duquel l'enfant a sa résidence habituelle au moment où cet exercice est invoqué. [...] ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil constate qu'il convient, en l'occurrence, de faire application du droit belge, les enfants mineurs de la requérante ayant leur résidence habituelle sur le territoire du Royaume au moment de l'introduction du recours.

A cet égard, le Conseil observe que le droit belge prévoit que l'autorité parentale est régie par les articles 371 et suivants du Code civil. Il ressort plus particulièrement des articles 373 et 374 dudit Code que les parents exercent une autorité parentale conjointe sur les enfants qu'ils vivent ensemble ou non.

S'agissant de la représentation du mineur, le législateur a instauré une présomption réfragable vis-à-vis des tiers de bonne foi, ce qui permet à chaque parent d'agir seul, l'accord de l'autre parent étant présumé. Cette présomption ne concerne toutefois que les actes relatifs à l'autorité sur la personne (art. 373, alinéa 2, du Code civil) et la gestion des biens (article 376, alinéa 2, du même Code), et ne concerne pas le pouvoir de représentation dans le cadre d'un acte procédural (en ce sens: C.E. 18 septembre 2006, n° 162.503; C.E. 4 décembre 2006, n°165.512; C.E. 9 mars 2009, n°191.171).

Il s'en déduit que, dans le cadre d'un recours contre un acte administratif, les parents doivent agir conjointement en qualité de représentants légaux de leur enfant, sauf si l'un d'eux démontre exercer l'autorité parentale de manière exclusive.

2.1.3. A cet égard, la partie requérante soutient avoir fait valoir, dans l'exposé des faits de la requête, que l'époux de la requérante a disparu, élément dont elle s'est par ailleurs prévalu devant les instances d'asile, en telle sorte qu'elle pouvait valablement agir seule en qualité de représentante légale de ses enfants mineurs.

Le Conseil estime toutefois que cette seule circonstance ne peut suffire à justifier que la requérante agisse seule au nom de ses enfants mineurs, dès lors que les allégations relatives à la disparition de son époux n'ont pas été jugées comme suffisamment établies par les instances d'asile.

2.1.4. Toutefois, le Conseil ne peut que constater qu'une simple lecture des actes attaqués révèle que la requérante est l'unique destinataire desdits actes, en telle sorte qu'elle justifie d'un intérêt direct à solliciter l'annulation de ces actes.

Le recours est donc recevable en ce qu'il est introduit par la requérante, en son nom personnel.

2.2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève une seconde exception d'irrecevabilité « en tant que [le recours est] dirigé à l'encontre de l'ordre de quitter le territoire ». A cet égard, elle fait valoir que « Le recours vise la décision déclarant non fondée la demande 9ter et l'ordre de quitter le territoire qui ont été pris le 9 novembre 2017. Cependant, la partie requérante dirige ses griefs uniquement à l'encontre de la décision déclarant non fondée sa demande d'autorisation de séjour 9ter. Aucun grief précis et spécifique n'est formé à l'encontre de l'ordre de quitter le territoire de même date. [...] » et renvoie à une jurisprudence du Conseil de céans.

2.2.2. A cet égard, le Conseil constate que le recours est dirigé contre les deux actes visés au point 1.4. Par ailleurs, dès lors que l'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre de la requérante, constitue l'accessoire du premier acte attaqué, l'argumentation de la partie défenderesse ne peut être suivie. En effet, l'annulation du premier acte attaqué aurait pour effet de replacer la requérante au stade de l'examen du bien-fondé de sa demande d'autorisation de séjour. Dès lors, dans la mesure où la décision prise à l'égard du premier acte attaqué est susceptible d'avoir une incidence sur le second acte attaqué, il s'indique, afin d'éviter toute contradiction qui serait contraire à une bonne administration de la justice, de les examiner conjointement.

3. Examen du moyen d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter, 62 et 74/13 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 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, des articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, « des droits de la défense dont le droit d'être entendu et du principe audi alteram partem », du principe de bonne administration, du devoir de soi[n] et de minutie, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation, « de l'inexactitude de l'acte attaqué » et « de l'insuffisance de motivation ».

A l'appui d'une première branche, la partie requérante fait notamment valoir que « Que, contrairement à ce qu'indique le médecin conseiller dans son avis, le Dr [K.] est pédopsychiatre et pas généraliste ; [...] Que, pour en arriver à cette conclusion, que les soins sont disponibles au pays d'origine, le médecin conseiller de la partie adverse fait [...] référence, pour la question de la disponibilité des soins, à une base de données non publique dans le cadre d'un projet nommé MedCOI [...] Que selon le médecin conseiller, ayant fait une recherche dans cette base de données, le suivi et le traitement seraient disponibles en RDC ; [...] Que le médecin conseiller ne fait [...] pas valoir qu'un pédopsychiatre pourrait suivre [l'enfant mineur de la requérante] en RDC ; Que la décision attaquée n'établit nullement que les soins adéquats pour le suivi de [l'enfant mineur de la requérante] seraient disponibles en RDC ; [...] Que force est de constater que la partie adverse ne démontre nullement que [l'enfant mineur de la requérante] pourrait être traité de manière appropriée en RDC et n'a également nullement tenu compte de sa situation individuelle [...] ».

3.2. Sur cet aspect du 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.

Le Conseil souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer en présence d'un recours semblable à celui de l'espèce, s'il lui incombe de vérifier si l'autorité n'a pas tenu pour établi 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 (cfr. dans le même sens, RvSt., n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005), il n'est, en revanche, pas compétent pour substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente.

3.3. En l'occurrence, à la lecture des pièces versées au dossier administratif, le Conseil observe que la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.3. du présent arrêt, fait notamment état des éléments suivants : « La requérante joint un certificat médical décrivant les problèmes de santé actuels de son fils [...]. Il souffre de nombreux problèmes de santé lié à un accident de noyade dont il a été victime en avril 2016 lors d'un voyage scolaire avec son école dans le sud de la Belgique. Lors de cette noyade, le jeune garçon a failli mourir. Il ressort de documents médicaux annexes dont le certificat médical type qu'il est atteint notamment de :

- stress post-traumatique sévère suite à la noyade dont il a été victime (cauchemars importants, insomnies majeures, flash-back diurnes intrusifs, trouble de la concentration avec un impact sur les apprentissages, hypervigilance, retrait social important et irritabilité)
- pneumonie par inhalation

Le médecin pointe un risque de décompensation psychologique si l'enfant n'est pas traité ni suivi au niveau psychologique et pédopsychiatrique.

[...]

La requérante demande à pouvoir séjourner en Belgique où elle pourra prétendre à des soins de santé de qualité satisfaisante pour son enfant, ce qui n'est pas le cas dans son pays d'origine. Comme indiqué dans le certificat médical joint, le fils de la requérante doit faire l'objet d'un suivi régulier et multidisciplinaire, ce pour une durée indéterminée. Il doit prendre un traitement médicamenteux et a un suivi pédopsychiatrique. [...] ».

Le Conseil observe en outre qu'il ressort du certificat médical type, établi le 22 décembre 2016, par le pédopsychiatre suivant le fils mineur de la requérante, que celui-ci souffre d'un « syndrome de stress post traumatique sévère consécutif à un accident par noyade » ; qu'il suit un traitement médicamenteux à base de « Trazodone » et pour lequel une « Evaluation de la pertinence d'un inhibiteur de [...] sérotonine versus EMDR est en cours » ; que la durée prévue du traitement sera fonction de l'évolution de son état de santé ; qu'un arrêt dudit traitement entraînerait une « Chronicisation de PTSD avec impact sur son apprentissag[e], la socialisation et la construction psychique [...] » ; que l'évolution de la pathologie peut être bonne voire mener à une « résolution » pour peu

qu'il bénéficie d'une prise en charge adaptée ; et que cette prise en charge consiste en un « suivi pédopsychiatrique psychothérapeutique et médicamenteux ».

Il observe également que la requérante a produit une attestation médicale établie, le 21 décembre 2016, par ledit pédopsychiatre, faisant état des éléments suivants : « Je soussigné Docteur en médecine certifie avoir vu et examiné le jeune [...] en consultation de pédopsychiatrie générale les 06 et 21 décembre 2016 ; Ce jeune avait par ailleurs déjà été vu en consultation les 20 mai et 22 juillet par le Dr [D.] , en consultation de pédopsychiatrie générale. Ce jeune présente un syndrome de stress post-traumatique sévère suite à un traumatisme unique (noyade) survenue au mois d'avril 2016. Il a des cauchemars importants , des insomnies majeures, des flash-back diurnes intrusifs, des troubles de la concentration avec un impact sur les apprentissages, de l'hypervigilance surtout en présence de stimuli évoquant de l'eau (bruits de l'eau, bouteilles d'eau, douche...)/ un retrait social important et de l'irritabilité. Ce jeune a bénéficié d'un traitement de Trazolan depuis le mois de Mai, sans grande amélioration. Compte tenu du caractère unique du trauma que nous qualifierons de simple, Il nous semble cette situation constitue une Indication paradigmatique d'un traitement préférentiel centré sur les traumatisme[s] (EMDR) chez des thérapeutes formés à cette approche chez l'enfant [Le Conseil souligne]. Ce jeune devrait donc en bénéficier de manière urgente et impérative. Ces prises en charges, très peu remboursées et se dispensant plutôt en privé, représentent cependant un coût financier important pour cette famille déjà en grande difficulté économique. Un traitement par inhibiteur de la sérotonine est actuellement discuté mais il nous semble qu'un abord par EMDR pourrait dans un premier temps être plus profitable à ce jeune compte tenu des bénéfices et des risques des deux alternatives ».

Le même pédopsychiatre a établi une autre attestation médicale, le 29 mars 2017, faisant état des éléments suivants : « Je continue à suivre le jeune [...] en consultation de pédopsychiatrie [...] pour un PTSD sévère. Ce jeune est actuellement sous traitement de Sertraline 50 mg/j depuis 2 semaines et de Trazolan 25 mg/j. une tentative de traitement par Sipralaxa a dû être interrompu[e] en raison d'importants effets secondaires au bout de trois semaines de traitement (fatigue, nausées, désinhibition). Nous sommes toujours en attente de l'accord du CPAS pour que ce jeune puisse bénéficier d'une thérapie adaptée au trauma (EMDR) chez une thérapeute formée pour prendre en charge des enfants [Le Conseil souligne]. Cependant, les symptômes se sont révélés si envahissants qu'un traitement psychotrope a été introduit. A l'heure actuelle, la réponse au traitement est partielle. [L'enfant mineur de la requérante] présente encore des flashback diurnes, des cauchemars nocturnes, des troubles du sommeil, une irritabilité et des sautes d'humeur, des troubles de la concentration, une fatigue importante et de forte réactions au[x] stimuli a[q]ueux. L'hypervigilance diurne a cependant diminué, de même que la massivité de toute la cohorte symptomatique. La mise au point thérapeutique se poursuit donc ».

Dans une autre attestation médicale, établie le 6 juillet 2017, le même pédopsychiatre certifie que : « le jeune [...] continue à bénéficier d'un suivi en pédopsychiatrie dans le cadre d'un PTSD dont (es détails vous ont été explicités précédemment. [L'enfant mineur de la requérante] est actuellement sous traitement de Sertraline et de Trazodona, avec une certaine réponse symptomatique. Une partie des symptômes sont cependant encore présents et invalidants et la mise au point thérapeutique se poursuit. Par ailleurs, nous sommes toujours dans l'attente d'un accord du CPAS pour [qu'il] puisse bénéficier d'une thérapie centrée sur le trauma de type EMDR ».

Par ailleurs, la requérante a produit une attestation médicale, établie le 21 septembre 2017, par une psychologue faisant état des mentions suivantes : « Suite à la demande du CPAS [...], [l'enfant mineur de la requérante] a entrepris un suivi psychologique à mon cabinet. A l'examen, il est clair que le jeune est dans un état de stress post-traumatique qui requiert un traitement de longue durée. Les 5 séances accordées par le CPAS sont insuffisantes. Il est en effet plus que nécessaire qu'il poursuive le traitement entamé ». Dans une attestation médicale, établie le 5 octobre 2017, la même psychologue a indiqué que « le suivi thérapeutique [...] qui a débuté le 28 août 2017 se poursuit chaque semaine sans interruption (hors indisponibilité de ma part) ».

Le Conseil observe ensuite que le premier acte attaqué est fondé sur un avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, le 13 mai 2016, sur la base des éléments médicaux, produits par la requérante, faisant état des éléments suivants :

« Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier

23.05.2016 certificat médical type du Dr [C.C.] généraliste : rapporte une hospitalisation en avril 2016 pour une noyade avec pneumonie d'inhalation, et choc post-traumatique. Le traitement comporte Trazolan et un suivi pédopsychiatrique.

21.12.2016 certificat médical du Dr [K.] généraliste : fait état d'un syndrome de stress post-traumatique ayant bénéficié de Trazolan depuis mai 2016 sans grande amélioration et propose un traitement par EMDR voire par un inhibiteur de la sérotonine.

22.12.2016 certificat médical type du Dr [K.] généraliste : précise que l'évolution sera bonne voire même avec résolution en cas de prise en charge adéquate.

26.12.2016 certificat médical type du Dr [M.M.] généraliste : estime que l'évolution sera favorable en cas de suivi et qu'un suivi en pédiatrie, selon lui et sans en préciser la raison, serait également requis.

29.03.2017 certificat médical du Dr [K.] généraliste ; mentionne un traitement par Sertraline et Trazolan et l'attente de l'accord pour une thérapie adaptée au trauma (EMDR). La réponse actuelle au traitement est partielle.

06.07.2017 certificat médical du Dr [K.] généraliste : reprend les mêmes éléments et confirme une certaine réponse sous traitement.

20.09.2017 et non datées attestations (2) de Mme [M.B.] psychologue : de présences à la consultation (4 séances).

21.09.2017 rapport de Mme [M.B.] psychologue : demandant une prolongation au-delà des 5 séances accordées pour un état de stress post-traumatique.

05.10.2017 attestation de Mme [M.B.] psychologue de poursuite hebdomadaire du suivi depuis le 28.08.17

11.10.2017 certificat du Dr [F.O.] candidat spécialiste : atteste que le requérant ne peut accompagner le groupe à la piscine jusqu'en 2018.

Pathologie active actuelle

Syndrome de stress post-traumatique suite à une noyade en avril 2016.

Le caractère de gravité n'est pas démontré par une hospitalisation préventive en milieu psychiatrique ou par toute autre mesure de protection. Il n'y a pas d'élément psychotique ou d'idée suicidaire ou tout autre événement aigu ou grave qui soit rapporté dans le dossier médical.

Traitement actif actuel

Antidépresseurs : Sertraline et Trazolan (Trazodone) et Thérapie adaptée au trauma (EMDR)

L'indication de l'EMDR pour un PTSD, surtout chronique, n'est pas absolue, la thérapie cognitivo-comportementale reste le traitement de choix dans les recommandations EBM :

« Trouble de stress post-traumatique : traitement Psychothérapie [référence à une page Internet en note de bas de page]

Dans les cas sévères, une intervention précoce avec une thérapie d'exposition/une thérapie cognitivo-comportementale brève dans une unité de santé mentale ou par un thérapeute privé. Une hospitalisation pour examens complémentaires et traitement dans un service psychiatrique d'un hôpital général ou dans une salle ouverte d'un hôpital psychiatrique, pour les patients présentant une réponse faible au traitement ou chez qui la capacité fonctionnelle est réduite de façon significative. Si les troubles durent pendant plus de trois mois, une thérapie cognitivo-comportementale focalisée sur le traumatisme ou une désensibilisation et reprogrammation par mouvements des yeux (EMDR) dans une unité de santé mentale ou par un thérapeute privé » Il convient de rappeler que l'avantage de l'EMDR réside dans son efficacité et sa rapidité. En effet, un trauma unique peut être résolu en trois séances. Le cas de trauma complexe demande une préparation plus importante et un travail plus long. La plupart des patients se sentent libérés de leur traumatisme au bout de cinq séances en moyenne. Or, le requérant a déjà obtenu une autorisation de 5 séances et une possible prolongation. Il en est donc à la 10^{ème} séance. Que l'EMDR ait donné ou pas de résultat, il n'est donc plus utile, dans un cas ou l'autre, de la poursuivre. L'utilisation de la Trazodone n'est pas recommandée chez les enfants de moins de 18 ans en raison de l'absence de données de sécurité et ne possède pas l'indication de PTSD contrairement à la Sertraline qui possède bien cette indication et peut être prescrite à partir de 6 ans [référence à une page Internet en note de bas de page]. Elle est prescrite actuellement à 50 mg. « En cas de réponse insuffisante, une

augmentation secondaire de la dose est possible par paliers de 50 mg sur une période de plusieurs semaines si nécessaire ». Par ailleurs, dans le certificat du 21.12.2016 le Dr [K.] signale que Trazolan est pris depuis mai 2016 sans grande amélioration, soit pendant 8 mois. L'utilité de poursuivre ce traitement n'est donc pas démontrée. Toujours suivant les recommandations EBM, « Pour diminuer l'anxiété initiale et améliorer le sommeil, des doses normales de benzodiazépines peuvent avec une

réflexion rigoureuse être utilisées dans la phase initiale avec pour but de réduire et d'arrêter la prise de médicaments rapidement » [référence à une page Internet en note de bas de page].

Capacité de voyager

Les pathologies invoquées ne constituent pas des contre-indications médicales à voyager vers le pays d'origine ».

S'agissant de la disponibilité du traitement et du suivi médical requis, l'avis médical susmentionné fait également état des éléments suivants : « *Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) :*

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI [référence à une page Internet en note de bas de page] montrent la disponibilité du suivi (psychiatre, psychologue, généraliste, thérapie cognitivo-comportementale ou d'exposition narrative, unité de crise) et du traitement (Sertraline inhibiteur de la sérotonine, et, en cas de nécessité, Lorazepam benzodiazépine pouvant ponctuellement être utilisée en place de Trazodone):

Requête Medcoi du 02.05.2017 portant le numéro de référence unique BMA 9589

Requête Medcoi du 22.09.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8626

Requête Medcoi du 13.12.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8921

Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi médical nécessaire et les médicaments prescrits au requérant ou des équivalents qui peuvent valablement les remplacer sans nuire à sa sécurité sont disponibles en RDC. Le traitement et le suivi sont adéquats, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. Il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine et que l'intéressé puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique. Les soins sont donc disponibles au pays d'origine, le Congo (Rép. dém) ».

Enfin, après avoir constaté que les soins et traitement requis sont également accessibles au pays d'origine de la requérante, le fonctionnaire médecin a conclu que : « *Le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que [l'enfant mineur de la requérante], âgé de 14 ans, originaire de RDC, 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. Du point de vue médical nous pouvons conclure que le syndrome de stress post-traumatique n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible en RDC. D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».*

3.4. En l'espèce, le fonctionnaire médecin – qui relève, à tort, que le docteur [K.], suivant l'enfant mineur de la requérante est un généraliste, alors qu'il ressort clairement des éléments médicaux établis par ce dernier qu'il exerce en qualité de pédopsychiatre – considère que cet enfant pourra bénéficier, dans son pays d'origine, du suivi médical requis au traitement de la pathologie, dont il souffre, en se fondant sur des informations recueillies sur la base de données MedCOI. A cet égard, le Conseil observe que ledit médecin s'est référé, notamment, aux informations découlant de la « *Requête Medcoi du 02.05.2017 portant le numéro de référence unique BMA 9589* », qui figure au dossier administratif, laquelle concerne le cas d'un patient âgé de 35 ans, souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique, d'un trouble panique et d'un trouble de stress sévère. Il ressort de ce document que ce patient pourra bénéficier d'un suivi psychiatrique au moyen d'une thérapie comportementale cognitive, que le syndrome de stress post-traumatique pourra être soigné au moyen d'une thérapie d'exposition, et qu'il pourra bénéficier d'une intervention psychiatrique en cas de tentative de suicide. Le fonctionnaire médecin s'est également référé aux informations découlant de la « *Requête Medcoi du 22.09.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8626* », qui figure au dossier administratif, relative au cas d'une patiente, âgée de 25 ans, souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique et d'un désordre psychotique, et dont il ressort que celle-ci pourra bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychologique, tant en ambulatoire, qu'en cas d'hospitalisation.

Toutefois, s'il ressort de ces informations qu'un patient adulte, souffrant notamment d'un syndrome de stress post-traumatique, pourra bénéficier d'un suivi psychiatrique en République démocratique du Congo, il ne peut nullement en être déduit que l'enfant mineur de la requérante pourra effectivement être suivi par un pédopsychiatre, et dès lors bénéficier d'un suivi psychiatrique, adapté à son jeune âge. Partant, dans la mesure où les informations susmentionnées concernent uniquement des patients adultes, le Conseil estime qu'il ne pouvait raisonnablement en être déduit que le suivi pédopsychiatrique requis est disponible dans le pays d'origine de la requérante. Dès lors, le Conseil estime qu'à défaut de certitude quant à la disponibilité d'un tel suivi pédopsychiatrique, le motif du premier acte attaqué selon lequel « *Les soins sont donc disponibles au pays d'origine, le Congo (Rép. dém)* », ne pouvait être formulé comme tel à cet égard.

L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'est pas de nature à infirmer les constats qui précèdent dans la mesure où elle se contente d'affirmer que « Ces données confirment [...] l'existence tant des traitements médicamenteux que des suivis psychiatriques et par des généralistes ».

3.5. Il résulte de ce qui précède que le premier moyen est, en cette mesure, fondé, et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du premier moyen, ni le second moyen qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus

3.6. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre de la requérante, constituant l'accessoire du premier acte attaqué, il s'impose de l'annuler également.

4. Débats succincts.

4.1. 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.

4.2. Les actes attaqués étant annulés par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

