



Arrêt

n° 208 317 du 28 août 2018
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. PRUDHON
Avenue de la Jonction 27
1060 BRUXELLES

Contre :

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

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

Vu la requête introduite le 25 mars 2015, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour 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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* », et de l'ordre de quitter le territoire pris le 9 janvier 2015.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu les arrêts du Conseil d'Etat n° 233. 986 du 1^{er} mars 2016 et n° 240.105 du 6 décembre 2017.

Vu l'ordonnance du 1^{er} mars 2018 convoquant les parties à l'audience du 23 mars 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me J. SEVRIN *loco* Me C. PRUDHON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Mes D. MATRAY et A. HENKES, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante est arrivée sur le territoire belge le 9 avril 1993.

1.2. Par un courrier daté du 24 mai 2007, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9, alinéa 3, ancien, de la loi du 15 décembre 1980, qui a fait l'objet d'une décision d'irrecevabilité assortie d'un ordre de quitter le territoire, prise par la partie défenderesse le 19 décembre 2007.

1.3. Par un courrier daté du 27 avril 2009, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée recevable par la partie défenderesse le 15 juillet 2009 avant d'être rejetée au terme d'une décision prise le 25 mars 2011, assortie d'un ordre de quitter le territoire.

1.4. Par un courrier daté du 15 décembre 2009, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{bis} de la loi du 15 décembre 1980.

1.5. Par un courrier daté du 7 mars 2013, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi qui a été déclarée recevable par la partie défenderesse le 28 août 2013 avant d'être déclarée non-fondée au terme d'une décision prise le 9 janvier 2015, assortie d'un ordre de quitter le territoire.

La requérante a introduit un recours à l'encontre de ces décisions devant le Conseil de céans qui les a annulées par un arrêt n° 148 329 du 23 juin 2015. Cet arrêt a été cassé par un arrêt n° 233.986 du 1^{er} mars 2016 prononcé par le Conseil d'Etat qui a renvoyé la cause devant le Conseil autrement composé.

Par un arrêt n° 182 960 du 27 février 2017, le Conseil a de nouveau procédé à l'annulation des décisions précitées.

Cet arrêt a toutefois été cassé par un arrêt n° 240.105, prononcé le 6 décembre 2017 par le Conseil d'Etat qui a renvoyé la cause devant le Conseil autrement composé.

La première décision attaquée 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 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.

Monsieur (sic) [B. N. C.] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 09.01.2015, (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 et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, le Congo (Rép. dém.).

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, il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il (sic) 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 de (sic) l'article 3 CEDH ».

Le second acte attaqué est motivé comme suit:

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980 ; elle 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. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 12, §1^{er}, et 14 de la Directive 2008/115/CE ; des articles 62 et 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 3 de la Convention

européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation du principe général de bonne administration et du principe de précaution.

Elle développe notamment son moyen en une deuxième branche, libellée comme suit :

« **Deuxième branche quant à l'accessibilité des traitements et des soins**

EN CE QUE concernant l'accessibilité aux soins pour les demandeurs d'asile en RDC, le médecin conseiller estime que la RDC développe un système de mutuelle de santé sous la tutelle du gouvernement ;

Qu'il avance que plusieurs mutuelles de santé existe en RDC et que la requérante pourrait s'affilier à une mutuelle pour financer les frais d'hospitalisation et de consultation auxquels elle devra faire face en cas de retour en RDC ;

ALORS QUE très souvent, les conditions de souscription à une assurance maladie ou à une mutuelle comprennent le fait que la personne doit travailler et ne doit pas être déjà malade, le risque s'étant déjà réalisé. Que dès lors, il est courant que de longues et graves maladies soient exclues de la couverture ;

Qu'il y a lieu d'analyser les différentes mutuelles citées dans l'avis du médecin conseiller ;

Que la SOLIDARCO est une mutuelle qui permet à une personne se trouvant en Belgique de financer les frais médicaux de ses proches en RDC ;

Que le site propose à la diaspora congolaise de contribuer mensuellement aux soins médicaux des proches se trouvant à Kinshasa ;

Que le lien internet est le suivant : <http://www.solidarco.org/index.php/parrainer-vos-proches/> (pièce 5) ;

Que cette mutualité ne vise absolument pas la situation de la requérante puisqu'un ordre de quitter le territoire lui a été notifié et qu'elle ne pourra pas financer ses frais médicaux depuis la Belgique...

Que le site de la mutualité confirme que les soins médicaux sont peu accessibles en RDC :

« En République Démocratique du Congo, les tarifs des soins ne sont pas accessibles à toutes les bourses... Connaissez-vous le prix d'un accouchement à Kinshasa ? De 100 à 250 \$ au minimum, soit le salaire d'un mois de travail sur place ! D'une radio simple ? Environ 50 \$. Les membres de la diaspora congolaise se trouvent souvent sollicités pour répondre à l'épineux problème d'accès aux soins de santé et ce, par le transfert d'argent » (pièce 5, nous soulignons);

Que l'existence de ce mécanisme de financement des soins médicaux depuis la Belgique témoigne des multiples défaillances du système de santé en RDC ;

Que dès lors, il n'est pas possible d'affirmer que la requérante pourra souscrire une mutuelle lui donnant accès aux soins en RDC ;

Que la Mutualité neutre de Kinshasa a également été créée pour que la diaspora congolaise puisse contribuer au coût des soins médicaux de leurs proches en RDC : *« En République démocratique du Congo, l'accès aux soins de santé est problématique car beaucoup de structures sanitaires ont longtemps été laissées à l'abandon. Là où elles sont parvenues à subsister, elles sont devenues financièrement inabordable pour la majorité de la population. Par ailleurs, le prix des médicaments – parfois de qualité très douteuse – est nettement excessif.*

Pour faire face à ses difficultés de soins de santé, la population congolaise restée au pays fait régulièrement appel à la diaspora. Or, à juste titre, celle-ci se plaint des interventions financières qui sont sollicitées. Il fallait donc trouver une solution pour que la diaspora congolaise puisse, à des conditions acceptables, continuer à offrir à ses proches restés au Congo des soins de santé de qualité. Voilà, en quelques mots, le contexte de création de l'asbl « MNK OEuvre de Santé » (pièce 6, nous soulignons).

Qu'il ressort du site internet de la mutualité qu'elle n'oeuvre plus à Kinshasa (pièce 7) ;

Que la requérante n'a pas de famille en Belgique qui pourrait contribuer pour elle ;

Que le médecin conseiller renseigne également la « MUSU » comme mutualité de soins en RDC ;

Que pour adhérer à cette mutuelle, le nouvel adhérent est soumis à une période d'observation de trois mois pendant lequel il n'accède pas encore aux soins (pièce 13) ;

Qu'il ressort clairement du certificat médical type déposé par la requérante à l'appui de sa demande 9ter que son traitement ne peut pas être interrompu ;

Qu'en outre, les cotisations payées ne couvrent pas tous les soins ;

Que la MUSU assure les prestations suivantes : les soins de santé primaire; les hospitalisations; l'ophtalmologie (consultation et octroi de verre simple de lecture); la dentisterie (extraction dentaire et ponction abcès) ; la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS en RDC (pièce 13) ;

Que les soins de santé psychiatriques ne sont pas pris en charge par cette mutualité ;

Que dès lors la mutualité MUSU ne prendra, en tout état de cause, pas en charge les soins de santé de la requérante dès son retour dans son pays d'origine ;

ALORS QUE pour souscrire à une mutuelle, la requérante devra s'acquitter d'un droit d'adhésion et d'une cotisation mensuelle comme l'énonce l'avis du médecin conseiller ;

Que la requérante a précisé à l'appui de sa demande de séjour pour raisons médicales que « *au vu de ses pathologies, la requérante ne pourrait davantage travailler afin de prendre en charge ses médicaments et son traitement* » ;

Que la requérante n'a jamais travaillé en RDC ou en Belgique ;

Que le médecin conseiller de la partie adverse n'a pas jugé utile d'examiner la requérante pour évaluer sa capacité ou son incapacité à travailler ;

Que pourtant le médecin conseiller de la partie adverse doit rendre un avis médical et peut, s'il ne s'estime pas suffisamment éclairé, examiner la requérante ou solliciter la production de nouveaux documents ;

Que l'article 9 ter, §1er aliéna 2 de la loi du 15/12/1980 dispose que « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqué 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* » ;

En l'espèce, le médecin conseiller n'a pas demandé d'examen de la requérante ;

Que le médecin conseiller pouvait pourtant avoir recours à l'avis complémentaire d'expert, et donc d'un médecin du travail, s'il l'estimait nécessaire ;

Que vu son état de santé qui nécessite un suivi psychiatrique et un traitement médicamenteux composé d'antipsychotiques, la requérante aura des difficultés à trouver un emploi dans son pays d'origine ;

Qu'en outre, suite à sa chute en septembre 2014 après avoir fait un malaise, Madame [la requérante] souffre d'une perte d'autonomie de sa main droite : « *Les amplitudes de doigts et du poignet sont limitées et la main droite reste uniquement une main aidante* » (pièce 11) ;

Que le principe de précaution eut dû commander au médecin fonctionnaire de solliciter de la requérante une attestation médicale supplémentaire attestant de sa capacité à travailler s'il s'estimait insuffisamment informé, quod non ;

Que la motivation de l'acte attaqué est insuffisante et inexacte ;

Que la requérante ne pourra pas travailler pour financer son affiliation à une mutuelle de soin de santé et ses soins de santé ;

Qu'en outre, les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont rejetées en RDC et sont perçues comme des « sorciers » ;

Que dès lors, il n'est pas possible d'affirmer que la requérante pourra souscrire une assurance maladie ou une mutuelle lui donnant accès aux soins en RDC ;

ALORS QUE le bureau diocésain des oeuvres médicales (BDOM) renseigné par la partie adverse est une structure de l'église catholique qui a signé des conventions avec plusieurs mutualités à Kinshasa ;

Qu'il a été démontré ci-dessus que la requérante ne pourra pas s'affilier à une mutuelle dans son pays d'origine ;

Que dès lors, elle ne pourra pas bénéficier des soins dispensés dans les hôpitaux et les centres de santé qui sont gérés par le BDOM ;

ALORS QUE le médecin conseiller énumère ensuite la présence de plusieurs cliniques dans plusieurs régions du pays et fait référence à un rapport de l'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés (pièce 8) ;

Que le médecin conseiller se contente de mentionner l'existence de ces cliniques mais se garde bien de produire le contenu du rapport de l'OSAR sur l'accessibilité et la disponibilité effective des soins dans celles-ci ;

Que selon le rapport de l'OSAR du 16 mai 2013 sur les soins psychiatriques en RDC, le Centre Neuro-Psycho-Pathologique (CNPP) serait la seule clinique psychiatrique qui propose un traitement hospitalier à Kinshasa et qu'elle est « conçue à l'origine pour 450 lits. Mais d'après le site du CNPP, il n'y a que 50 lits disponibles » (pièce 8, page 4) ;

Qu'en outre, « un traitement hospitalier au CNPP de Kinshasa coûte 50 dollars américains par jour, auxquels s'ajoutent les frais de médicaments et de repas qui doivent en général être organisés et payés par la famille de l'intéressée » (pièce 8, page 4) ;

Que selon ce rapport, le revenu annuel moyen en RDC est « d'environ 190 dollars américains » (pièce 8, page 4) ;

Que la requérante ne sera pas en mesure de financer de tels coûts ;

Que le centre de santé mentale de « Telema » renseigné dans l'avis du médecin conseiller est une clinique de jour qui n'offre pas de traitement hospitalier (pièce 8, page 7) ;

Qu'en outre, ce sont de « simples infirmières et infirmiers » qui « se chargent ainsi des consultations, de la prise en charge et de la prescription de médicaments. Le psychologue n'est présent que deux fois par semaine et le spécialiste de neuropsychiatrie une seule fois par semaine » (pièce 8, page 7) ;

Que rien ne garantit que le suivi psychiatrique nécessaire à l'état de santé de la requérante pourra être assuré dans ce centre où l'accès aux prestations « semble limité à cause de l'énorme affluence » (pièce 8, page 7) ;

Que dans le CNNP Katwanbi tenu par les « Frères de la Charité », « il faut partir du principe que les frais de repas et de médicaments sont en sus » ;

Que cette clinique est « totalement débordée par la demande, de sorte que les soins ne sont pas garantis et la quantité de médicament n'est pas toujours suffisante » (pièce 8, page 8, nous soulignons) ;

Que la requérante ne pourra pas assurer le financement de ses médicaments et de ses besoins vitaux les plus élémentaires dans ce centre de santé ;

Que concernant le Centre neuropsychiatrique du docteur Joseph Guislain à Lubumbashi, le rapport de l'OSAR précise que « *Là aussi, le nombre de patientes est très élevé : la clinique affirme dispenser 2154 consultations par année* » (pièce 8, page 8) ;

Que la clinique n'emploie que 14 collaborateurs et que l'on peut dès lors légitimement s'interroger sur la qualité et l'accessibilité des soins dispensés ;

Que le Centre psychiatrique Pierre Joseph Triest, Lusanga, est la seule institution pour les malades psychiques de la province de Bandundu ;

Qu'elle emploie 30 collaborateurs et que la clinique est surchargée : « *elle dispense 2049 consultations par année. D'après un article de presse paru en 2009, plus de 100 patientes y étaient alors hospitalisées dans des conditions d'extrême promiscuité* » (pièce 8, page 8) ;

Qu'à nouveau, la qualité des soins et l'accessibilité de ceux-ci se sont absolument pas démontrées ;

Qu'il n'est pas fait mention de consultations externes en psychiatrie dans ces cliniques ;

Que le Centre neuropsychiatrique de Lusanga, Antenne Kikwit, est le seul service d'assistance pour les malades psychiques dans une ville de plus de 200.000 habitants (pièce 8, page 8) ;

Que dès lors, à nouveau, l'accessibilité d'un traitement psychiatrique n'est pas établi par la partie adverse dans la décision attaquée ;

Qu'il découle d'une analyse plus approfondie du rapport de l'OSAR sur les soins psychiatriques en RDC que le médecin conseil de la partie adverse n'a pas repris toutes les données permettant d'établir que les soins de santé sont accessibles en RDC ;

Qu'au contraire, le rapport de l'OSAR souligne qu'il y a une **pénurie aiguë de personnel qualifié et forte concentration à Kinshasa**. « *Selon les estimations officielles, une prise en charge suffisante des malades psychiques n'est pas garantie en RDC. En 2010, le docteur Muteba, «*Directeur National de Santé Mentale en RDC*», a signalé une forte pénurie de personnel qualifié spécialement formé pour les soins psychiatriques. Selon lui, il y a aussi de grands déficits à combler dans le domaine de la formation et de la collaboration intersectorielle pour le traitement des malades psychiques. Non seulement, il n'y a que très peu de personnel qualifié, mais la plupart des spécialistes travaillent à Kinshasa. Le docteur Muteba dénombre à la fin mars 2013 une soixantaine de collaborateurs spécialisés, dont la moitié travailleraient à l'étranger. Parmi les collaborateurs spécialisés actifs en RDC, trente travailleraient à Kinshasa et cinq autres dans diverses provinces du pays.¹⁰ Un article de la revue « *International Psychiatry* » confirme cette tendance : il recense 34 neuropsychiatres en RDC en 2010, dont 32 actifs à Kinshasa, et mentionne en outre quatre généralistes ayant suivi une formation psychiatrique de six mois.¹¹ D'après la même source, 13 spécialistes congolais de la neuropsychiatrie travaillaient en Belgique, en France, au Canada, aux États-Unis et en Afrique du Sud en 2010. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) dénombre en RDC environ 0.066 psychiatre et 0.015 psychologue pour 100.000 habitants, soit 44 psychiatres et 10 psychologues pour une population de près de 68 millions d'habitants » (pièce 8, page 2, nous soulignons) ;*

Que ce rapport de l'OSAR indique également qu'un des médicaments prescrits à la requérante, le Risperdal dont l'agent actif est le rispéridone serait en vente dans une pharmacie de Kinshasa, mais qu'une boîte de 60 comprimés coûte 74,84 dollars américains (pièce 8, page 2) ;

Que la requérante ne sera pas en mesure de financer le coût de ce médicament dans son pays d'origine ;

Qu'il ressort de ce qui précède que le médecin conseiller a intentionnellement sélectionné et produit qu'une partie des informations concernant l'accès aux soins médicaux et les prix de ceux-ci ;

Que la partie adverse a dès lors violé le principe de bonne administration, en omettant délibérément de citer certaines informations ;

Qu'il n'est dès lors pas établi que la requérante pourra avoir accès aux médicaments et aux soins de santé indispensables à son affection psychiatrique ;

Qu'il n'est pas établi non plus que la requérante pourrait avoir un suivi psychiatrique d'un médecin spécialisé ;

Que bien au contraire, les informations fournies par la partie adverse confirment que la requérante ne bénéficiera ni de son traitement, ni d'un suivi psychiatrique ;

ALORS QUE la présence et l'aide extérieure d'organisation internationale tels que Caritas, l'OMS et CTB témoigne des multiples défaillances du système de santé en RDC ;

Que le but de ces associations est « d'offrir des soins de santé primaire aux populations vulnérable et de combattre les grandes épidémies » ainsi que d'appuyer les plans de réforme du système de santé ;

Que l'avis de médecin conseiller ne contient aucune information concernant la prise en charge du traitement psychiatrique nécessaire à l'état de santé de la requérante par ces organisations internationales ;

Que la motivation de la décision attaquée est dès lors insuffisante.

ALORS QUE la requérante avait pourtant invoqué plusieurs informations objectives concernant l'accessibilité des soins médicaux en RDC qui vont à l'encontre de l'avis du médecin conseiller ;

« Les informations sur les disponibilités de traitements en RDC confirment que la requérante ne pourrait obtenir dans son pays d'origine les soins de santé dont elle a besoin.

En effet, en République Démocratique du Congo, les soins médicaux, et surtout les soins psychiatriques, ne sont pas accessibles à la population.

Les soins médicaux et psychiatriques ne sont pas la priorité du gouvernement, dans un pays touché par de nombreux conflits internes.

D'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007, et actualisée en 2009, le taux d'accès aux soins de santé en RDC oscille entre 40 et 50 %, ce qui signifie que plus de 30 millions de Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité¹.

Le United States Agency International Development² (USAID) a indiqué, quant à lui, dans un rapport de septembre 2010 que plus de 70 % de la population n'aurait pas ou peu accès aux soins de santé :

« Health indicators are among the worst in the world and reflect the hardships resulting from the protracted conflict and the corresponding deterioration of health services throughout the country. Consequently, the health sector's ability to respond to the needs of the citizens of the DRC has declined significantly over the past decades. It is estimated 70 percent of the population has little or no access to health care, including HIV/AIDS services.»

L'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés (OSAR) dans son rapport du 6 octobre 2013 sur la RDC indique que l'accès aux soins médicaux est très limité :

« Après des décennies de déclin de l'infrastructure publique, les soins médicaux en RDC sont très limités et souvent même inexistant. Cette situation est due à la taille du pays et au conflit qui persiste dans de nombreuses régions. Dans les villes d'une certaine importance, les malades peuvent avoir accès à des soins médicaux, mais à condition de pouvoir les payer. Dans les régions rurales, ils atteignent souvent trop tard les hôpitaux et centres sanitaires. Et même s'ils y parviennent à temps, les médicaments sont rares, même les plus banals, et totalement hors de prix pour la population. Dès lors, rien d'étonnant à ce que la RDC connaisse régulièrement des épidémies échappant au contrôle des services sanitaires. »

L'accès aux soins psychiatriques est quasiment inexistant. Il existe des centres de santé mentale mais ceux-ci ne sont pas suffisamment développés et accessibles pour permettre un accès effectif aux soins que nécessite Madame [la partie requérante]

Concernant les soins psychiatriques, l'accès au traitement que suit actuellement la requérante est quasi inexistant :

« **Les psychothérapies et traitements psychiatriques à la mode occidentale sont quasi inexistantes en RDC.** Plusieurs organisations locales de femmes qui s'occupent surtout de personnes traumatisées par des viols, ainsi que des psychologues d'organisations internationales, proposent toutefois un encadrement psychosocial dans différentes parties du pays. En RDC, les personnes atteintes de maladies psychiques consultent généralement des guérisseurs traditionnels ou des groupes de prière et, rarement, un psychiatre. **Les médicaments courants en Europe occidentale pour le traitement des souffrances psychiques sont presque introuvables et hors de prix en RDC.** Etant donné qu'en RDC, les patients et leur famille doivent subvenir eux-mêmes aux coûts des médicaments, des traitements, de la nourriture, de la literie et de certaines prestations du personnel soignant, une hospitalisation n'entre pas en ligne de compte pour la grande majorité de la population. »

Le rapport du UK Border Agency⁴ indique spécifiquement sur les soins psychiatriques que malgré l'existence d'une politique de santé mentale, aucun budget spécifique n'a été alloué à la santé mentale. Le principal financement se fait de manière privée par le patient ou sa famille.

Or, le coût des soins psychiatriques est extrêmement élevé :

« The WHO's Mental Health Atlas of 2005 recorded that, despite the existence of a mental health policy, programme and legislation, which were all formulated between 1998 and 2000, no budget was allocated specifically to mental health. [69d] (p1) Further, "The primary source of mental health financing is out of pocket expenditure by the patient or family. The cost of psychiatric treatment is considered to be high by the average earning capacity. The country does not have disability benefits for persons with mental disorders." »

En l'espèce, Madame [la partie requérante] ne pourrait se faire aider de sa famille en cas de retour en RDC.

Au vu de ses pathologies, la requérante ne pourrait davantage travailler afin de prendre en charge ses médicaments et son traitement » (nous soulignons) ;

Que la partie adverse ne peut pas se retrancher derrière le fait que la requérante n'aurait pas joints les différents articles qu'elle mentionne à sa demande de séjour 9ter ;

Que les sources citées par la requérante sont publiques et que la référence était clairement indiquée en note de bas de page ;

Que le contrôle de ces sources est aisée, d'autant plus que les passages relevant sont reproduits in extenso dans la demande 9ter ;

Que la partie adverse est censée avoir connaissance des rapports généraux et publics ;

Que le même argument peut être invoqué contre la décision prise par la partie adverse qui renvoie à des sites internet ;

Que la requérante avait dès lors invoqué à l'appui de sa demande 9ter une série d'informations objectives prouvant qu'elle ne pourrait accéder aux soins en RDC ;

Que la partie adverse a totalemment négligé de répondre à ces informations et arguments (nous soulignons) ;

Que la partie adverse aurait du tenir compte de ces informations ;

Que la décision attaquée souffre donc d'un défaut de motivation puisqu'aucune analyse ni réponse ne fut apportée à l'argumentation développée par la requérante dans sa demande 9ter ;

Que Madame [la requérante] a besoin d'un suivi psychiatrique et d'un traitement médicamenteux spécifique, soit à tout le moins un accès aux médicaments dont elle a besoin, à un suivi régulier à la consultation psychiatrique ;

Qu'il ressort de ce qui précède que la requérante n'aura pas accès aux soins en RDC ;

Que la décision attaquée souffre dès lors d'un défaut de motivation et procède d'une erreur manifeste d'appréciation. »

3. Discussion.

3.1. Sur la deuxième branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ». Le cinquième alinéa indique que « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également que tout acte administratif doit reposer sur des motifs exacts, pertinents et admissibles en droit qui doivent ressortir du dossier administratif et que le but de la motivation formelle des actes administratifs est de permettre aux intéressés d'exercer en toute connaissance de cause les recours que la loi met à leur disposition, ainsi qu'à la juridiction qui doit en connaître d'exercer son contrôle à ce sujet.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe qu'il n'est pas contesté que l'état de santé de la partie requérante requiert un suivi psychiatrique outre un traitement médicamenteux et que, dans sa demande d'autorisation de séjour, la partie requérante avait notamment fait valoir que le principal financement des soins psychiatriques s'opère de manière privée par le patient ou sa famille, dès lors qu'aucun budget spécifique n'a été alloué à la santé mentale, et mettait en exergue le « *coût extrêmement élevé* » des soins psychiatriques. Elle précisait qu'elle ne pourrait être aidée par sa famille en cas de retour dans son pays d'origine et qu'au vu de ses pathologies, elle ne pourrait travailler pour prendre en charge ses médicaments et son traitement.

Le fonctionnaire médecin, dans son avis du 9 janvier 2015, estime que les soins sont accessibles essentiellement au motif que la R.D.C. a développé un système de mutuelles de santé. S'il ne remet pas en cause les allégations de la partie requérante relatives au coût important des soins psychiatriques en R.D.C., il indique que néanmoins, « *pour faire face au coût du traitement, l'intéressée pourrait s'affilier à une mutuelle de santé et bénéficier ainsi de la réduction des frais moyennant une cotisation mensuelle* ». Le fonctionnaire médecin indique que « *la plupart [des] mutuelles assurent, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (Rép.dém.)* ».

Or, la partie requérante fait notamment valoir en termes de requête que « [...] *les cotisations sociales ne couvrent pas tous les soins* ».

Force est de constater qu'à tout le moins la prise en charge d'un suivi psychiatrique n'est pas relevé par le fonctionnaire médecin dans son avis et que, de surcroît, et contrairement à ce qu'indique la partie défenderesse dans sa note d'observations, le dossier administratif ne contient aucun document de nature à étayer la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin relative à la couverture mutuelle, en manière telle que le Conseil est dans l'incapacité de vérifier à cet égard la couverture du système de mutuelle vanté par le fonctionnaire médecin.

Si le fonctionnaire médecin indique, outre les assurances mutuelles, l'aide extérieure fournie par des ONG, le Conseil doit ici également constater que non seulement, il n'est pas indiqué dans l'avis que les soins psychiatriques seraient visés par ladite aide, mais qu'en outre, le dossier administratif ne contient aucun document permettant au Conseil de vérifier si, à tout le moins, le suivi psychiatrique, tel que requis par l'état de santé de la partie requérante, est concerné par cette aide.

Le motif précité tenant à l'aide extérieure ne pourrait dès lors asseoir la première décision attaquée s'agissant de l'accessibilité du suivi psychiatrique.

3.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse indique que la disponibilité et l'accessibilité des soins au pays d'origine ont été vérifiées par le fonctionnaire médecin, ayant recueilli différentes informations, citant à ce sujet la base de données « MedCoi » relative à la disponibilité des soins et invoquant le système de mutuelle de santé en R.D.C. qui, bien que s'insérant dans un cadre normatif, n'en serait pas moins effectif. Elle indique s'être fondée à cet égard sur des informations figurant au dossier administratif. Elle souligne qu'il ne découle pas de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 que la dimension qualitative des soins devrait être prise en compte dans la vérification de l'adéquation du traitement au sens de ladite disposition. Elle répond également à l'argument de la partie requérante tenant à la période de probation au sein du système de mutuelles.

Le Conseil relève en premier lieu que la base de données « Medcoi » ne donne aucun renseignement relatif à l'accessibilité des soins requis, comme semble toutefois le concéder la partie défenderesse dans sa note d'observations. Ensuite, contrairement à ce que celle-ci prétend, le dossier administratif ne contient pas les informations sur lesquelles elle s'est fondée pour conclure à l'accessibilité des soins via le système de mutuelles. Enfin, les considérations tenant à la dimension qualitative des soins et à la période de probation ne sont pas de nature à énerver le raisonnement qui précède et qui conclut que le motif de la décision attaquée relatif à l'accessibilité des soins au pays d'origine n'est pas suffisamment établi à la lecture du dossier administratif.

3.4. Au vu de ce qui précède, le moyen unique doit, dans les limites décrites ci-dessus, être considéré comme fondé en sa deuxième branche et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué.

3.5. Le second acte attaqué s'analysant comme l'accessoire du premier, il s'impose de l'annuler également.

3.6. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

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

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

Article 1^{er}

La décision, prise le 9 janvier 2015, déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire, pris le 9 janvier 2015, est annulé.

Article 3

Il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-huit août deux mille dix-huit par :

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

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY