

Arrêt

n° 241 834 du 2 octobre 2020
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. RONSSE NUSSENZVEIG
Avenue Louise 207/13
1050 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la 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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 9 avril 2014, par X, qui déclare être de nationalité ivoirienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 25 février 2014.

Vu le titre 1er 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 (ci-après « la loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 8 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 20 aout 2020.

Entendu, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me D. KIRSZENWORCEL *loco* Me C. RONSSE NUSSENZVEIG, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La partie requérante déclare être arrivée en Belgique le 4 mars 2008. Le 6 mars elle a introduit une demande de protection internationale. Le 28 avril 2008, le Commissaire Général aux Réfugiés et aux Apatrides (ci-après « CGRA ») a pris une décision de refus de reconnaissance du statut de réfugié et de refus d'octroi du statut de protection subsidiaire.

Cette décision a été attaquée devant le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après « le Conseil ») qui a rendu le 24 février 2010 un arrêt de rejet n° 39 251 suite au retrait de la décision attaquée.

Une nouvelle décision de rejet a été rendue par le CGRA le 4 octobre 2010. Cette décision a été attaquée devant le Conseil qui a rendu le 2 janvier 2011 un arrêt d'annulation n° 55 255 en raison de la situation sécuritaire prévalant en Côte d'Ivoire.

Une troisième décision de rejet a été rendue par le CGRA le 13 septembre 2011. Cette décision a été attaquée devant le Conseil qui a rendu le 9 février 2012 un arrêt de rejet n° 74 809.

1.2. Le 6 janvier 2010, la partie 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 15 juillet 2010.

1.3. Le 16 mars 2012, la partie 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 auprès de la commune de Virton. Cette demande a été transmise à la partie défenderesse le 16 mars 2012. Elle est actuellement toujours pendante.

1.4. Le 25 février 2014, une décision est prise par la partie défenderesse déclarant la demande visée au point 1.2. non fondée. Il s'agit de l'acte attaqué qui est motivé comme suit :

« Motifs :

Le problème médical invoqué par monsieur [C.T.] ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers la Côte d'Ivoire, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 13.02.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager s'il est sous traitement et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine, la Côte d'Ivoire.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins au pays d'origine.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors

1) le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que 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 les soins médicaux requis existant en Côte d'Ivoire

2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que l'affection dont souffre le requérant, bien qu'elle puisse être considérée comme une pathologie entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique si celle-ci n'était 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 Côte d'Ivoire.

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

Etant donné qu'aucune annexe 13qq n'a encore été délivrée à la fin de la procédure d'asile, je vous demanderai de bien vouloir proroger l'attestation d'immatriculation qui lui a été délivrée jusqu'à la prise d'une décision concernant la procédure d'asile.

Veillez donner instruction au Registre national de réinscrire l'intéressé dans le registre d'attente.»

1.5. Le 28 février 2014, la partie défenderesse prend un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile à l'encontre de la partie requérante.

2. Question préalable

2.1. A l'audience, la partie requérante dépose des documents médicaux afin d'actualiser sa situation de santé.

2.2. La partie défenderesse sollicite que ces pièces soient écartées des débats.

2.3. Le Conseil rappelle que dans le cadre de son contrôle de légalité prévu par l'article 39/2, §2 de la loi du 15 décembre 1980, il est tenu d'apprécier la légalité d'un acte administratif en fonction des éléments dont l'autorité avait connaissance au moment de statuer (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002). Il convient donc d'écarter ces nouvelles pièces des débats.

3. Examen du moyen d'annulation

3.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la « Violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre [...] ;

- Violation des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- Violation des principes de bonne administration, erreur manifeste d'appréciation »

3.1.2. Après un rappel du libellé des articles et des principes invoqués au moyen, la partie requérante constate que « le médecin conseil de l'Office et la décision attaquée ne remettent pas en question la gravité de la pathologie » de la partie requérante qui souffre d'une affection aiguë, présentant des symptômes dépressifs majeurs. Elle rappelle que son médecin psychiatre, le Dr V.E. a précisé dans le certificat médical du 10 novembre 2010 qu'elle souffrait d'une psychose paranoïaque accompagnée de trouble de l'humeur qui nécessitait une continuité dans les soins, à savoir « un traitement médicamenteux basé sur des antipsychotiques et antidépresseurs, ainsi qu'un suivi thérapeutique régulier ».

Elle relève que la partie défenderesse estime qu'elle pourra bénéficier en Côte d'Ivoire de la disponibilité de l'accessibilité des soins que son état de santé requiert.

Or, en ce qui concerne, notamment, le suivi psychiatrique nécessaire à son état de santé, la partie requérante fait valoir les griefs suivants :

« [...] le médecin conseil renvoie vers trois sites où ce suivi serait disponible :

- La polyclinique Avicennes : <http://www.avicennes.com/index.php> : Le site de la polyclinique est en maintenance et ne permet dès lors nullement de vérifier les informations avancées par l'Office des étrangers.

- L'hôpital psychiatrique Saint Vincent de Paul : <http://www.hpsvp.org> : Ce site d'information précise que l'hôpital ne dispose que de 44 lits. Si ce service a le mérite d'exister, il faut pouvoir en démontrer la disponibilité que pourrait en avoir Monsieur [C.] en cas de retour dans son pays d'origine, ce que la partie adverse n'a pas effectué.

- Une ONG opérant en Côte d'Ivoire dans le cadre des soins de santé mentale, ONG Coeur Sensible : <http://www.ongcoeursensible.org> : Ce site renvoie vers une série d'articles qui ne répondent pas à la question de la disponibilité des soins de santé mentale. »

Quant à l'accessibilité aux traitements et soins de santé, la partie requérante relève que le médecin conseil se base tout d'abord « sur les documents de l'OIM, « Retourner en Côte d'Ivoire », 12 janvier 2010, dont le lien internet n'est pas fourni » ce qui ne lui permet, à nouveau, pas de vérifier les sources de la partie défenderesse. Elle observe que l'avis médical reprend à cet égard deux systèmes d'assurance publique, à savoir le Système d'Assurance Mutuel Général pour les fonctionnaires ou MUGEFCI et la sécurité sociale nationale (CNPS) qui couvrirait les accidents professionnels et les maladies des salariés inscrits. Or, elle rappelle ne pas travailler et dès lors ne pas entrer dans le système d'assurance pré-décrit ce qui implique que la continuité des soins exigée de ses médecins psychiatres ne pourra pas être assurée « puisqu'[...] [elle] rentrerait en Côte d'Ivoire sans travail et sans être couvert dès lors par ces deux systèmes d'assurance publique ». Elle constate également que le « médecin conseil renvoie vers des assurances-maladie privées qui couvriraient aussi bien les soins ordinaires que les coûts d'hospitalisation « moyennant une petite contribution du patient ». Or, elle observe qu' « Aucune information supplémentaire n'est néanmoins donnée sur l'évaluation qui pourrait

être faite de cette contribution ». Quant à la politique de gratuité des soins de santé instaurée par le gouvernement ivoirien depuis la mi-avril 2011, la partie requérante souligne que d'une part le médecin conseil en rappelle les insuffisances pour d'autre part soutenir que « *le taux de fréquentation des centres de santé a connu une croissance exponentielle* ».

Quant aux « informations du courriel du Professeur [K.] à l'attention de l'OSAR » selon lesquelles « toutes les grandes cliniques du district d'Abidjan auraient une consultation psychiatrique ou psychologique », et que « le prix d'une consultation psychiatrique serait de 20.000 francs CFA » mais que « certains patients pourraient bénéficier d'une gratuité des services », la partie requérante note que rien n'est « précisé à nouveau sur les conditions et le nombre de personnes qui pourraient bénéficier de cette gratuité ». Elle souligne, en outre, que « ces éléments datent de 2007 et ne sont ainsi plus suffisamment actuels pour parler d'accessibilité de soins ». Elle soutient également que la partie défenderesse n'a repris que certains passages du document précité en omettant ceux indiquant que les soins psychiatriques sont en réalité rares, que les consultations sont toujours payantes même dans les hôpitaux publics outre une éventuelle caution demandée en cas d'hospitalisation.

Quant au fait qu'elle soit en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance d'une incapacité de travail, la partie requérante souligne tout d'abord que « cette information n'est néanmoins pas exigée par la législation, raison pour laquelle le médecin du requérant n'a pas jugé utile de le mentionner dans son dossier médical » et que quoiqu'il en soit « le besoin de continuité de ses soins de santé ne permettraient pas au requérant d'attendre de trouver un emploi pour pouvoir éventuellement bénéficier d'une assurance. Il est ainsi important de noter également que les assurances sont réfractaires à prendre en charge des personnes qui présentent déjà des pathologies lourdes. ».

Elle en conclut que ces différentes informations ne lui permettent dès lors pas de s'assurer de l'accessibilité des soins dont elle a besoin en cas de retour en Côte d'Ivoire et en conclut à une violation des dispositions visées au moyen.

3.2.1. Aux termes de l'article 9^{ter}, §1^{er}, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9^{ter} précité dans la loi du 15 décembre 1980, 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, 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).

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 donc 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.

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour 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 (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2.2. En l'espèce, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin du 13 février 2014 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *Psychose paranoïaque avec troubles de l'humeur* » nécessitant un traitement médicamenteux composé de trois molécules chimiques ainsi qu'un suivi en psychiatrie, traitements et suivis qui sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant.

3.2.3. Il ressort des certificats médicaux produits par la partie requérante, qui émanent du médecin-psychiatre qui la suit depuis 2009, que l'importance de la régularité du traitement et suivi prescrits sont essentiels à la stabilité de l'état de la partie requérante (certificat médical du Dr V.E. du 10 novembre 2010 sous le titre « pronostic avec traitement approprié » il est indiqué « pronostic semble bon si poursuite du traitement » - certificat médical du Dr V.E. du 23 août 2011 sous le titre « durée prévue du traitement nécessaire » il est indiqué « traitement instauré en mai 2009-> ce traitement doit être maintenu sur une longue durée » et sous le point « quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? [...] ? » il est indiqué « Le patient nécessite l'administration de soins psychotrope et d'entretiens thérapeutiques réguliers. Une hospitalisation psychiatrique doit être envisagée en cas de nécessité »). Il ressort donc de ce qui précède et ainsi que le pointe adéquatement la requête, que la continuité des soins et du suivi qui sont nécessaires à la partie requérante constitue un élément déterminant afin d'assurer la stabilité de son état de santé. Les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement sont soit le passage à l'acte suicidaire soit un passage à l'acte hétéroagressif sachant également que deux des quatre certificats médicaux établis par le même médecin contre-indiquent un retour au pays d'origine qualifié comme étant source d'instabilité et d'aggravation de l'état psychique (Certificats médicaux du 3 novembre 2009 et du 10 novembre 2010).

3.2.4.1. Il ressort ensuite de l'examen opéré par le médecin conseil de la partie défenderesse que le traitement médicamenteux et le suivi psychiatrique sont disponibles en Côte d'Ivoire.

Ainsi, les informations de la base de données MEDCOI renseigne que les trois molécules chimiques nécessaires au traitement de la partie requérante ou des molécules équivalentes, sont « *available* » (disponible) ainsi qu'un suivi psychiatrique auprès de la Polyclinique internationale PISAM Sainte Anne-Marie à Cocody (Abidjan). Aucune information n'est toutefois fournie quant au coût de cette médication et la polyclinique est qualifiée de « *private* » (privée). Le rapport de l'OIM versé au dossier administratif renseigne toutefois qu'« A Abidjan, tous les médicaments peuvent être trouvés dans des pharmacies, ils coutent environ 30% de plus qu'en Europe ». En ce qui concerne le suivi psychiatrique, le médecin-conseil renvoie également vers d'autres lieux, à savoir tout d'abord la polyclinique Avicennes dont l'examen du dossier administratif ne révèle que 2 pages mal imprimées, d'informations très générales, notamment sur la chirurgie esthétique (?!?) et sans aucune référence à la psychiatrie. Quant au lien internet de ladite polyclinique, il informe du fait qu'elle relève, elle aussi, du secteur privé mais surtout ne renseigne aucune spécialité psychiatrique. En ce qui concerne l'hôpital psychiatrique Saint Vincent de Paul, les informations trouvées au dossier administratif sont à nouveau extrêmement générales laissant toutefois apparaître une tendance au traitement des addictions (tabac, drogue..), sans qu'il soit indiqué si la structure est publique ou privée mais dont le cachet sur la troisième page des informations de cet hôpital informe qu'il se situe à ... Yamoussoukro (information confirmée par le suivi du lien internet renvoyant à une page Facebook...), soit au centre du pays. Quant à l'ONG « Cœur sensible », les documents versés au dossier administratif ne font référence qu'à l'organisation d'ateliers de formations pour les médecins généralistes, journées de partage entre les « malades mentaux et la population », des stratégies de communication pour la réinsertion des malades mentaux et de réadaptation psychosociale sans mentionner précisément en quoi et comment cette association peut assurer

concrètement un suivi psychiatrique à la partie requérante. En outre, le lien internet renseigné dans l'avis médical renvoie vers un page Facebook relative à ladite ONG au Togo dont le domaine d'activité est « #oldpeople #orphans #widows #jobless » (#personnes âgées# orphelins #veuves #sans emploi).

3.2.4.2. Concernant l'accessibilité des traitements et suivis au pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse renseigne tout d'abord, au vu du rapport OIM sur la Côte d'Ivoire, la possibilité d'accès à un système d'Assurance Mutuel Général pour les fonctionnaires(MUGEFCI) « qui rembourse 70% des produits pharmacologiques » et la Sécurité sociale nationale (CNPS) qui couvrent « les accidents professionnels et les maladies des salariés inscrits, dont la prime est payée par l'employeur ». Outre que comme le relève la partie requérante dans sa requête, elle n'est ni fonctionnaire ni salariée à l'heure actuelle et n'entre dès lors pas dans le système d'assurance publique, ledit rapport ne renseigne pas non plus sur les conditions d'affiliation et l'éventuel délai d'attente existant avant que l'intéressé ne soit couvert par ledit système.

Par ailleurs, il est également renvoyé à des assurances-maladie privées couvrant tous les frais « moyennant une petite contribution du patient ». A cet égard, il ressort de la lecture complète du rapport de l'OIM versé au dossier administratif que les primes s'élèvent à des sommes de 230 à 460 euros annuelles « généralement payées par les entreprises ». A cette condition seulement, l'assuré pourra avoir accès aux soins et hospitalisation en payant en plus « une petite contribution » de sa poche, sans toutefois, comme relevé dans la requête, qu'aucune information ne soit fournie quant à son montant.

En ce qui concerne la politique de gratuité des soins et des prestations instaurée par le gouvernement ivoirien en avril 2011, le Conseil ne peut que constater que ce postulat s'appuie sur un article de presse extrêmement général intitulé « Accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire. Santé: voici le retard à rattraper » qui reprend les conclusions de la 61ème session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique où la question du financement des soins de santé a été un point majeur et dont il ressort que « des pays tels que la Côte d'Ivoire sont à la traîne contrairement à d'autres qui ont fait de la santé leur priorité » et que malgré l'instauration d'une politique de gratuité en avril 2011 non seulement sont pointés les « insuffisances de cette politique » mais également le fait que « l'offre de soins a souffert au plan quantitatif et qualitatif par la faible satisfaction des besoins en médicaments et intrants [?] stratégiques des établissements sanitaires ». Il ne saurait dès lors être déduit de cette seule référence que la Côte d'Ivoire dispose effectivement d'un système de santé publique efficace assurant une certaine gratuité dans l'accès, à tout le moins, aux soins de santé d'urgence à ses citoyens les plus vulnérables.

Quant au courriel du Dr D.K. dont le médecin-conseil déduit que « toutes les grandes cliniques du district d'Abidjan ont une consultation psychiatrique [...] [qui] accueillent des patients en hospitalisation stationnaire [...] » et disposent d'« un service social [...] [qui] propose en effet à 'certains patients' une prise en charge à titre gratuit », le Conseil constate avec la partie requérante que ces informations sont non seulement parfaitement vagues quant aux conditions pour bénéficier de ladite gratuité mais qu'en outre elles sont tirées d'un rapport de l'OSAR qui date de 2007 soit non actualisées au vu de la dernière crise politique rencontrée par la Côte d'Ivoire en 2010.

3.2.4.3. Il se déduit de l'analyse des informations qui précèdent que les seules informations tangibles et sérieuses attestant de la disponibilité d'un suivi psychiatrique nécessaire à l'état de santé de la partie requérante, renseigne que celui-ci n'est effectivement disponible que dans des cliniques privées. En outre, en ce qui concerne les traitements médicamenteux, il ressort des informations de la partie défenderesse que s'ils sont disponibles, ils « coutent environ 30% de plus qu'en Europe ». Quant à l'analyse à laquelle il a été procédé ci-dessus des sources renseignées concernant l'accessibilité des soins et traitements, elle démontre que lors de la rédaction de cet avis médical, il ne pouvait aucunement en être déduit que la Côte d'Ivoire dispose effectivement d'un système de santé publique efficace assurant une certaine gratuité dans l'accès aux soins de santé à ses citoyens les plus vulnérables.

Il s'ensuit que la seule option pour la partie requérante est, ainsi que conclut le médecin conseil de la partie défenderesse dans son avis, de « rentrer dans son pays d'origine, trouver un emploi, et financer ainsi ses soins médicaux » n'ayant à la lumière de ce qui a été dit, pas d'autre option que de financer elle-même, par son travail, ses traitements médicamenteux qui « coutent 30% de plus qu'en Europe », de s'offrir l'accès à une consultation de la Polyclinique privée internationale PISAM Sainte Anne-Marie à Cocody (Abidjan) et/ou de s'assurer auprès d'une des assurances-maladie privées.

A cet égard toutefois, le Conseil observe qu'un accès théorique au marché du travail ne permet pas de conclure avec suffisamment de certitude que la partie requérante obtiendra un emploi dont la rémunération lui permettrait d'assumer les coûts élevés de son traitement dans un délai suffisamment court pour ne pas l'exposer aux risques de traitements inhumains et dégradants en cas d'arrêt de son traitement. Le Conseil estime sur ce point que, dans la mesure où le Dr V.E, dans ses différents certificats médicaux, a largement insisté sur la continuité du traitement, son interruption ayant pour conséquence une décompensation psychiatrique (passage à l'acte suicidaire ou hétéro-agressif) tout en contre-indiquant un retour au pays d'origine source majeure d'instabilité, il convient d'être particulièrement prudent dans l'examen de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine.

Il ressort en outre de cette motivation que même à considérer que la partie requérante trouverait immédiatement un emploi à son arrivée dans son pays d'origine, elle ne pourra prétendre qu'à un travail non qualifié ne revendiquant aucune formation particulière si ce n'est des travaux de maçonnerie et une formation en Belgique « d'entretien de réparations de toits et murs ». Or, non seulement il ressort du rapport de l'OIM déposé au dossier administratif qu'« en raison de la situation politique et économique, le marché de l'emploi est dans une situation statique et c'est à peine si quelques nouveaux emplois voient le jour » (p.8) mais également que « les personnes sans diplômes universitaires peuvent trouver du travail dans l'artisanat, notamment comme : vendeurs de recharge/alimentation/légumes/cellulaire etc. Ceux qui le font dans les rues gagnent 60000 CFA (100 euros) ou plus. » (p.9). Ce même rapport indique qu'une consultation en clinique privée (seule dont la disponibilité a été, *in fine*, sérieusement démontrée par l'avis médical) s'élève à 17.5000 CFA (27 euros) soit 1/3 du potentiel salaire auquel pourrait aspirer la partie requérante si elle arrive à surmonter ses problèmes psychiatriques et à se trouver un emploi, et ce sans compter le coût du triple traitement médicamenteux indispensable à sa stabilité et dont on ignore à l'heure actuelle, au regard des informations livrées par la partie défenderesse, le montant exact et ce enfin en sus du financement d'un hébergement et de son alimentation quotidienne. L'incertitude qui découle de ce qui précède ne permet, par conséquent, nullement de considérer qu'une telle motivation permettrait de conclure à l'accessibilité des soins.

En effet, de tels motifs, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté que la partie requérante souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écarter un risque réel - entraîné par cette maladie - pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne sauraient être considérés comme raisonnables et adéquats *in specie* dès lors, qu'il s'agit notamment d'écarter un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH et au regard de ce qui a été rappelé au point 3.2.1. du présent arrêt à savoir 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.

Sur ce point, le Conseil estime nécessaire de rappeler les termes de l'arrêt *Paposhvili c. Belgique* selon lequel « 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (*Aswat*, précité, § 55, et *Tatar*, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (*Karagoz c. France* (déc.), no 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. *Royaume-Uni*, précité, §§ 34-41 et références citées, et *E.O. c. Italie* (déc.), précitée).

191. Dans l'hypothèse où, après l'examen des données de la cause, de sérieux doutes persistent quant à l'impact de l'éloignement sur les intéressés – en raison de la situation générale dans l'État de destination et/ou de leur situation individuelle – il appartient à l'État de renvoi d'obtenir de l'État de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés afin qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation contraire à l'article 3 (sur l'obtention d'assurances individuelles, voir *Tarakhel*, précité, § 120). » [le Conseil souligne].

3.2.5. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse reste en défaut de démontrer dans le cas d'espèce, que le traitement adéquat à l'état de santé de la partie requérante est accessible au pays d'origine, violant ainsi l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ainsi que son obligation de motivation formelle déduite notamment des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.2.6. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'est pas de nature à énerver la conclusion qui précède.

Ainsi, en ce que la partie défenderesse soutient que la partie requérante « [...] ne peut critiquer les informations sur lesquelles se base la partie adverse quant à l'accessibilité, ni d'ailleurs concernant la disponibilité des soins et suivis en Côte d'Ivoire dès lors qu'[...] [elle] n'a fait valoir quant à [...] [elle] aucune autre information à l'appui de sa demande 9 ter pour établir le contraire », cette argumentation manque de toute pertinence la partie défenderesse étant tenue de motiver sa décision et l'avis médical sur lequel elle est fondée de manière adéquate et admissible et sur la base d'informations fiables, sérieuses et actuelles, *quod non* en l'espèce.

En ce que la partie défenderesse soutient que la partie requérante « [...] n'a, en outre, fourni aucun certificat médical établissant qu'[...] [elle] ne pourrait travailler une fois rentrée au pays d'origine et partant prendre en charge les frais médicaux. D'ailleurs, [...] [elle] a démontré sa capacité à travailler en introduisant en Belgique trois demandes de permis de travail qui lui ont été refusées », le Conseil relève que ce n'est pas tant la volonté de travailler de la partie requérante ni sa capacité éventuelle qui est remise en cause mais bien l'effectivité de la prise en charge financière de son suivi et traitement indispensable à la stabilité de son état de santé mental par ses seuls gains professionnels dans l'hypothèse même d'avoir accès à un emploi dans le contexte décrit ci-dessus.

3.2.7. Il résulte de ce qui précède que le moyen ainsi pris, est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, 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. La décision attaquée étant annulée 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 de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 25 février 2014, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le deux octobre deux mille vingt par :

Mme B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT